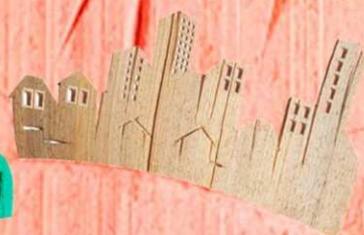


Série Saúde e Amazônia

SAÚDE DA CRIANÇA PARAENSE NA ATENÇÃO BÁSICA:

ARTICULAÇÃO ENTRE ENSINO, PESQUISA, SERVIÇO E GESTÃO



Organizadores:

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Roseneide dos Santos Tavares
Luiz Marques Campelo



editora



redeunida



A **Editora Rede Unida** oferece um acervo digital para **acesso aberto**. Com mais de 200 obras, são publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos. Com o acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede Unida**, precisamos de doações. Ajude a manter a editora! Participe da campanha é livre e livre, de financiamento colaborativo.

Acesse a página <https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/> e faça sua doação.

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas e de todos e todas.

Acesse a **Biblioteca Digital da Editora Rede Unida**:

<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhar os links das publicações, não só os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidos e atualizados e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira
Roseneide dos Santos Tavares
Luiz Marques Campelo

Série Saúde & Amazônia

SAÚDE DA CRIANÇA PARAENSE NA ATENÇÃO BÁSICA

Articulação entre ensino, pesquisa, serviço e gestão

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

1ª Edição
Porto Alegre
2022



Coordenador Nacional da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla
Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Àngel MartínezHernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);
Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);
Celia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);
Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);
Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);
Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);
Júlio César Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);
Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);
Lisiane Böer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);
Liliana Santos (Universidade Federal da Bahia, Brasil);
Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);
Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);
Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);
Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);
Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);
Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);
Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);
Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);
Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);
Rodrigo Tobias de Sousa Lima (Fundação

Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);
Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);
Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);
Vera Lucia Kodjaoglianian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);
Vera Maria Rocha (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza
Jaqueline Miotto Guarnieri
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Revisão, Edição, Normalização e Editoração

Adla Marques

Arquivo fotográfico e Catalogação de fotografias

Melquíades José dos Reis

Projeto Gráfico e Diagramação

Adla Marques

Projeto Gráfico da Capa e Arte da Capa

Paulo Emmanuel Cunha da Silva

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P962 Oliveira, Paulo de Tarso Ribeiro de; **Tavares**, Roseneide dos Santos; **Campelo**, Luiz Marques (org.).

Saúde da criança paraense na atenção básica: articulação entre ensino, pesquisa, serviço e gestão / Organizadores: Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Roseneide dos Santos Tavares, Luiz Marques Campelo. – 1. ed. --Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022.

226 p. (Série Saúde & Amazônia, v. 22). E-book; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-019-2

DOI: 10.18310/ 9786554620192

1. Atenção Básica. 2. Saúde da criança. 3. Educação permanente 4. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 590
CDU 614 (811.5)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Saúde; Educação para responsabilidade social.
2. Saúde Pública; educação e cidadania.

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza (CRB 10/2738)

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Saúde e Amazônia

A **Série Saúde & Amazônia** é organizada pelo Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia (LAHPSA) do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia) e publicada pela Associação Brasileira Rede Unida (REDE UNIDA). Os manuscritos compõem as áreas de antropologia da saúde, gestão e planejamento, vigilância em saúde, atenção e cuidado em saúde, políticas públicas em saúde, educação permanente, educação popular, promoção em saúde, participação e controle social, história da saúde, saúde indígena, movimentos sociais em saúde e outros temas de interesse para a Região Amazônica. Os autores são de diferentes segmentos como pesquisadores, estudantes, gestores, trabalhadores, usuários e lideranças de movimentos sociais. A série tem o compromisso ético-político de contribuir com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política universal, integral e equitativa. Os livros são organizados a partir de editais públicos e avaliados pelos pares. A organização dos livros é entendida como um processo de Educação Permanente e de formação de novos autores e autoras que estão envolvidos na construção das obras organizadas pela Série.

A Série tem coordenação editorial de: **Dr. Júlio Cesar Schweickardt** (Fiocruz Amazônia); **Dr. Alcindo Antônio Ferla** (UFRGS) e **Dr. Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (UFPA).

O Projeto Multicampi Saúde – Saúde da criança paraense na Atenção Básica: articulação entre ensino, pesquisa, serviço e gestão foi realizado a partir da execução do Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 70 /2018, firmado entre o Ministério da Saúde (MS) e a Universidade Federal do Pará (UFPA), por intermédio da Pró-Reitoria de Extensão (PROEX). Ele foi iniciado em março de 2019 e envolveu quatro institutos da UFPA, a saber: Instituto de Ciências da Saúde (ICS), Instituto de Ciências Biológicas (ICB), Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ISCA), Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH), sendo dez cursos de graduação contemplados: biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

SAÚDE DA CRIANÇA PARAENSE NA ATENÇÃO BÁSICA

ARTICULAÇÃO ENTRE ENSINO, PESQUISA, SERVIÇO E GESTÃO

ESTA OBRA TEVE INCENTIVO:

Termo de Execução Descentralizada (TED) nº 70 /2018, firmado entre o Ministério da Saúde (MS) e a Universidade Federal do Pará (UFPA),

1ª Edição

Porto Alegre/RS 2022
Rede UNIDA

EDIÇÃO, NORMALIZAÇÃO E REVISÃO:

Adla Marques

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; TAVARES, Roseneide dos Santos; CAMPELO, Luiz Marques (org.). **Saúde da criança paraense na atenção básica: articulação entre ensino, pesquisa, serviço e gestão**. 1. ed. Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2022. (Série Saúde & Amazônia, v. 22). E-book (PDF). ISBN: 978-65-5462-019-2.



AGRADECIMENTO

Esta publicação não poderia deixar de tecer os mais sinceros agradecimentos ao prefeito de Belém, Edmilson Brito Rodrigues, que, em 2018, durante seu mandato de Deputado Federal, compreendeu e se sensibilizou com uma proposta de ação multidisciplinar, dedicando importantes recursos de emenda parlamentar para a concretização do que veio a se transformar no Projeto Multicampi Saúde da Criança.

Prefeito Edmilson, é em razão da empatia e entendimento como o seu, que renovamos a nossa fé e podemos confirmar a veracidade e atualidade do poema de Luiz Gonzaga Júnior (Gonzaguinha), Semente do Amanhã:

Ontem um menino que brincava me falou
que hoje é semente do amanhã.
Para não ter medo que este tempo vai passar...
não se desespere não, nem pare de sonhar.
Nunca se entregue, nasça sempre com as manhãs.
Deixe a luz do sol brilhar no céu do seu olhar.
Fé na vida, fé no homem, fé no que virá!
Nós podemos tudo, nós podemos mais.
Vamos lá fazer o que será!

PREFÁCIO

A coletânea “Saúde da criança paraense na atenção básica: articulação entre ensino, pesquisa, serviço e gestão”, organizada por: Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira; Roseneide dos Santos Tavares e Luiz Marques Campelo e publicada pela Editora Rede Unida, tem o objetivo de apresentar os trabalhos realizados no Projeto de Extensão Multicampi Saúde, realizado pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Trata-se de uma experiência exitosa em políticas públicas, que possibilitou a formação crítica e engajada de estudantes na atenção básica em saúde, no cotidiano do território amazônico com as tensões e potências do mesmo.

Coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão (PROEX/UFPA), este Projeto foi proposto e organizado como um conjunto de ações de educação popular em saúde. A extensão foi o dispositivo de articulação entre ensino, serviço, gestão e pesquisa na formação e qualificação profissional de estudantes e profissionais na atenção básica em saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), materializados na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A promoção da saúde foi tecida por meio da integralidade, da equidade, da intersetorialidade e da cogestão das práticas cotidianas na produção da saúde coletiva. O Programa envolveu dez cursos da UFPA ligados à área de saúde com a participação ativa de professores(as)/tutores(as), estudantes, profissionais, movimentos sociais e a comunidade dos territórios em que as atividades aconteceram, na Amazônia paraense.

A integralidade do cuidado e o enfrentamento às iniquidades sociais e econômicas fez valer a criação singular de práticas concretas de extensão na educação. As ações foram interprofissionais e tiveram a presença e parceria das equipes e secretarias de saúde de cada município em que o projeto foi realizado, entre elas: a Equipe de Saúde da Criança da Secretaria Estadual de Saúde (SESPA), os(as) técnicos(as) do Ministério da Saúde (MS) e a população local. A relação da saúde coletiva com a educação em direitos humanos se deu na articulação com a cultura e os fazeres, nos entremeios das práticas, enquanto movimento processual e transdisciplinar da rede de cuidado em saúde.

Trabalhar com saúde coletiva implica ativar a relação entre saúde e democracia, considerando os princípios da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a partir das lutas do movimento da Reforma Sanitária. Logo, os campos dos direitos sociais se tornam fundamentais na atenção em saúde como dispositivo sócio comunitário da dinâmica viva dos modos de existir e fazer andar a vida na produção da extensão como diálogo entre universidade e sociedade, em um processo de aprendizagem significativa.

Vale mencionar, que o cuidado em saúde da criança se articula a partir de marcos legais do Sistema Nacional de Garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes, no Brasil. Neste sentido, é importante destacar e citar o princípio da proteção integral da criança e adolescente presente no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) da Organização das Nações Unidas (ONU).

No ano de 2022, completaram-se 32 anos de aprovação da Lei nº 8.069/1990¹, que instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil, apelidado de ECA. Esta lei afirmou a condição de crianças e adolescentes como sujeito de direitos no país e revogou o Código de Menores, de 1979. Também é relevante mencionar que, neste mesmo período histórico, completaram-se 33 anos da Convenção sobre os Direitos da Criança, que foi adotada, pela Assembleia Geral da ONU, em 20 de novembro de 1989.

Concluindo, nas palavras de Manoel de Barros, podemos pensar a criança como “invencionática”, de acordo com o poema “O apanhador de Desperdícios”². Em tempos de excesso de informação e de desconexão, capturadas pela internet e pela reprodução do conhecimento, tanto no consumismo quanto no empreendedorismo, crianças podem fazer traquinagens com trabalhadores(as), professores(as), gestores(as) da saúde e da educação e, juntamente com eles, criar passagens e outros mundos por meio de encontros que podem operar a produção da saúde por uma pedagogia por demanda, que se realiza nas encruzilhadas, como enfrentamento às desigualdades sociais e econômicas que assolam as existências de crianças e adolescentes na Amazônia paraense. Para a gente sonhar com o futuro, a saúde das crianças não pode esperar.

Professor Doutor Nelson José de Souza Júnior
Pró-Reitor de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA)

Mestre Ana Cristina Álvares Guzzo
Coordenadora Estadual de Saúde da Criança (DASE/DPAIS/SESPA)

Especialista Charles Cezar Tocantins de Souza
Presidente do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Pará (COSEMS-PA)

¹ Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá ou tras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 24 nov. 2022.

² BARROS, Manoel de. **Memórias Inventadas** – As infâncias de Manoel de Barros. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
<i>Alcindo Antônio Ferla, Flavia Cristina Silveira Lemos, Leandro Passarinho Reis Júnior, Luiz Marques Campelo e Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira</i>	
CAPÍTULO 1 O Projeto Multicampi Saúde: uma experiência de gestão do trabalho, extensão e pesquisa na Amazônia brasileira	17
<i>Maria Lucia Chaves Lima, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Elizabeth Moreira dos Santos, Nelson José de Souza Júnior, Roseneide dos Santos Tavares e Túlio Batista Franco</i>	
CAPÍTULO 2 O que dizem os dados e as estatísticas sobre as questões de saúde e desenvolvimento infantil no Brasil na Região Norte e na Amazônia brasileira? Informações selecionadas	27
<i>Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Karol Veiga Cabral, Regina Feio Barroso, Eliane Aparecida da Cruz e Lucas Falcão Silva</i>	
CAPÍTULO 3 Educação interprofissional no Projeto Multicampi Saúde: reflexões sobre formação e promoção da saúde	45
<i>Marília de Fátima Vieira de Oliveira, Márcia Maria Bragança Lopes, Sandra Helena Isse Polaro, Danielle Tupinambá Emmi, Sávio Felipe Dias Santos, Joanny Emanoelly Campos do Nascimento, Jamila Johana Martins Gatinho e Fernanda Cals Deoliveira Caraciolo</i>	
CAPÍTULO 4 Atenção integral à saúde da criança na atenção básica e o olhar multiprofissional	55
<i>Cristina Maria Arêda-Oshai, Adriele Rodrigues de Oliveira, Michelle Cristina Ribeiro Sodré, Laurilene de Fátima Pinto da Silva, Luana Michely Cardoso Barros e Vanessa Khrisllen Pinheiro Ferreira</i>	
CAPÍTULO 5 Diagnóstico do estado nutricional e dos indicadores do aleitamento materno no Projeto Multicampi Saúde: a importância do apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno na atenção básica	67
<i>Naíza Nayla Bandeira de Sá, Izabella Syane Oliveira Pereira, Denise da Silva Pinto, Camila de Cássia da Silva França, Naiara Carvalho Rocha, Gisele Medeiros da Silva, Elaine Cristina Souza Bonito e Francisco Tiago de Vasconcelos Melo</i>	
CAPÍTULO 6 Multicampi Saúde: um panorama das produções	79
<i>Maria Clara Acácio de Oliveira Brasil, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira e Eric Campos Alvarenga</i>	

CAPÍTULO 7 Multicampi Saúde: a vigilância em evidência pela caderneta da criança.....	91
<i>Lídia Dias Gonçalves e Silvia Helena Arias Bahia</i>	
CAPÍTULO 8 Integração ensino-serviço-comunidade na atenção primária e as experiências interprofissionais do Projeto Multicampi Saúde	105
<i>Danielle Tupinambá Emmi, Ingrid Janeth Dias de Freitas Sarmanho, Deborah Ribeiro Frazão, Deborah Helen Almeida Kiederle e José Francisco Ferreira da Silva</i>	
CAPÍTULO 9 Psicologia, atenção básica e saúde da criança: entrelaçamentos promovidos pelo Projeto Multicampi Saúde	115
<i>Luana Borges Teixeira, Rayanne Castilho Mesquita, Alessandro Carneiro da Silva, Bruna Moraes Leite, Daniel Castro Silva, Maria Lúcia Chaves Lima</i>	
CAPÍTULO 10 O Projeto Multicampi Saúde da Criança e sua inserção nas políticas nacionais de saúde para as populações negra, do campo, da floresta e das águas.....	129
<i>Cristina Maria Arêda-Oshai, Ádrea Simone Canto Lopes, Roseneide dos Santos Tavares, Anna Bárbara Lima, Carla Caroline Malcher Gomes, Laurilene de Fátima Pinto da Silva e Rosângela de Lima Farias</i>	
CAPÍTULO 11 Multicampi Saúde na Amazônia como educação emancipatória de estudantes da UFPA: práticas à saúde das crianças no SUS por meio da extensão	145
<i>Flávia Cristina Silveira Lemos, Leandro Passarinho Reis Júnior, Melina Navegantes Alves, Ronilda Bordó de Freitas Garcia, Anderson Reis Oliveira, Antônio Soares Júnior, Luana Karolina dos Santos Amorim, Pedro Romão dos Santos Júnior e Daniel Castro Silva</i>	
CAPÍTULO 12 Os efeitos do Programa Mais Médicos na atenção à saúde das crianças brasileiras	157
<i>Nayara de Oliveira Maksoud, Antonio Amâncio Barbosa Neto, Mayra Costa Rosa Farias de Lima, Tiótrefis Gomes Fernandes, James Dean Oliveira dos Santos Junior, Rodrigo Tobias de Sousa Lima</i>	
REGISTRO FOTOGRÁFICO	173
<i>Melquiades José dos Reis (arquivo e catalogação fotográfica)</i>	
APÊNDICES E ANEXOS	205
Proposta de Projeto apresentada ao Ministério da Saúde.....	207
Modelo de Diário de campo	213
SOBRE OS AUTORES	215

APRESENTAÇÃO

Este livro tem doze capítulos que relatam as práticas realizadas no Projeto Multicampi Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA). O referido Projeto foi uma estratégia inovadora que visou efetivar a formação interprofissional em saúde coletiva, na promoção do desenvolvimento de crianças como direito social, em ações que materializavam a formação cotidiana – de estudantes e professores(as), profissionais e comunidades – em prol da construção da extensão como atividade de inclusão social e articulação da universidade com a sociedade. Os cursos da universidade que participaram do Projeto foram: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Biomedicina, Psicologia e Serviço social, envolvendo quadros técnicos, docentes e estudantes de quatro Institutos da UFPA: Instituto de Ciências da Saúde; Instituto de Ciências Biológicas; Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; e Instituto de Ciências Sociais Aplicadas.

O primeiro capítulo é uma introdução das trilhas percorridas e das ações concretizadas no Projeto Multicampi Saúde. O texto foi construído por várias mãos, assim como o referido projeto, e objetivou explicitar as táticas produzidas para formar discentes e docentes na promoção do cuidado integral à saúde coletiva, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em prol do desenvolvimento de crianças. Este capítulo é intitulado “O Projeto Multicampi Saúde da Criança: uma experiência de gestão do trabalho de extensão e pesquisa na Amazônia brasileira” e foi escrito por: Maria Lucia Chaves Lima, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Elizabeth Moreira dos Santos, Nelson José de Souza Júnior, Roseneide dos Santos Tavares e Túlio Batista Franco. Os(as) autores(as) partiram das premissas emancipatórias da pedagogia da autonomia de Paulo Freire e das contribuições de Alcindo Ferla, Emerson Mehry e Rosana Onoko para embasar o texto e a realização do acontecer do trabalho em ato do Projeto Multicampi Saúde da Criança.

O segundo capítulo desta coletânea é intitulado “O que dizem os dados e as estatísticas sobre as questões de saúde e desenvolvimento infantil no Brasil na Região Norte e na Amazônia brasileira? Informações brasileiras” e foi redigido por: Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Karol Veiga Cabral, Regina Feio Barroso, Eliane Aparecida da Cruz e Lucas Falcão Silva. Este escrito parte do marco legal da Constituição Federal de 1988, no plano de materialidade dos direitos fundamentais em que a saúde é um direito social. Os(as) autores(as) afirmam que, para delinear a relevância de trabalhos de educação em saúde, é efetuada a práxis cotidiana de extensão no ensino e na pesquisa como dispositivo de formação interprofissional, considerando dados estatísticos no cuidado integral em saúde, como analisadores e operadores estratégicos usados para realizar o trabalho vivo na atenção básica voltada ao desenvolvimento de crianças.

O terceiro capítulo, “Educação Interprofissional no Projeto Multicampi Saúde: reflexões sobre formação e promoção da saúde”, é de autoria de: Marília de Fátima Vieira de Oliveira, Márcia Maria Bragança Lopes, Sandra Helena Isse Polaro, Danielle Tupinambá Emmi, Sávio Felipe Dias Santos, Joanny Emanoelly Campos do Nascimento, Jamila Johana Martins Gatinho e Fernanda Cals Deoliveira Caraciolo. O trabalho descreve os princípios que regem a formação e a gestão na Universidade Federal do Pará (UFPA), considerando os marcos legais e institucionais, nacionais e internacionais, da democratização da sociedade, por meio da educação em saúde interprofissional, como os parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Panamericana da Saúde (OPAS), as Diretrizes Nacionais Curriculares e documentos que fundamentam o funcionamento do SUS na efetuação especificamente da promoção da saúde da criança. Neste sentido, o Projeto Multicampi Saúde propiciou vivências relevantes nos territórios de vários municípios do Pará, por meio de uma prática extensionista, em parceria com as Secretarias Municipais (SESMA) e Estaduais de Saúde (SESPA), que consideram a diversidade regional e enfrentam as iniquidades sociais e econômicas que afetam a vida das crianças paraenses.

O quarto capítulo, escrito por: Cristina Maria Arêda-Oshai, Adriele Rodrigues de Oliveira, Michelle Cristina Ribeiro Sodrê, Laurilene de Fátima Pinto da Silva, Luana Michely Cardoso Barros e Vanessa Khriellen Pinheiro Ferreira, é intitulado: “Atenção Integral à Saúde da Criança na Atenção Básica e o olhar multiprofissional” e propõe uma descrição de práticas extensionistas realizadas no Projeto Multicampi Saúde, dirigidas à promoção na atenção básica das crianças paraenses, por meio das balizas éticas e legais da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), dos marcos de direitos das crianças e adolescentes brasileiros e das diretrizes de formação extensionistas na educação, visando evidenciar a importância das equipes multiprofissionais na atenção integral e integrada à criança, especialmente, enfatizando a participação de assistentes sociais. Por fim, apresenta algumas das experiências vivenciadas pelas coautoras em duas unidades de saúde, situadas no Bairro Terra Firme, em Belém, estado do Pará.

O quinto capítulo, cujo título é “Diagnóstico do estado nutricional e dos indicadores do aleitamento materno no Projeto Multicampi Saúde: a importância do apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno na atenção básica”, foi desenvolvido por: Naíza Nayla Bandeira de Sá, Izabella Syane Oliveira Pereira, Denise da Silva Pinto, Camila de Cássia da Silva França, Naiara Carvalho Rocha, Gisele Medeiros da Silva, Elaine Cristina Souza Bonito e Francisco Tiago de Vasconcelos Melo. O referido trabalho se voltou para as questões nutricionais, ligadas ao aleitamento materno das crianças de 0 a 24 meses, assinalando as demandas de segurança alimentar e equidade na promoção da saúde infantil e do desenvolvimento integral em termos da complexidade do cuidado, na atenção básica no SUS e na interface com a educação em saúde.

O sexto capítulo foi redigido por: Maria Clara Acácio de Oliveira Brasil, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira e Eric Campos Alvarenga e é intitulado “Multicampi Saúde: um panorama de produções”. O texto apresenta o detalhamento das ações realizadas no Projeto, focadas na atenção básica em saúde, com ações de prevenção e promoção da saúde coletiva da criança, na afirmação da integralidade do cuidado, considerando as condições sociais, culturais, políticas, geopolíticas,

econômicas e da produção da subjetividade nos territórios amazônidos paraenses em que o presente Projeto ocorreu. O capítulo delineia um importante mapa das práticas e dos locais em que as ações aconteceram, ressaltando as dimensões articuladas das políticas públicas, no contexto da extensão universitária da Universidade Federal do Pará (UFPA), coordenadas pela Pró-Reitoria de Extensão (PROEX), em parcerias diversas com a rede de atenção em saúde, as comunidades, movimentos sociais e com profissionais das Unidades Básicas de Saúde e gestores(as) das Secretarias de Saúde Estadual e Municipais.

O sétimo capítulo tem o título “Multicampi Saúde: a vigilância em evidência pela caderneta da criança” e foi escrito por: Lídia Dias Gonçalves e Silvia Helena Arias Bahia. Este trabalho apresenta aspectos da saúde da criança, a partir do monitoramento e acompanhamento de indicadores do processo de desenvolvimento infantil, considerando várias dimensões relevantes a serem cuidadas, com atenção nos anos iniciais de vida, dada a incidência que podem ter ao longo dos anos posteriores de existência e impactos variados que podem causar na saúde coletiva da população infantil. Portanto, o texto trata de atividades, realizadas no Multicampi Saúde, específicas da vigilância dos dados de desenvolvimento da criança e do estímulo feito ao controle detalhado e rigoroso destes indicadores na atenção básica à saúde infantil, no território da Amazônia paraense.

O oitavo capítulo é intitulado “Integração ensino-serviço-comunidade na atenção primária e as experiências interprofissionais do Projeto Multicampi Saúde” e tem autoria de: Danielle Tupinambá Emmi, Ingrid Janeth Dias de Freitas Sarmanho, Deborah Ribeiro Frazão, Deborah Helen Almeida Kiederle e José Francisco Ferreira da Silva. O trabalho destaca a importância da Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080/1990), que instaura o Sistema Único de Saúde (SUS), salientando especialmente a integração das práticas de formação em saúde como um eixo prioritário da política pública de saúde. Assim, apresenta ações de extensão universitária, no Multicampi Saúde, condizentes com este marco legal, relatando as experiências que efetivam este parâmetro jurídico e que também é forjado por uma concepção garantista da Constituição Federal de 1988, nomeada como cidadã, e do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990. O capítulo cita e analisa o Projeto Multicampi Saúde no território da Amazônia paraense e na atenção básica à saúde da criança, a partir do prisma da educação interprofissional em saúde.

O nono capítulo, cujo título é “Psicologia, atenção básica à saúde da criança: entrelaçamentos promovidos pelo Projeto Multicampi Saúde”, foi escrito por: Luana Borges Teixeira, Rayanne Castilho Mesquita, Alessandro Carneiro da Silva, Bruna Moraes Leite e Maria Lúcia Chaves Lima. O texto apresenta articulações da psicologia em uma rede de ações extensionistas no cotidiano do acontecimento dialógico da educação interprofissional em saúde, no Projeto Multicampi Saúde, no que tange a dinâmica singular da atenção básica em saúde no território da Amazônia paraense. A relevância da psicologia em diversas práticas de escuta, por meio da clínica ampliada, é exposta ao longo do capítulo, em um desenho atento e didático das interfaces do cuidado integral e baseado no princípio da equidade na formação de quadros para a garantia do direito social das crianças à saúde.

O décimo capítulo, intitulado “O Projeto Multicampi Saúde da Criança e sua inserção nacionais para as políticas de saúde para a populações negras, do campo, da floresta e das águas”, tem autoria de: Cristina Maria Arêda-Oshai, Ádrea Simone Canto Lopes, Roseneide dos Santos Tavares, Anna Bárbara Lima, Carla Caroline Malcher Gomes, Laurilene de Fátima Pinto da Silva e Rosângela de Lima Farias. Este texto ressalta os aspectos dos marcadores étnico-raciais, de classe, de gênero, de faixa etária, de território e de sexo e os aspectos ligados ao capacitismo. Propõe um eixo analítico das intervenções no Multicampi Saúde referenciado pela interseccionalidade na educação em saúde. Para tanto, destaca a importância das políticas equitativas, enquanto reconhecimento e afirmações de enfrentamento às desigualdades sociais e econômicas na efetivação da garantia do direito social à saúde, a partir de políticas públicas específicas de reconhecimento na extensão universitária, em interface com a atenção básica em saúde da criança, nas múltiplas e complexas realidades da Amazônia paraense.

O décimo primeiro capítulo, intitulado “Multicampi Saúde na Amazônia como educação emancipatória de estudantes da UFPA: práticas à saúde das crianças no SUS por meio da extensão”, foi escrito por: Flávia Cristina Silveira Lemos, Leandro Passarinho Reis Júnior, Ronilda Bordó de Freitas Garcia, Melina Navegantes Alves, Anderson Reis de Oliveira, Antônio Soares Júnior, Luana Karolina dos Santos Amorim, Pedro Romão dos Santos Júnior e Daniel Castro Silva. O texto propõe uma articulação entre a aprendizagem significativa na Educação Interprofissional em Saúde e a educação emancipatória (pelo e com o trabalho vivo) como experiência de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, por meio das vivências de estudantes na imersão no Projeto Multicampi Saúde, no contexto da Amazônia paraense, em uma prática exitosa e inovadora de conhecer e trabalhar com a PNAISC. A relação entre os direitos fundamentais e a equidade em saúde é descrita como crucial na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e na formação, como enfrentamento às desigualdades sociais e econômicas no Brasil em que se efetua a saúde coletiva, especificamente a promoção à saúde da criança como garantia de um direito social.

O décimo segundo e último capítulo desta coletânea é intitulado “Os efeitos do Programa Mais Médicos, na atenção à saúde das crianças brasileiras” e tem autoria de: Nayara de Oliveira Maksoud, Antônio Amâncio Barbosa Neto, Mayra Costa Rosa Farias de Lima, Tiótrefis Gomes Fernandes, James Dean Oliveira dos Santos Júnior e Rodrigo Tobias de Sousa Lima. Objetivou desenvolver a relação entre O Programa Mais Médicos na Amazônia paraense, com o Projeto Multicampi Saúde em termos de um elemento base da ação do Mais Médicos, que era a oferta da promoção à saúde em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS), com iniquidades regionais expressivas e com demandas de profissionais a serem atendidas com uma proposta sócio comunitária e com foco na família. O texto traz um balanço significativo do Programa Mais Médicos no Brasil e chama a atenção para os ganhos políticos em diversos âmbitos do SUS e da educação em saúde no Pará, especialmente.

Concluindo, esta coletânea traz contribuições extremamente relevantes, com propostas exitosas, inovadoras e marcadas pela autonomia, no plano da construção de um trabalho de extensão voltado à educação em saúde. Sem dúvida, tratou-se de uma experiência singular e de aprendizagem

significativa a ser tomada como referência nacional e internacional na Educação Interprofissional em Saúde e que só foi possível em função da existência de uma universidade pública, gratuita e de qualidade, do Sistema Único de Saúde e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

Alcindo Antônio Ferla
Flavia Cristina Silveira Lemos
Leandro Passarinho Reis Júnior
Luiz Marques Campelo
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

CAPÍTULO 1 |

O Projeto Multicampi Saúde: uma experiência de gestão do trabalho, extensão e pesquisa na Amazônia brasileira

Maria Lucia Chaves Lima

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Elizabeth Moreira dos Santos

Nelson José de Souza Júnior

Roseneide dos Santos Tavares

Túlio Batista Franco

Este capítulo se propõe a deslindar e introduzir os caminhos percorridos por uma estratégia que consideramos inovadora para consecução da formação discente e docente ao relacionar-se com o serviço de saúde, tendo como perspectiva a integralidade do cuidado e o acompanhamento de um plano materialista do desenvolvimento infantil: Projeto Multicampi Saúde da Criança.

O Projeto Multicampi Saúde, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA), propõe uma integração, entre o ensino e o serviço, com a finalidade de qualificar a formação profissional dos discentes e profissionais da atenção básica (AB), em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em um movimento de equidade na saúde coletiva, produzindo o ensino interprofissional por meio da política de extensão e da educação popular como enfrentamento às desigualdades sociais e econômicas.

Nesse contexto, a UFPA, por meio da equipe de coordenação deste projeto e seus professores(as)-tutores(as), procurou levar a campo, mediante dez cursos da área da saúde envolvidos, toda a riqueza teórica e técnica a que têm acesso nossos(as) estudantes, buscando contribuir com o desenvolvimento de ações profícuas, de forma a incidir sobre os problemas de saúde encontrados no campo do cotidiano das práticas de cuidado. Muito aprendemos com os saberes

locais de como produzir saúde em dado território, tanto com as equipes e secretarias de saúde de cada município, Equipe de Saúde da Criança da Secretaria Estadual de Saúde (SESPA), técnicos(as) do Ministério da Saúde, quanto com a população local.

O encontro de saberes que se produziu entre universidade, por meio dos dez cursos envolvidos e os saberes locais, de trabalhadores, gestores e comunidade, mostrou-se imprescindível para a universidade repensar sua forma de produção de extensão, ensino e pesquisa. A utilização do Multicampi Saúde, como dispositivo e importante analisador para guiar nossos passos acadêmicos, possibilitará a formatação de cursos que efetivamente preparem nossos discentes para atender às demandas de saúde da população. Cursos que estejam conectados com a vida, lá onde ela acontece, no território, como nos ensina Merhy e Onocko (1997). Pesquisas de interesse acadêmico, mas preocupadas em promover saúde para a comunidade, em conjunto com os profissionais de saúde. O retorno ao campo é positivo neste sentido, tanto que as equipes locais relataram o quanto a passagem dos alunos mudou o ambiente das unidades e dinamizou as ações em saúde, incrementando fazeres, criando, rompendo rotinas e até recuperando projetos que se encontravam arquivados por falta de equipe para desenvolvê-los.

O objetivo geral do projeto era integrar ensino, serviço e gestão, com a finalidade de qualificar a formação profissional dos discentes e dos profissionais da atenção básica de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no Sistema Único de Saúde (SUS), com os processos formativos dos cursos da área da saúde.

Teve como objetivos específicos: (i) realizar curso introdutório de atenção integral a saúde da criança para docentes e supervisores, preceptores e discentes, em parceria com a Coordenação Estadual de Saúde da Criança da Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA); (ii) utilizar a base de dados secundários dos indicadores e da rede de atenção básica dos municípios selecionados; (iii) realizar visita técnica na rede de atenção dos seis municípios selecionados (Belém, Cametá, Castanhal, Abaetetuba, Bragança e Soure); e (iv) integrar os alunos dos dez cursos envolvidos nas ações de saúde da criança: do pré-natal das gestantes e puerpério, vacinas essenciais, triagem neonatal, investigação e discussão do óbito infantil, o acompanhamento do desenvolvimento infantil, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno pelo uso da Caderneta da Criança desenvolvida pelo Ministério da Saúde, com o enfoque especial em ações de ensino, prevenção e atendimento da comunidade adstrita em cada território.

As metas centrais do Projeto foram promover a vivência dos alunos e a capacitação dos profissionais da AB a partir das necessidades suscitadas no campo; elaborar suplemento em revista e/ou livro e/ou capítulo de livro com os resultados alcançados neste processo de extensão universitária; e participar de seminários e congressos sobre a saúde da criança como oportunidade de compartilhar e externalizar os dados achados e as tecnologias sociais desenvolvidas no curso do Projeto. Neste sentido, a educação em saúde na extensão opera por práticas éticas, estéticas e políticas ancoradas na perspectiva das resistências à educação tecnicista e conteudista. Buscou-se agir na micropolítica do cotidiano para produzir a formação na articulação com a afirmação do

Sistema Único de Saúde e da autonomia da universidade pública como fundamentais para a democracia e o cuidado no bem viver.

Como dissemos anteriormente, optou-se pela construção de uma ação que articulasse, dinamicamente, trabalho e ensino, prática e teoria, ensino e comunidade. As relações entre trabalho e ensino, entre os problemas e as alternativas para solucioná-los, devem ter sempre, como pano de fundo, as características socioculturais do meio em que esse processo se desenvolve e o compromisso com a melhoria social. Desse modo, escolheu-se, como percurso pedagógico, um aprendizado participativo, baseado em pedagogias ativas e problematizadoras (FREIRE, 1987), privilegiando-se a gestão e mobilização de conhecimentos e de suas práticas como um processo de reflexão situada para mudança na relação com a democracia de forma permanente e dialógica. Nesse sentido, a concepção de educação que é adotada no projeto é baseada no que nos diz Ramos (2010, p. 21):

Entendendo a educação como prática voltada à emancipação é sempre bom ressaltar que não houve no passado, e não há no presente, nenhum passe de mágica que possa resolver impasses que o educador/pesquisador precisa enfrentar, dia-a-dia, dando conta de elaborar conceitos e modelos críticos. Trata-se sempre de um trabalho difícil e de longa duração. E conta muito não jogar fora a acumulação crítica conseguida pelas gerações que viveram, lutaram e trabalharam antes de nós – um esforço que requer crítica, constância, disciplina e rigor. Expressa neste livro, essa é, sobretudo, uma posição diferente daquela que banaliza e simplifica a complexidade do conhecimento e da sociedade ou ignora a possibilidade do poder de criação humana para a mudança.

As cidades foram escolhidas levando em conta a extensão territorial, a diversidade regional, a demanda populacional e a organização dos campi da Universidade nesses territórios. Nesta perspectiva, são desenvolvidas ações de ensino, prevenção e assistência nas diversas áreas que abrangem a saúde da criança, de acordo com as necessidades observadas nos territórios e nos serviços. Todos os alunos que se vinculam ao projeto descrevem as ações desenvolvidas no formato de um relatório. Estas ações de saúde, que foram planejadas em comum acordo com a família e a equipe local, obedecem a um plano bem desenhado para que a referida equipe possa dar continuidade às mesmas.

As implicações do projeto desnudaram a necessidade de compreender a realidade da criança e seu entorno, a partir de uma concepção norteada pela atividade, em que o campo do conhecimento não se reduz ao marco teórico e abstrato. Aqui há práxis. A relação da criança com a comunidade, o território, a família e as políticas públicas se tornaram analisadores relevantes na prática de estudantes em sua formação por meio da extensão universitária.

Portanto, vale demarcar que a elaboração e problematização deste Projeto, aventurando-se pelo campo da saúde e do desenvolvimento infantil, foram pensados a partir da política de saúde, dos conhecimentos científicos permeados pelas várias matrizes disciplinares e, também, da prática profissional em um contexto específico: a Amazônia Brasileira. A ação-intervenção foi desenvolvida para além dos muros da universidade e, por isso, foi inscrita como possibilidade de uma construção do que é a nossa missão integradora: ensino, pesquisa e extensão. A partir dos estudos da obra de Paulo Freire, Ramos (2010) propõe questões para o processo educativo e metodológico que adotamos como pressupostos:

A metodologia que sintetiza esta concepção interliga os saberes dos educandos e os saberes curriculares. Na recorrência ao saber prévio do aluno, no diálogo entre suas experiências sociais e o que proposto no currículo, cria-se a possibilidade para que ele desenvolva a curiosidade epistemológica – já que o conteúdo proposto tem significado, é familiar – e problematiza a realidade que está inserido. Surge aí a oportunidade de, por meio da problematização gerada pela curiosidade epistemológica levar ao pensamento crítico e a ação transformadora.

[...] Os saberes veiculados na escola não são imparciais. Pretendem hegemonizar determinadas concepções de mundo, sociedade, homem e conhecimento. A partir, entende-se que, obrigatoriamente, a escola e seus alunos estão inseridos em uma comunidade, cidade e país que operam de maneira não neutra e que isto traz consequências. Ajudar o educando a perceber esta realidade e ajudá-lo a construir, a partir da reorganização de sua experiência concreta, possibilidades de transformação.

Ao falar em transformação o autor evidencia que prática educativa tem, em sua essência, a esperança, que está diretamente relacionada à dimensão histórica do ser-humano. É porque inacabados que os seres humanos necessitam da segurança para se mover, interagir, entender, mudar e transformar. [...] O educador pretende cultivar em seus alunos o entendimento de que, como seres inconclusos, podem transpor os condicionantes que os limitam, mas não o determinam. A esperança é inerente a este pensamento. Como seres históricos e sociais, os homens são esperançosos (RAMOS, 2010, p. 223).

Na pedagogia histórico-crítica, o objeto da problematização é a prática social, o que significa identificar os principais desafios que precisam ser enfrentados, buscando seus determinantes e suas contradições, para construir a possibilidade de mudança. Ela trabalha os processos educativos, visando o desenvolvimento das numerosas capacidades humanas, vis-à-vis à compreensão política de sua condição histórica. Portanto, Ramos (2010) e Ferla *et al.* (2021) afirmam que a vinculação da formação com o SUS e seus princípios é um dos *locus* privilegiados que potencializa o desenvolvimento da educação profissional.

Assim, arranjos das atividades didáticas, especialmente aqueles que problematizam a articulação entre teoria e prática, se constituem em um ponto crítico da formação. Nesse sentido, o ensino em serviço não é uma intervenção inovadora, mas reafirma uma tendência relevante na área. Baseada numa interação dialógica, esta modalidade (*in-service learning*) dificilmente pode ser definida fora do contexto específico em que ocorre, tornando a iniciativa de defini-la, quase sempre, insuficiente e insatisfatória. A ação política se materializa e se faz na concretude das práticas cotidianas inventivas na saúde coletiva por meio da educação libertária, articulada à posição ética de um ato de resistência ao ensino bancário e sem sentido.

A concepção que guia e perpassa todo o projeto parte do princípio de que a educação permanente e a discussão dos processos de trabalho em saúde são de extrema importância para a qualificação da atenção e das condições de saúde da população e, sendo assim, é desenvolvida a partir de uma articulação entre o ensino-serviço. Trata-se de uma articulação que precisa da constituição de um processo formal de levantamento de dados, reflexão e produção de conhecimento suficientemente potente para qualificar a atenção à saúde da criança no âmbito do Sistema Único de Saúde, em especial, no estado do Pará. Para tal qualificação, criamos instrumentos para ida a campo. De forma a ampliar a intervenção do aluno para além de sua permanência, desenvolvemos cursos, capacitações ou palestras com os professores da UFPA junto à rede local nas cidades contratualizadas no projeto, de acordo com as demandas locais.

São muitos os desafios de produzir saúde em um estado com este recorte geográfico, com esta amplitude territorial, com tamanhas diversidades e especificidades populacionais. A UFPA, porém, por meio do Projeto, e com o apoio dos campi instalados nos municípios, tem procurado superar estas distâncias, aproximar a Universidade da população e da gestão local como forma de promover ações para fortalecer e desenvolver as políticas públicas no âmbito da saúde da criança, aproximando a formação acadêmica, de uma programação de ações de disseminação e de conhecimento junto aos territórios.

Ainda que este cenário tenha suas singularidades no território do Pará, a atenção à criança é uma preocupação que extrapola o âmbito local, ocupando lugar de destaque na agenda nacional. O território é aqui pensado como uma decisão do planejador. Aqui o espaço regional não é concebido apenas a partir de sua paisagem e de seu relevo, mas, e também, como parte da dinâmica socioeconômica, cultural e política. O regional é ressignificado a partir de uma lógica tecnogeográfica, que, como nos diz Santos e Silveira (2001), significa que a intervenção humana transforma a região a partir dos equipamentos alocados em seu território, como escolas, hospitais, unidades de saúde, e, nesse sentido, assume uma condição sócio técnica.

Os desafios, postos pelo território para garantir acesso integral em condições ambientais singulares e a diversidade local, sempre estiveram em nosso horizonte, fazendo com que teoria e prática se aliassem na perspectiva da produção de saúde. Da mesma forma em que foi ofertado acesso a conhecimento de ponta, muito foi aprendido do entrelaçamento de saberes produzido neste percurso formativo. Oliveira (2008) incorpora a concepção de Donabedian (2003), que nos ajuda a compreender a forma como se engendram os conceitos da região com o de espaço tecnogeográfico e nos dão pistas de como os usuários acessam os equipamentos de saúde, em especial:

Aproximando-se do âmbito da saúde, há um aspecto essencial para o planejador: o conceito de acessibilidade cunhado por Donabedian (2003). A delimitação conceitual busca demonstrar que fatores podem explicar a facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Para Donabedian (2003), o acesso à saúde por parte de uma população circunscrita a um território depende de um grupo de aspectos espaciais (como o deslocamento até uma unidade de saúde mais próxima, a disponibilidade e o custo do transporte); organizacionais (como o tempo para atendimento de pacientes), econômicos (como renda e condição de possuir um plano de saúde); além de fatores socioculturais, como as etnias e as preferências religiosas. É possível, então, encontrar uma interação entre o discurso epidemiológico do médico Donabedian e o do geógrafo Milton Santos, que pode ajudar a responder à questão formulada até aqui, qual seja: como a constituição do Sistema Único de Saúde na Amazônia Legal contribuiu para atenuar ou não o acesso das suas populações aos serviços e equipamentos de saúde. Para ambos autores, a apreensão dos meios informacionais e institucionais dependem do contexto econômico-sócio-cultural e das condições de acesso que cada população específica possui. Nesse âmbito, entende-se que a distribuição de uma quantidade adequada de estruturas públicas em um determinado território pode constituir-se em um dos possíveis sinalizadores de acesso de serviços de saúde pela população. Nesse sentido, o território da saúde regionalizado compõe várias dimensões que podem estar associadas a planos internacionais (como no caso do combate às pandemias), nacionais, regionais e intra-regionais (microrregional e local) e ainda como parte da abrangência das unidades de saúde e seus processos de trabalho. O território da saúde é tecnogeográfico por excelência (OLIVEIRA, 2008, p. 49).

Portanto, o território não pode ser entendido como uma “*amarra*”, um trilho que submete ao saber um único sentido, que aprisiona as dimensões em duas margens ou linhas fixas, pois o que é produzido a partir dele pode expandir-se, quer seja o conhecimento ou suas riquezas naturais. A diversidade e a singularidade andam juntas nos modos de andar a vida e nos contextos em que o próprio movimento do trabalho, como atividade, é construído na relação com o espaço em que é realizado. A ética da boniteza de Paulo Freire se conecta com a força potente do SUS, da educação extensionista e da produção da saúde na integralidade do cuidado pela polissemia do ato de ler de estudantes como potência de leitura do mundo concreto e material da história em que as ações de formação se davam pelo Multicampi Saúde. O território pode ser compreendido também como:

A região é constituída por territórios líquidos, já vem dizendo há algum tempo por Schweickardt e colaboradores (2016), para desafiar a lógica de que a solidez é o valor que necessariamente precisa estruturar modos de viver, não há continuidades, senão em forma de rizomas, nos eventos que produzem variações na saúde das mulheres, dos homens e **das crianças**, que vivem o cotidiano e fazem o território. As situações têm diversas saídas, ao invés da linearidade da ciência. A equação do problema-solução, que a expressão da razão científica moderna, não funciona aqui como nos laboratórios das ciências naturais dos grandes centros de pesquisa. Aqui, os problemas têm soluções diversas e tem várias soluções possíveis, mas, na prática cotidiana, formulações para os problemas e soluções vão compondo saídas rizomáticas, que fazem percursos nômades, com híbrido de saberes, de possibilidades reais de acessar bens e serviços. A diversidade é viva aqui e desafia a negociações permanentes. (FERLA; SCHWEICARDT; GAL, 2019, p. 11, grifo nosso).

Para além dos arranjos institucionais e teóricos já relatados até aqui e que se referiram aos aspectos norteadores da perspectiva teórico institucional do projeto, há uma inovação, no âmbito do cuidado, que é o caráter multi-interprofissional que foi assumido pelos seus formuladores (FERLA *et al.*, 2021). Neste sentido, participam do Projeto graduandos dos cursos da área da saúde da UFPA: medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmácia, nutrição, biomedicina, psicologia e serviço social, envolvendo quatro Institutos: Instituto de Ciências da Saúde; Instituto de Ciências Biológicas; Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; e Instituto de Ciências Sociais Aplicadas. Nos últimos anos, a interprofissionalidade³ e multiprofissionalidade ganharam, no cenário brasileiro, potência política.

Não há produção de saúde se não houver produção estética da gestão e do cuidado, assim como a reinvenção de si e do próprio trabalho. A educação permanente em saúde, assim como as **Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)** para os cursos da área da saúde, compartilha do paradigma contemporâneo da aprendizagem baseada em sistemas, que substitui a transmissão disciplinar, assentada no ensino catedrático, e, mesmo, a aprendizagem em problemas do ensino colaborativo, para resumir essa breve análise ao período pós-flexineriano, que foi recuperado e recolocado como se o tempo voltasse e, sobretudo, se não tivéssemos apreendido nada em 110 anos. Aqui, não queremos polemizar com o passado, apenas retomar o desenvolvimento social e histórico, do ensino e do trabalho na saúde, e registrar que o ensino embasado em sistemas, sobretudo nos lugares de complexidade sócio-sanitária como os pontos de atenção básica nos territórios, justamente

3 O fenômeno da interprofissionalidade é descrito por Brustulin (2020, p. 4), como um “processo no qual profissionais refletem e desenvolvem práticas que produzem respostas integradas e coesas para as necessidades individuais e coletivas, sendo que tal processo apresenta componentes pragmáticos (práticas), cognitivos (saberes) e subjetivos (afetos)”.

pela sua complexidade, tem condições de desenvolver capacidades profissionais ao mesmo tempo locais e globais. (FERLA *et al.*, 2021, p. 15, grifo nosso).

Na sociedade contemporânea, baseada na produção e uso de conhecimento, a formação e a capacitação profissional cada vez mais se voltam para a inovação, para a tecnologia e para a inteligência. Destaca-se, ainda, o papel irrefutável dos diferentes atores envolvidos em gerar múltiplos significados, a mudança de sentidos atribuídos pelas lideranças e as muitas e inesperadas variações nas prioridades considerando-se as condições da globalização, seja da economia, da inovação tecnológica e da emergência, seja da re-emergência de novos e antigos problemas que podem estar determinando as condições de saúde da população e da criança em particular. Resiste-se ao utilitarismo e à instrumentalização do ensino, na medida em que a formação em ato pelo SUS e com o campo dos direitos da criança se fazem em redes potentes de um trabalho vivo.

Neste sentido, em essência, a instigante decisão sobre o que funciona, para quem e em quais circunstâncias, pode ser uma experiência compartilhada e explorada, inclusive vivencialmente e, em tempo real, se as informações e o modelo de análise estiverem acessíveis e ao alcance da sociedade, conferindo ao monitoramento e à avaliação a função pedagógica e reflexiva no processo de planejamento. O agir em saúde e a reflexão das práticas profissionais, de saúde e de cuidado, são a base dos processos educativos que têm como ponto fundamental uma educação implicada com a práxis e com uma construção crítica da realidade social, que supere as situações de vulnerabilidade social em que se encontram as populações em cada contexto específico: no Brasil e na Amazônia brasileira. Produzir formação e a atenção à saúde no território amazônico é um desafio e uma insurgência diante dos projetos de expropriação que historicamente foram se instalando na Região Norte do Brasil e que tentaram silenciar a autonomia e a existência dos povos deste território tão diverso e plural.

Buscar alternativas para inserir os discentes e docentes no campo de práticas profissionais, no nosso caso, na atenção básica no SUS, possibilita o confronto entre a concepção biomédica clássica, parte da erudição acadêmica, e a possibilidade da construção de um novo fazer no campo da saúde e da educação permanente em saúde.

Há que se fazer pesquisa e ensino dirigidos aos serviços básicos, de atendimento à população, da educação em saúde, não só para a pessoa, mas também para comunidade, para a família. E, nesse sentido, construir parceria, consolidar trabalho conjunto com a Saúde Coletiva pode ser um caminho rico na direção da população, das políticas sociais e das políticas públicas. (LUZ, 2007, p. 27).

A capacitação profissional é desafiada continuamente pela produção científica e sua aplicação à obtenção de melhores efeitos para o bem-estar social, com os menores danos possíveis e a um custo social sustentável. O desafio da transposição da ciência e da tecnologia à ação, associada à gestão do conhecimento para que respostas, em tempo real e em ambiente global, aconteçam, não é uma relação apenas entre ciência e mundo laico. Com a expansão das redes e comunidades de ativistas na *web*, o movimento inverso se faz cada vez mais presente, seja como mobilização de controvérsias plausíveis, tornando-se assim objetos de investigação, seja como controvérsias implausíveis, fantasiosas ou ideologicamente construídas, como as *fake news*. Nesse contexto, novos desafios se apresentam à educação profissional, essencialmente, os vários debates sobre a ciência e

o negacionismo, que se insurgiram mais fortemente a partir da emergência da SARS-COV-19. A irrupção de práticas de formação, assim, se dá na trama do cotidiano em que se torna possível criar e resistir nas trincheiras das relações de força, em jogo no cotidiano das práticas locais e dos saberes situados na história a contrapelo.

Pereira e Ramos (2006), apresentam uma compreensão sobre o papel da educação profissional diversa daquela frequentemente utilizada. Para as autoras, “uma nova concepção deve tomar a educação profissional como “importante mediação no processo de construção de conhecimento científico-tecnológico na esfera nacional e da formação humana dos trabalhadores [...], [devendo] ser guiada por valores ético-políticos e não individualistas ou corporativos” (PEREIRA; RAMOS, 2006, p. 105), reforçando assim a adoção da concepção histórico-crítica da educação.

Para a produção do conhecimento no campo do Projeto Multicampi Saúde da Criança, o cuidado em saúde foi concebido a partir de uma lógica que levou em consideração as especificidades de cada território e se torna uma inflexão no espaço de produção da saúde entre a biopolítica⁴, no sentido dado por Pelbart (2011), a micropolítica⁵ e a biopotência⁶. O controle da população pela política pública sofre as tensões da micropolítica e de suas produções desejantes no campo da vida concreta, em que se realiza a atividade e a produção do conhecimento no campo da saúde. Não há o desconhecimento do desmantelamento das políticas e programas de saúde em curso feita nos últimos períodos, mas a própria existência do projeto demonstra que fissuras, mesmo em um cenário de desalento, podem significar um fator de resistência. A sua realização abre possibilidades para a

4 “O termo biopolítica foi forjado por Foucault para designar uma das modalidades de exercício do poder sobre a vida, vigentes desde o século 18. Centrada prioritariamente nos mecanismos do ser vivo e nos processos biológicos, a biopolítica tem por objeto a população, isto é, uma massa global afetada por processos de conjunto. Biopolítica designa, pois, essa entrada do corpo e da vida, bem como de seus mecanismos, no domínio dos cálculos explícitos do poder, fazendo do poder-saber um agente de transformação da vida humana. Um grupo de teóricos majoritariamente italianos, propôs uma pequena inversão, não só semântica, mas também conceitual e política. Com ela, a biopolítica deixa de ser prioritariamente a perspectiva do poder e de sua racionalidade refletida tendo por objeto passivo o corpo da população e suas condições de reprodução, sua vida. A própria noção de vida deixa de ser definida apenas a partir dos processos biológicos que afetam a população. Vida inclui sinergia coletiva, cooperação social e subjetiva no contexto de produção material e imaterial contemporânea, o intelecto geral. Vida significa inteligência, afeto, cooperação, desejo. [...] A vida ao mesmo tempo se hibridiza, se dissemina e se alastra, se moleculariza e se totaliza, [...] ganha uma amplitude inesperada e passa a ser redefinida como poder de afetar e ser afetado [...]. Daí a inversão, em parte inspirada em Deleuze, do sentido do termo usado por Foucault: biopolítica não mais como o poder sobre a vida, mas como a potência da vida.” (PELBART, 2011, p. 11-12).

5 “A micropolítica é um modo de recortar a realidade a partir do campo das forças, na medida em que essas também produzem realidades, afetos, desejos. Permite analisar cada saber, cada corpo, cada endereço, cada objeto sob uma perspectiva de produção de realidade a partir das relações de poder. Neste âmbito, Rolnik (2018) analisa que este espaço de produção é alcançado pelo ativismo contraproducente e que captura o desejo para a sociedade capitalista. “Ele a expande micropoliticamente para a afirmação de um outro direito que engloba todos os demais: o direito de existir ou, mais precisamente, o direito à vida em sua essência de potência criadora.” (ROLNIK, 2018, p. 24).

6 “A biopotência inclui o trabalho vital, o poder comum de agir, a potência de autovalorização que se ultrapassa a si mesmo, a constituição de comunalidade expansiva - enfim, trata-se de um dispositivo ontológico (pois não é material apenas, nem só imaterial, nem objetivo e nem subjetivo, nem apenas linguístico, ou apenas social). Por isso mesmo, ele não é suscetível de nenhuma mensuração; é uma virtualidade desmedida, é um poder expansivo de construção ontológica e de disseminação [...]. Para usar uma concepção mais nietzschiana, embora a base de Negri seja mais espinosista, pode-se pensar numa vontade de poder, que na sua expansividade tem por efeito a transvalorização dos valores, destruição e criação de novos valores e sobretudo tem o poder de apropriar-se das condições de produção do valor. Poder positivo, poder constituinte.” (PELBART, 2011, p. 61-62).

construção de um *fazer* que traz novas relações para práxis dos discentes, docentes e trabalhadores e trabalhadoras de saúde no âmbito da Universidade Federal do Pará e dos serviços de saúde.

Conclui-se que a extensão na educação em saúde é tecida, como prática singular e inventiva, justamente pela rede complexa e micropolítica que (re)estrutura-se com e pelo SUS. A polifonia freiriana entra em interseccionalidade com as lutas do presente e da afirmação da saúde coletiva e da criança como sujeito de direitos, em uma realidade brasileira em que resistir se tornou vital na articulação de uma produção de subjetividades em revolta contra os microfascismos e contra toda sorte de valores reacionários de uma cultura política autoritária que tentou desmontar e destruir o SUS e a universidade pública, de 2016 a 2022.

Referências

BRUSTULIN, Natália. **Um olhar sobre a interprofissionalidade a partir dos saberes, das práticas e dos afetos de uma equipe de saúde**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2020.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

FERLA, Alcindo Antonio; SCHWEICARDT, Kátia Helena Serafina Cruz; GAL, Daniele Noal (org.). **Atenção básica e formação profissional em saúde: inovações na Amazônia**, 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019. (Série Saúde & Amazônia, v. 7).

FERLA, Alcindo Antônio *et al.* (org.). **Diálogos interprofissionais sobre a formação na saúde: Catálogo da primeira temporada**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. (Série Vivências em Educação na Saúde).

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

LUZ, Madel Therezinha. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **Desigualdade Regional e o território da saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

PELBART, Peter Pál. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2011.

PEREIRA, Isabel Brasil; RAMOS Marise Nogueira. **Educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em saúde).

RAMOS Marise Nogueira. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; UFRJ, 2010.

ROLNIK, Suely. **Esferas da Insurreição: Notas para uma vida não cafetinada**. 2. ed. São Paulo: N-1 Edições, 2018.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil, território e sociedade no início do século XXI**. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

CAPÍTULO 2 |

O que dizem os dados e as estatísticas sobre as questões de saúde e desenvolvimento infantil no Brasil na Região Norte e na Amazônia brasileira? Informações selecionadas

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Karol Veiga Cabral

Regina Feio Barroso

Eliane Aparecida da Cruz

Lucas Falcão Silva

O conceito de saúde no Brasil, pós Constituição de 1988, deve ser compreendido em um contexto amplo, no qual seus determinantes incluem estruturas e dinâmicas sociais e econômicas, ambiente físico e características e comportamentos individuais das pessoas.

Sob a responsabilidade compartilhada da União, estados, municípios e do Distrito Federal, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel fundamental na efetivação do direito à saúde, conforme instituído pelo Artigo 196 da Constituição brasileira: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2016).

Este capítulo tem como objetivo demonstrar a situação da criança e do desenvolvimento infantil no Brasil e na Região Amazônica brasileira (especialmente no estado do Pará), a partir de dados estatísticos selecionados.

A trama dos conceitos

A construção de indicadores de saúde é uma contribuição fundamental para a análise das condições amplas de vida de uma população, notadamente quando são possíveis aprofundamentos de natureza regional, espacial, étnico-racial, etário, de gênero, entre outros.

Para a escrita deste capítulo, utilizou-se os dados primários (produzidos pelo projeto Multicampi Saúde) e secundários (a partir de base dados selecionadas), com foco no desenvolvimento infantil e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 2018). Esta abordagem possibilitou uma composição e análise dos dados com objetivo de traçar um panorama da situação da criança no Brasil e na Amazônia brasileira.

Técnicas de coletas de dados

Os dados foram coletados por diferentes técnicas, a partir de etapas descritas a seguir:

- **Análise de dados epidemiológicos a partir de indicadores selecionados relacionados ao desenvolvimento infantil e saúde da criança, tomando como recorte os anos de 2000 a 2020:** Foram utilizados os dados dos sistemas de informação em saúde disponíveis no Ministério da Saúde (MS) e no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE).
- **Bases de dados (dados secundários):** Os dados epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, de morbimortalidade, de capacidade instalada, de produção e de cobertura assistencial dos serviços vinculados ao sistema público e de recursos físicos e financeiros foram obtidos junto às bases gerenciadas pelo Departamento de Informática do SUS (Datasus) e demais órgãos do Ministério da Saúde.
- **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM):** Gerenciado pelo Datasus, foi implantado em 1977 e entrou em vigor nacionalmente em 1979. Permite a obtenção regular de dados sobre mortalidade. O documento básico é a Declaração de Óbito (DO). A codificação da causa básica do óbito depende do conhecimento de um especialista e, para apoiar esse processo, foi desenvolvido o Sistema de Seleção de Causa Básica (SCB).
- **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc):** Também gerenciado pelo Datasus, foi implantado oficialmente a partir de 1990 com o objetivo de coletar dados sobre nascimentos, em todo território nacional, e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do sistema de saúde. O documento de entrada do sistema é a Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada em todo o país.
- **Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS):** Sistema destinado a auxiliar a operacionalização, controle e gestão do atendimento ambulatorial do SUS,

realizado pelas secretarias municipais e estaduais de saúde. O documento básico é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido mensalmente pelas unidades ambulatoriais, que contém dados sobre o número de atendimentos realizados por tipo de procedimento e, dependendo deste, por grupo populacional. É gerenciado pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Especializada à Saúde (SAES). A atualização e a disponibilização dos dados ocorrem mensalmente.

- **Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS):** Sistema destinado a auxiliar a operacionalização, controle e gestão do atendimento hospitalar do SUS, realizado pelas secretarias municipais e estaduais. É gerenciado pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Especializada à Saúde (SAES) e suas informações estão disponíveis no *site* do Datasus, cobrindo em torno de 70% das internações realizadas no país. Seu documento básico é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH). Inicialmente produzido para controlar e fiscalizar as internações hospitalares é principalmente um instrumento para pagamentos.
- **Sala de Apoio à Gestão Estratégica (Sage):** Agrega e disponibiliza as informações para subsidiar a tomada de decisão, a gestão e a geração de conhecimento. Demonstrando a atuação governamental no âmbito do SUS, possibilita projeções e inferências setoriais, além de contribuir para a transparência das ações na área da saúde. É gerenciada pelo Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (Demas).
- **Bases de dados do Censo Demográfico (1980, 1991, 2000 e 2010):** Os dados dos censos populacionais realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estão disponíveis no *site* do próprio instituto e também no *site* do Datasus, que realiza projeções intercensitárias, disponibilizando dados populacionais dos municípios brasileiros, por faixa etária e sexo, situação de residência e outras variáveis.
- **Dados selecionados a partir de infográficos e tabelas produzidos por reportagens sobre indicadores relacionados à saúde divulgados em 2022:** São dados de reportagens e análises provenientes, principalmente, de institutos especializados, como o Instituto de Estudo para a Políticas de Saúde (IEPS) e de jornais eletrônicos, como os da BBC-Brasil.
- **Dados secundários produzidos pelos relatórios do projeto Multicampi Saúde da Criança da Universidade Federal do Pará (UFPA):** Estes dados se referem tanto aos quantitativos quanto aos qualitativos produzidos pela equipe do projeto.

O uso de dados e informações como suporte de decisões e de formulação de políticas tem levado ao desenvolvimento e à priorização de sistemas de monitoramento e avaliação, tanto para

acompanhar a implementação das políticas, como para subsidiar avaliações *ex-post*. Nessa perspectiva, sistemas estruturados de monitoramento e avaliação vão além das estatísticas públicas, uma vez que estas não necessariamente se organizam em modelos que capturem uma finalidade programática ou representem a perspectiva de uma política social (JANUZZI, 2014), neste caso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, em especial, o seu componente relacionado ao desenvolvimento infantil e a Caderneta da Criança.

A produção de informação, para gestão e para garantir a transparência pública, deve, assim, explicitar a intencionalidade das políticas, programas e projetos, seja por meio das suas escolhas estratégicas, seja pela priorização de eventos a serem registrados, mensurados e acompanhados. Deve, ainda, ter claras as diretrizes para a transferência do conhecimento gerado em ação, facilitando respostas sobre a efetividade e a eficiência de políticas, estratégias e ações (BROUSSELE; GUERRA, 2017).

Na prática, a apreciação de implementação das políticas considera o efeito de várias interações entre as estratégias, conforme as teorias de mudança, o contexto sistêmico organizacional e o contexto social em que essas políticas se inserem. Em nível intermediário, isto é, entre o micro e o macro, a biopolítica e o micropoder, os mecanismos ou as explicações capazes de descrever e operacionalizar a teoria de mudança e suas mediações, compõem o modo de funcionamento e a caracterização de ambas, isto é, das estratégias e dos modos de funcionamento, sendo condição necessária para a regulação social, a transparência e a participação social.

Indicadores podem ser entendidos como medidas quantitativas e/ou qualitativas, com intencionalidades, a partir de registros dos fatos ou fenômenos da realidade. Conhecer a realidade sempre será um desafio, resultando em representações que podem estar mais ou menos distante dela. A construção e o uso de indicadores – aptos a trazer informações mais precisas e essenciais sobre os aspectos da realidade, subsidiando decisões voltadas para os direitos e o bem-estar de todos – infelizmente ainda não é a prática mais comum no âmbito de governos, gestores, entidades não governamentais que interagem com o SUS e mesmo do controle social em todas as suas dimensões (CAMPELO; SANTOS; OLIVEIRA, 2017).

Outro fator que nos desafia na pesquisa, ensino, intervenção no campo das políticas sociais, é a busca de dados precisos sobre a saúde de dada população. O Ministério da Saúde por meio da Caderneta da Criança procurou criar um instrumento de vigilância à saúde da criança que compilasse os dados mais relevantes da saúde desta população, permitindo às equipes e às famílias o acompanhamento da saúde das crianças, bem como, o desenvolvimento de políticas públicas que garantam a manutenção da mesma. Porém, o que se pode constatar na prática é que a adoção da Caderneta como instrumento de apoio, registro de dados e orientação às famílias, na realidade estudada, tem sido pouco utilizada pelas equipes, quer pela falta do instrumento ou ainda, por insuficiência da qualificação das equipes da saúde.

Em estudo realizado no Distrito Federal, Souza, Vieira e Lima Júnior (2019) corroboram a necessidade e a importância de implementar a política de atenção integral à saúde da criança.

Apontam que ainda são raros os estudos sobre o tema dirigidos a compreender e debater a organização do sistema de saúde integral à saúde da criança na perspectiva das redes de atenção à saúde.

Os dados, apresentados neste capítulo, buscam traçar tendências das condições de vida das crianças brasileiras a partir de indicadores diretos e indiretos, sempre que possível, comparando os dados da Amazônia Brasileira com o Brasil para a faixa etária de 0 a 4 anos e levando em consideração o extrato de 100 mil habitantes (ROCHA *et al.*, 2021).

O uso de indicadores da saúde da criança - a mortalidade infantil a partir de dados selecionados

A nossa análise começará com a taxa de mortalidade infantil que é o indicador mais clássico para avaliar a situação das crianças em um contexto socioeconômico com as suas particularidades. A medida estimada para o seu cálculo é a frequência com que ocorrem os óbitos infantis (mortes de bebês menores de um ano de idade) em uma população, em relação ao número de nascidos vivos em determinado ano civil. A taxa se expressa para cada mil crianças nascidas vivas.

É importante lembrar que ações planejadas e desenvolvidas no Brasil reduziram sensivelmente as taxas de mortalidade infantil: na década de oitenta era de 85,6 óbitos por mil nascidos vivos, e 28,6 óbitos por mil nascidos vivos em 2001 (GOMES, 2011). Tal redução se deu de forma mais expressiva nas taxas de óbitos no período pós-natal, associadas a intervenções ambientais como a garantia de saneamento básico, aumento do nível educacional da população e melhoria das condições socioeconômicas, assim como diminuição da taxa de fecundidade e expansão da rede de serviços em todo o país. Atualizando os dados relacionados à mortalidade infantil, podemos ver o seguinte, na tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Taxa de Mortalidade Infantil por mil nascidos vivos, Brasil, 2000 a 2020

Ano	2000	2003	2006	2009	2012	2015	2017	2019	2020
Taxa no Brasil	29,0	24,7	21,0	18,1	15,7	13,8	14,9	12,4	14,0

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Ministério da Saúde (Sistema de Informação de Mortalidade/Sistema de informação de Nascidos Vivos/Observatório da Criança/2022).

No período recente, como se pode ver na tabela 1, houve um recrudescimento da taxa de mortalidade infantil no Brasil, que voltou a se estabilizar, com tendência de alta, paralisando a queda, que vinha ocorrendo nos últimos períodos anteriores a 2016.

Os principais fatores relacionados à mortalidade infantil podem ser elencados da seguinte forma: fatores demográficos, condições socioeconômicas, a estada nutricional e os fatores relacionados à própria assistência. Para análise inicial desses dados (elencados na Tabela 1), podemos dizer que, no caso brasileiro, foi essencial a constituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), pela Norma Operacional Básica (NOB-SUS-96). Ainda que insuficiente, foi observado um aumento nas condições de saneamento e da escolarização das mulheres nos períodos posteriores ao ano 2000 (MARINHO *et al.*, 2020).

Ao analisarmos os resultados da pesquisa realizada por Lansky *et al.* (2014), desenvolvida a partir de um estudo de coorte realizado com 23.940 puérperas, entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012, sobre o nascimento no Brasil, é possível verificar que uma das piores taxas de mortalidade encontra-se no norte do país (em toda a Amazônia brasileira), sendo que as causas do óbito, para todo o território nacional, estão associadas ao baixo peso ao nascer, ao risco gestacional e às condições do recém-nascido, confirmando que a mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil no país desde a década de noventa.

O estudo ainda aponta que a questão perinatal segue sendo um grande paradoxo do sistema brasileiro, pois o parto e o nascimento estão altamente medicalizados e, em sua grande maioria, ocorrem dentro da estrutura hospitalar. O estudo ainda aponta a necessidade de adoção de boas práticas no parto, qualificação de estruturas hospitalares e melhoria da qualidade de atenção, relacionadas ao processo de assistência ao pré-natal. Estes dados nos apontam que, em que pese os avanços conseguidos, temos um desenvolvimento desigual de boas práticas e da distribuição de equipamentos públicos no país, especialmente, nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Quanto à mortalidade infantil, o estado do Pará apresenta uma taxa de 15,40 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto que o ideal, preconizado pela Organização Mundial da Saúde, é uma taxa abaixo de dez por mil nascidos vivos. E mais, se analisamos a mortalidade infantil por município no estado, verifica-se uma enorme variação e assimetria. Com a maioria dos municípios com taxa acima do preconizado, a capital, Belém, apresenta a mortalidade infantil de 13,55 (PARÁ, 2015).

Vale ressaltar, que, desde 2010, o Brasil alcançou a meta estabelecida para a mortalidade infantil abaixo da taxa de 19,6 para cada mil nascidos vivos, acompanhando o que foi alcançado apenas por 1/3 (62 países) dos países que se comprometeram com os Objetivos do Milênio (ODM). De acordo com Marinho *et al.* (2020, p. 2), “no que diz respeito à redução da taxa de mortalidade de crianças de 5 anos, comparando os dados de 1990, foi atingido com êxito pelo Brasil antes do prazo previsto em acordo governamental, que seria em 2015”.

Por outro lado, em um estudo de revisão de literatura de 2000 a 2013 sobre a atenção primária em saúde, Damasceno *et al.* (2016) concluíram que os serviços de saúde no país são heterogêneos e necessitam de mudanças estruturais e de processo de trabalho, a fim de melhor planejar ações e cuidados na atenção básica como forma de garantir acesso de qualidade a saúde das crianças. Na revisão perceberam que, de fato, a introdução da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no país, com a presença dos agentes comunitários de saúde atuando em todo o território, se configurou como a principal estratégia para a vigilância da saúde infantil, com destaque para a adoção de: instrumentos de monitoramento do desenvolvimento infantil; ações de incentivo ao aleitamento materno único até os seis meses e posterior ingestão de alimentos orientados por padrões nutricionais adequados à faixa etária das crianças; imunização; e atenção à doenças prevalentes na infância, sendo que todos estes itens estão presentes na caderneta da criança.

Assim sendo, podemos afirmar que a adoção no território nacional da ESF foi fator preponderante para a diminuição da mortalidade no país, pois focou em ações de atenção e educação

em saúde em uma rede de serviços que, no momento, estava em expansão, por meio de uma política de indução do Ministério da Saúde. Contudo, os mesmos autores apontavam que se fazia necessário superar o modelo de queixa-conduta presente no modelo biologicista da consulta individualizada e a que ainda prevalece nos serviços.

A reflexão anterior é um indicativo que impede uma atenção integral às necessidades da população. Nossas práticas ainda são muito marcadas pelo modelo biomédico hegemônico o que tende a fortalecer o modelo tradicional da atenção básica, ainda que, na década passada, tenham sido feitas tentativas de buscar a integralidade e a interssetorialidade como imagens objetivos, no que diz respeito ao futuro próximo, que podem servir de inspiração para as práticas de cuidado e inflexões nas políticas de saúde (MASSUDA; TITTON; POLI NETO, 2018).

Segundo Damasceno *et al.* (2016) os profissionais tendem a se apresentar como os detentores do conhecimento e a tratarem o familiar/usuário como mero receptor. Este tipo de atendimento ficou conhecido na literatura como cuidado desigual. Os autores destacam a importância da escuta e do acolhimento no encontro de saúde para a produção de um verdadeiro cuidado.

Nas tabelas, 2 e 3, duas taxas importantes, a mortalidade infantil por malária e por doenças de veiculação hídrica que, respectivamente, afetam a crianças de 0 a 4 anos, são dois dos fatores que demonstram uma correlação forte do meio ambiente com a saúde. Em que pese a taxa de mortalidade em geral relativamente mais baixa, a malária e outras doenças endêmicas ainda requerem grande atenção devido a surtos relacionados a ações antropológicas no ecossistema da Amazônia, como já evidenciado pela literatura (ROCHA *et al.*, 2021).

As doenças de veiculação hídrica demonstram o quanto os territórios com ocupações desordenadas e a poluição das águas (com dejetos humanos e contaminação mercurial) são reveladores da degradação ambiental e da falta de regulação suficiente do Estado Nacional e dos Estados subnacionais sobre a gestão do território. Estes são aspectos significativos das desigualdades regionais, à medida que são indicativos relacionados às populações em situação de vulnerabilidade social, com os baixos índices de desenvolvimento econômico-social, circunscrevendo-as às periferias das grandes cidades brasileiras, nas cidades do Marajó no Pará e de grande parte dos municípios do Nordeste e da Amazônia Brasileira (OLIVEIRA, 2008; MELLO; DEMARZO; VIANA, 2019).

Como referimos anteriormente, essas taxas alarmantes de mortalidade infantil são indicativas do cenário em que vários municípios paraenses se encontram com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Vale lembrar que, em 2019, o Brasil ficou em 79º no *ranking* do IDH divulgado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo que os critérios para medir o desenvolvimento englobam indicadores de saúde, educação e renda.

Assim, desenvolver ações, que possam incidir sobre estes itens, pode melhorar as condições de vida da população. O investimento na atenção básica, como primeira porta preferencial de acesso da população, nos permite, além do desenvolvimento de ações de assistência em saúde,

trabalhar a prevenção e a promoção em saúde, como forma de evitar o adoecimento e agravos em saúde. Nesse sentido, o desempenho das políticas deve estar associado à qualidade de indicadores, compreensão do avaliando e processo de valoração (REIS, *et al.*, 2017).

Tabela 2 – Taxa de mortalidade por malária, de 0 a 4 anos, Brasil x Amazônia Legal

Ano	2008	2010	2011	2012	2014	2016	2017	2018	2019
Brasil	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,008	0,000	0,000	0,000
Amazônia Legal	0,468	0,199	0,324	0,370	0,126	0,084	0,126	0,253	0,336

Fonte: ROCHA *et al.*, 2021.

Tabela 3 – Mortalidade por doenças de veiculação hídrica, de 0 a 4 anos, Brasil x Amazônia Legal

Ano	2008	2010	2011	2012	2014	2016	2017	2018	2019
Brasil	8,410	5,603	4,292	4,411	3,706	3,734	3,043	2,659	2,632
Amazônia Legal	16,961	13,517	10,098	11,117	11,916	10,164	10,009	8,828	7,989

Fonte: ROCHA *et al.*, 2021.

A taxa de infecções respiratórias e as doenças infecto-parasitárias estão relacionadas também, ao desenvolvimento econômico e social predatórios, em especial, ao meio ambiente, entre outros fatores que se expressam na tabela 4.

Tabela 4 - Mortalidade por infecções respiratórias, de 0 a 4 anos, Brasil x Amazônia Legal

Ano	2008	2010	2011	2012	2014	2016	2017	2018	2019
Brasil	20,5	20,36	16,80	17,86	15,23	15,11	12,67	13,89	13,65
Amazônia Legal	33,4	34,85	30,85	36,32	35,41	27,16	24,51	25,52	30,80

Fonte: ROCHA *et al.*, 2021.

Para corroborar os dados expostos nas tabelas 2, 3 e 4, que demonstram que as taxas apresentadas na Amazônia Brasileira são superiores às apresentadas para todos os indicadores quando relacionadas aos dados do Brasil, a revisão da literatura sobre as causas de internação hospitalar de crianças brasileiras, realizada por Carneiro *et al.* (2021), explicita que doenças do aparelho respiratório, infecções parasitárias e afecções perinatais foram as causas de internações mais frequentes nos artigos revisados. Entre os estudos que analisaram as doenças relacionadas com o desempenho da atenção básica (tais como: pneumonias, gastroenterites e asma brônquicas) foi demonstrado que estas foram as causas mais apontadas. As morbidades referidas aqui são reveladoras da qualidade da assistência básicas nas diversas regiões brasileiras, visto que são condições sensíveis a esse nível de atenção.

Somam-se a essa realidade outros dados relevantes a partir do pacto de metas que envolvem o governo federal, estados e municípios. Tais dados demonstram que a cobertura da atenção primária no Pará está entre as menores da Região Norte (58,03%), enquanto o Tocantins alcança patamares acima da média nacional (91,29%). Em relação às internações sensíveis à atenção básica, o Pará apresenta o maior percentual (41,07%), enquanto no Amapá os dados apresentados são de 21,43% (PARÁ, 2015).

Em uma outra reflexão, foram apresentados dados, a partir do estudo realizado por Carneiro *et al.* (2021), no que se refere à atenção às doenças sensíveis pela atenção básica, que demonstraram uma redução para o período estudado nos 144 municípios e 13 regiões de saúde do Pará, ainda que as taxas dos indicadores apresentados estejam com percentuais acima das dos estados pertencentes a regiões mais desenvolvidas do país e de países com maior acúmulo de riquezas, como os do G7.

A tabela 5 mostra que a taxa ajustada de mortalidade por doenças comunicáveis apresenta uma tendência crescente na região, como observamos o avanço da taxa de mortalidade por AIDS, cujo nível na Amazônia Legal ultrapassou o observado no restante do país (ROCHA *et al.*, 2021).

Tabela 5 – Mortalidade por AIDS, de 0 a 4 anos, Brasil x Amazônia Legal

Ano	2008	2010	2011	2012	2014	2016	2017	2018	2019
Brasil	0,496	0,518	0,286	0,418	0,270	0,178	0,145	0,161	0,201
Amazônia Legal	1,328	0,518	0,567	0,741	0,463	0,799	0,591	0,504	9,462

Fonte: ROCHA *et al.*, 2021.

As tabelas 6 e 7 mostram dados da mortalidade por doenças cardiovasculares e mortalidade por doenças neoplásicas, ambas de crianças de 0 a 4. Elas são representativas da evolução da mortalidade proporcional dos grandes grupos de causas de óbitos. Para o período 1980 a 2033, Silva Júnior e Ramalho (2021) mostram as principais características que deverão ocorrer.

Em 2011, a mortalidade por Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCnT) já representava cerca de 70% da mortalidade total do País, cenário que não deverá mudar, mesmo com uma redução estimada de cerca de 2% ao ano na taxa de mortalidade por esse grupo. (SILVA JÚNIOR; RAMALHO, 2015, p.8).

Esta parece ser uma tendência do panorama mundial, no qual se inclui o Brasil. Ainda em relação aos dados da tabela 6 e 7, Silva Júnior e Ramalho (2015, p. 9) analisam que:

Explorando cada grupo de DCnT, encontramos que a Mortalidade Proporcional das Doenças do Aparelho Circulatório (DAC) permanecerá com o maior valor proporcional durante todo o período, apesar de uma tendência de redução do seu peso relativo. As Neoplasias, que também são bastante influenciadas pelo envelhecimento da população, têm uma tendência de crescimento consistente ao longo de todo o período, praticamente dobrando sua participação, dos 10,5% do total de mortes que representava em 1980 para os 19,8% projetados para o ano de 2033, sugerindo que também ocorrerá um crescimento importante na demanda por acesso ao diagnóstico e às distintas modalidades de tratamento, com grande impacto sobre os serviços de saúde.

Outra observação importante é que, para o grupo de causas representados nas tabelas 6 e 7, observa-se que os percentuais dos indicadores apresentados, no caso da Amazônia brasileira, sempre são superiores aos da média nacional.

Tabela 6 - Mortalidade por doenças cardiovasculares, de 0 a 4 anos, Brasil x Amazônia Legal

Ano	2008	2010	2011	2012	2014	2016	2017	2018	2019
Brasil	0,496	0,518	0,286	0,418	0,270	0,178	0,145	0,161	0,201
Amazônia Legal	1,328	0,518	0,567	0,741	0,463	0,421	0,591	0,504	0,462

Fonte: ROCHA *et al.*, 2021.

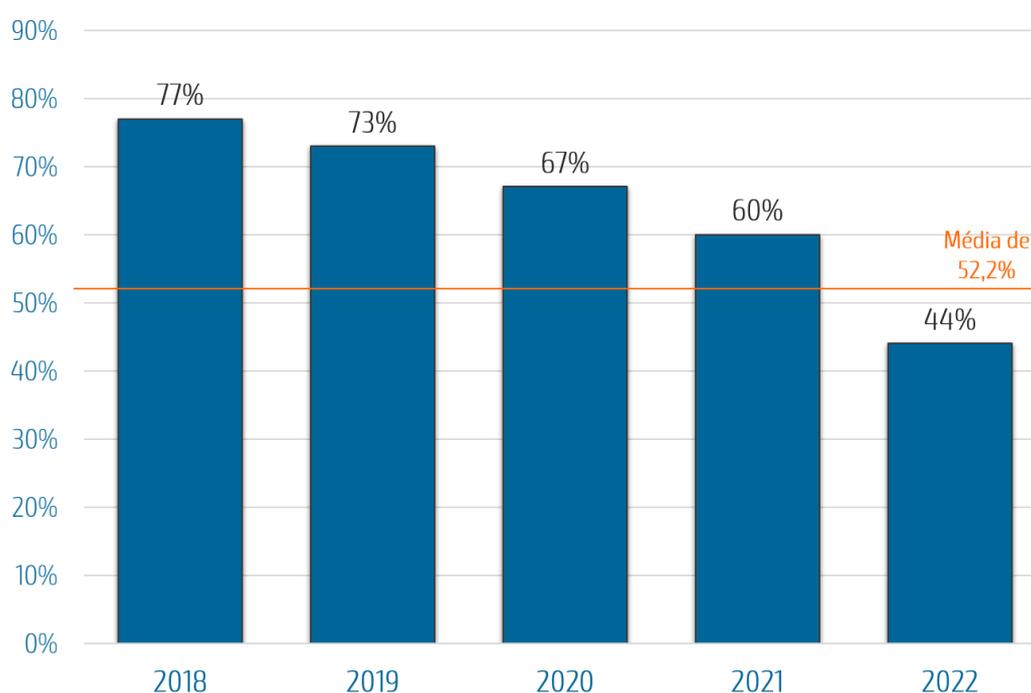
Tabela 7 – Mortalidade por doenças neoplásicas, de 0 a 4 anos, Brasil x Amazônia Legal

Ano	2008	2010	2011	2012	2014	2016	2017	2018	2019
Brasil	4,942	4,973	4,929	5,460	4,755	4,552	4,492	4,367	4,315
Amazônia Legal	4,650	4,957	5,393	5,311	6,031	4,968	5,406	5,970	4,499

Fonte: ROCHA *et al.*, 2021.

No caso da imunização da população, um indicador importante para a prevenção de doenças é o percentual da população vacinada. Nos últimos anos houve uma quase “destruição” do Programa Nacional de Imunização (PNI) que foi organizado na década de 70 do século passado. Os dados atuais são bastante representativos deste contexto e estão no gráfico 1 a seguir:

Gráfico 1 – Proporção de população imunizada no Brasil, de 2018 a 2022



Fonte: Departamento de Informática do Sistema único de Saúde (Datasus), set. 2022.

Os dados da tabela 8 indicam que os percentuais de cobertura vacinal (CV) dos estados que compõem a Região da Amazônia brasileira demonstram que, na grande maioria das unidades federadas da região, os percentuais, para todas as vacinas elencadas, estão abaixo do preconizado pelos padrões estabelecidos no Programa Nacional de Imunizações do Brasil (PNI), deixando evidente que o modelo de gestão utilizado pelo PNI perdeu a força como Política Nacional do SUS.

Tabela 8 – Cobertura vacinais, por tipo de vacinas e número de vacinas, com cv adequada em > 1 ano, por Unidade da Federação da Região da Amazônia brasileira x Brasil, 2019

UF	Vacinas								Nº de V com CV Adequada
	BCG	Rota Vírus	Hep B </= 30 dias	Meningo-cócica C	Penta	Pneumo-cócica	Pólio	Febre Amarela	
RO	88,1	88,9	86,7	92,6	89,7	102,4	93,3	81,4	3
AC	93,9	84,5	91,3	89,7	76,4	91,5	81,7	68,7	3

UF	Vacinas								Nº de V com CV Adequada
	BCG	Rota Vírus	Hep B </= 30 dias	Meningo-cócica C	Penta	Pneumo-cócica	Pólio	Febre Amarela	
AM	115,9	82,6	89,6	89,2	78,6	92,5	83,3	74,1	2
RR	83,1	78,9	115,5	83,5	64,4	90,3	79,8	69,8	3
PA	100,3	76,0	75,5	77,4	62,4	82,1	72,7	62,6	0
AP	112,4	78,7	91,0	84,9	52,7	84,9	73,0	67,0	2
TO	112,4	88,7	111,9	93,5	75,4	94,0	88,2	76,5	4
MA	83,6	77,5	77,8	77,8	58,6	84,1	75,7	66,8	0
MT	90,1	86,2	87,0	90,3	72,5	90,6	85,8	75,9	3
Brasil	86,7	85,4	78,6	87,4	70,8	89,1	84,2	62,4	0

Fonte: sipni.datasus.gov.br, acesso em 11/07/2022.
Obs: Os valores em vermelho representam CV < meta.

Cabe destacar, ainda que não se esteja tratando especificamente do combate ao SARS-CoV-2, o relevante cenário imposto pela alta taxa de transmissão da doença no país, que ceifou a vida de mais de 680 mil brasileiros (incluindo um percentual expressivo de crianças abaixo de 1 ano). Se comparamos aos dados internacionais, temos que:

Os casos de morte ou de sequelas graves causadas pela Covid-19 em crianças justificam a necessidade de incluí-las no calendário de vacinação o quanto antes. Isso porque **o Brasil soma 1.449 mortes de meninos e meninas de até 11 anos em decorrência do novo coronavírus e mais de 2.400 casos da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) associada à covid-19⁷**, conjunto de sintomas graves que podem levar à morte, desde o início da pandemia, segundo o Ministério da Saúde (INSTITUTO BUTANTAN, 2022).

Ressalta-se que, além da mortalidade expressiva de crianças tal como descrito anteriormente, outro fator importante e que deve aqui ser demonstrado é o que se refere à situação de aumento expressivo do índice de mortalidade, por covid-19, dos seus pais, avós, tios e parentes de crianças causando graves problemas sociais e econômicos para as famílias brasileiras.

A morte repentina de seus familiares, como costuma ocorrer devido à covid-19, pode ser particularmente traumatizante para crianças e adolescentes, gerando inúmeros desafios em suas vidas, como: aprender a superar o momento de dor e luto; o impacto na situação financeira das famílias; o aumento da incidência de crianças em situação de rua e orfandade; aumento de transtornos de saúde mental (como depressão e ansiedade); e a redução do desempenho escolar, entre outras consequências que podem persistir até a idade adulta.

Ademais, fatores como o isolamento social, a redução dos serviços de assistência social, as escolas sem aulas presenciais e a diminuição do contato com demais familiares e amigos tornam esse momento ainda mais difícil para as crianças receberem o apoio que necessitam. De acordo com

⁷ De acordo com a Nota pública de membros da Câmara Técnica de Assessoramento em Imunização da covid-19(CTAI-COVID) sobre a vacinação em crianças. 23 dez. 2021. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/12/Nota-vacinacao-de-criancas_2021-12-23_assinado.pdf. Acesso em: 13 nov. 2022.

a psicologia Ana Lúcia Malleto: “a morte vivida na infância é um assunto que precisa de maturidade e vai levar até a adolescência ou a vida adulta para ser compreendida” (CIFALI *et al.*, 2022)

Neste contexto a saúde da criança brasileira está em momento de grande recrudescimento e seus vários problemas importam: insegurança alimentar; escolarização inadequada; a inclusão digital; abandono; saúde mental e falta de acesso aos bens mais básicos estão entre os fatores que mais importam.

Assim, por tudo o que foi exposto até aqui, os desafios para a construção de políticas sociais precisam levar em conta as políticas para infância como um aspecto transversal, pois, como diz o poema de Gabriela Mistral (*apud* LEMOS *et al.*, p. 5, 2022), a criança não pode esperar, seu nome é hoje.

(In)conclusões e cenários futuros

Pela importância da atuação da atenção básica para enfrentar esse panorama da saúde integral da criança, é preciso investir na formação e no envolvimento permanente dos profissionais de saúde dos municípios, assim como na formação de acadêmicos preparados para ofertar esta atenção. Tais investimentos tornam-se estratégicos para a superação destas assimetrias e desigualdades regionais. A atenção integral à saúde da criança compreende, de forma ampla, a inserção na prática do acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil; a utilização da caderneta de saúde da criança com práticas de puericultura e aleitamento materno; e a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Por tratar-se de questão relevante para a saúde coletiva, as vivências, experiências e formações dos alunos dos cursos da área da saúde nesta temática, são de suma importância.

Devido às alterações no perfil epidemiológico, à ampliação do acesso à água potável, ao um maior número de crianças matriculadas e à maior oferta de procedimentos realizados na área ambulatorial, era de se esperar que o número de internações fosse reduzido anualmente para os patamares próximos da média nacional. No entanto, devido a sua particularidade, a região Amazônica Brasileira não reflete, ainda, o esperado para o país como observado nos resultados apresentados a partir dos indicadores selecionados. Essa situação é explicada, possivelmente, devido à restrição aos serviços da atenção básica, geralmente pelos problemas geográficos de acesso, tempo de espera e horários de funcionamento das unidades de saúde.

Outro ponto destacado é o desafio de qualificação, desprecarização e provimento da força de trabalho, que são fundamentais para a implementação das políticas de saúde nos territórios em situação de vulnerabilidade social. Não é demais ressaltar os imensos desafios constituídos, historicamente, nos estados da Região da Amazônia, os quais expressam, ainda, as iniquidades latentes no campo dos investimentos das políticas públicas, em especial na área da saúde.

Ações como o Multicampi Saúde, envolvendo dez cursos de graduação e promovendo o encontro de saberes multiprofissionais com os saberes locais, podem ajudar a colocar o tema em

evidência tanto no âmbito acadêmico (e de formação de profissionais como consequência), quanto na rede de serviços locais, dinamizando a implementação de boas práticas e ações de atenção e educação em saúde; promovendo encontros intersetoriais entre a saúde e as outras redes instaladas na região; participando de congressos a nível local, regional e nacional, destacando a temática da atenção integral à saúde da criança; e contribuindo com a produção de publicações sobre o tema. Esses pontos são essenciais para contribuir com a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade necessárias na construção de novas práticas profissionais, que poderão ressignificar as intervenções no âmbito do cuidado em saúde, no Pará e na Amazônia brasileira. Entre os principais desafios elencados, pode-se citar:

- A importância da constituição de uma rede em saúde, por meio de um programa de formação, com diversas estratégias de mobilização do conhecimento, de forma a promover a incorporação das práticas e sua institucionalização em uma cultura organizacional.
- A estratégia pedagógica da problematização não oferece certezas absolutas, mas demanda uma reflexão sobre verdades provisórias. Isto exige, por parte dos envolvidos, ferramentas de sensibilização, negociação e de construção de acordos provisórios.
- Os problemas de saúde, as intervenções propostas e os respectivos contextos são usualmente complexos, envolvendo uma tensão técnica e política contínua. Isto exige abordagens e propostas metodológicas que envolvam os diferentes níveis de complexidade implicados.
- Os mecanismos de motivação e mobilização dos participantes nos processos de capacitação/formação devem ser continuamente aperfeiçoados.
- O trabalho conjunto com dez cursos diferentes é um desafio constante em termos de ajustes das propostas dos planos de ação de cada curso; das demandas das equipes das unidades; da gestão; da população atendida; e das expectativas dos alunos durante o exercício do projeto. Ao mesmo tempo, nos reafirma a necessidade e a resolutividade do trabalho multidisciplinar e a importância de ofertar este tipo de vivência para os alunos em sua formação acadêmica.
- A metodologia da formação em serviço, que permite a aproximação solidária da universidade com o tecido social, tem demonstrado o quanto a presença da universidade junto à comunidade/equipes de saúde/gestão é fundamental para o crescimento de todos os envolvidos.
- A imersão proporciona a todos os envolvidos um conhecimento da realidade pela via da vivência em campo da territorialidade do estado, seus desafios e potencialidades, alterando o percurso formativo do aluno, possibilitando que o

mesmo adquira conhecimento por meio do exercício prático e não apenas na posição bancária da educação dita clássica.

- A imersão, no que diz respeito à formação, se relaciona ainda com o “sentir-se profissional”, ou seja, a experiência proporciona que o aluno se sinta no lugar de quem participa da elaboração das intervenções, podendo propor e refazer estratégias e planejar, a partir das reais condições de trabalho, com a perspectiva de manejo dentro das possibilidades oferecidas pelos recursos disponíveis.
- O trabalho conjunto possibilita que o aluno tenha contato direto com a comunidade, não se restringindo à mera observação ou registro, mas se apresentando como um contato-troca ativo e fruto do envolvimento a partir das ações desenvolvidas. Ser organizador e performador de sua própria intervenção (colhendo, em tempo real, qual sejam as reações e os impactos nas comunidades) gera uma satisfação de se fazer presente enquanto profissional da saúde.
- Acompanhamento, fomento e pesquisa acerca dos processos de empoderamento das populações sobre a troca, a adaptação e a criação de meios e dispositivos comunitários de autocuidado. Algo que abrange o ensino básico sobre higiene infantil, rodas de conversa sobre saúde mental e adaptação de cuidados em saúde visando as respectivas regiões.
- A presença em campo de estrangeiros, leia-se universidade (alunos e professores) produz insuficiências nos saberes instituídos, desacomoda rotinas nas equipes e gestão, convoca ao novo e a criação, propiciando novas experimentações em ato. Assim também como o conhecimento trazido na bagagem dos alunos e professores que vão a campo, produz rupturas e desassossegos no ambiente acadêmico, alterando a forma como a universidade produz e repassa conhecimento.
- Como aluno, ir a campo em cidades diferentes daquela de origem e perceber que, apesar da localização geográfica, os sofrimentos entre regiões guardam similaridades; há idosos morando sozinhos em situação de risco na Vila do Apeú e há também na Terra Firme. Tal aproximação, seja pela capacidade de empatizar ou se identificar com a realidade visitada, é capaz de facilitar o movimento direcionado ao cuidado daquela população, bem como a integração da equipe e a estruturação das ações.

É importante salientar que, para o Brasil como um todo, seguem os importantes desafios como os de diminuição de internações por causas sensíveis à atenção básica e a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção perinatal no país. Somam-se a estas lacunas, uma crescente demanda por cuidados interprofissionais, multidisciplinares e interdisciplinares, em conjunto com o combate à mortalidade por causas externas (como violências, acidentes e uso de

substâncias psicoativas), especialmente, no que se refere aos povos originários, que indicam a necessidade de implementação de políticas públicas sistêmicas e continuadas.

Por outro lado, com a descoberta do primeiro caso da pandemia pelo novo coronavírus (foi identificado em Wuhan, na China, no dia 31 de dezembro de 2019, os casos de covid-19 começaram a se espalhar rapidamente pelo mundo. Em fevereiro de 2020, a transmissão da doença no Irã e na Itália chamaram a atenção pelo crescimento rápido de novos casos e mortes. Em março, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o surto da doença como pandemia.

O reflexo provocado por essa pandemia sobre as mais diversas relações é devastador. Restrições ao convívio social e o estabelecimento de isolamento, quarentena e de medidas restritivas à locomoção de pessoas determinam, por consequência, a estagnação e a descontinuidade do exercício das mais variadas atividades.

No âmbito do projeto, a fim de conter a transmissão da covid-19, as atividades presenciais nos municípios foram suspensas no estado do Pará, permanecendo ativas apenas as atividades essenciais de produção técnico científica e acadêmica, desenvolvidas pela equipe de pesquisadores do projeto, em regime de *homeoffice*. O retorno só aconteceu plenamente a partir de outubro de 2021.

Por fim, as ações intersetoriais e as intersecções entre as políticas educacionais, de saúde, econômicas, sociais e modelos mais inclusivos de gestão das políticas públicas e de saúde são trilhas para a transformação de projetos e intervenções no âmbito no cuidado. Que os rios de saberes se transformem e que o Estado Nacional possa induzir políticas que corrijam as diferenças injustas, essencialmente as relacionadas à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, no Pará, na Amazônia brasileira e no Brasil, são desafios permanentes.

Referências

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 13 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

BROUSSELLE, Astrid; GUERRA, Samantha Gontijo. Public health for a sustainable future: the need for an engaged ecosocial approach. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 14-21, 2017.

CAMPELO, Luiz Marques; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 34-49, 2017.

CARNEIRO, Vânia Cristina Campelo Barroso *et al.* **Evidence of the effect of primary care expansion on hospitalizations: panel analysis of 143 municipalities in the Brazilian Amazon**. 2021. Disponível em:

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248823>. Acesso em: 11 nov. 2022.

CIFALI, Ana Cláudia *et al.* **Dossiê infância e covid-19**: os impactos da gestão da pandemia sobre crianças e adolescentes. São Paulo: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA) e Instituto Alana, 2022. Disponível em: <https://alana.org.br/wp-content/uploads/2022/03/DOSSIE-INFANCIAS-E-COVID-19.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2022.

DAMASCENO, Simone Soares *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, 2016.

GOMES, Maria Auxiliadora de S. Mendes. Saúde da Criança e do Adolescente no Brasil: realidade e desafios. **Residência Pediátrica**, v. 1, supl 1, p. 35-37, 2011.

INSTITUTO BUTANTAN. Covid-19 já matou mais de 1.400 crianças de zero a 11 anos no Brasil e deixou outras milhares com sequelas. **Portal do Butantan**, 07 jan. 2022. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/covid-19-ja-matou-mais-de-1.400-criancas-de-zero-a-11-anos-no-brasil-e-deixou-outras-milhares-com-sequelas>. Acesso em: 13 nov. 2022.

JANNUZI, Paulo de Martino. A produção de informação e conhecimento para aprimoramento das políticas e programas de desenvolvimento social: princípios, conceitos e caracterização das pesquisas de avaliação realizadas pela SAGI/MDS de 2011 a 2014. *In*: JANNUZZI, Paulo de Martino; QUIROGA, Júnia (org.). **Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate**: Síntese das pesquisas de avaliação de programas sociais do MDS 2011-2014. Brasília, n. 16, 2014. p. 12-36

LANSKY, Sônia *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de saúde pública**, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira *et al.* O Multicampi Saúde e os desafios à constituição de novas práticas de gestão do trabalho, interprofissionalidade e cuidado em saúde na Amazônia brasileira. **Saúde em Debate**, v. 46, n. especial 5, p. 5-8, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/60/104>. Acesso em: 08 dez. 2022.

MARINHO, Cristiane da Silva Ramos *et al.* Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 10, e00191219, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00191219>. Acesso em: 14 out. 2022.

MASSUDA, Adriano; TITTON, César; POLI NETO, Paulo. Remembering Alma-Ata: Challenges and innovations in primary health care in a middle-income city in Latin America. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e157, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.157>. Acesso em: 13 nov. 2022.

MELLO, Guilherme Arantes e DEMARZO, Marcelo e VIANA, Ana Luiza D'Avila. O conceito de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu tempo histórico. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 26, p. 1139-1150, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400006>. Acesso em: 13 nov. 2022.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. **Desigualdade Regional e o território da saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

PARÁ. Governo do Estado do Pará. **Plano Estadual de Saúde (2015/2019)**. Belém, 2015.

REIS, Ana Cristina *et al.* Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe., p. 330-344, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S24>. Acesso em: 13 nov. 2022.

ROCHA, Rudi *et al.* **A Saúde na Amazônia Legal: Evolução Recente e Desafios em Perspectiva Comparada - Projeto Amazônia 2030**. 2021. Disponível em: <https://amazonia2030.org.br/a-saude-na-amazonia-legal-evolucao-recente-e-desafios-em-perspectiva-comparada/>. Acesso em: 11 nov. 2022.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa; RAMALHO, Walter Massa. **Cenários Epidemiológicos do Brasil 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

SOUZA, Renilson Rehem de; VIEIRA, Martha Gonçalves; LIMA JÚNIOR, Cláudio José Ferreira. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 24, n. 6, p. 2075-2084. 2019.

CAPÍTULO 3 |

Educação interprofissional no Projeto Multicampi Saúde: reflexões sobre formação e promoção da saúde

Marília de Fátima Vieira de Oliveira
Márcia Maria Bragança Lopes
Sandra Helena Isse Polaro
Danielle Tupinambá Emmi
Sávio Felipe Dias Santos
Joanny Emanoelly Campos do Nascimento
Jamila Johana Martins Gatinho
Fernanda Cals Deoliveira Caraciolo

Inserido no contexto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no Sistema Único de Saúde, por meio de uma proposta concebida pela Universidade Federal do Pará (UFPA), em parceria com a Secretaria de Saúde Municipal de Belém (SESMA), o Projeto Multicampi Saúde possui uma proposta pedagógica extensionista de levar os estudantes, de diversos cursos da saúde, para realizarem vivências em saúde da criança, em municípios do Pará, escolhidos por alguns critérios, tais como: extensão territorial, diversidade regional e demanda populacional. As vivências são voltadas para ações de ensino, prevenção e atendimento nas diferentes áreas que abrangem a saúde da criança, de acordo com a necessidade observada no serviço, conforme as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Multicampi Saúde nasce, portanto, sob a égide dos princípios institucionais da UFPA, tais como: integração com a sociedade, reestruturação do modelo de ensino, desenvolvimento amazônico e modernização da gestão.

O trabalho, que foi realizado com a caderneta de saúde da criança, teve uma perspectiva colaborativa, voltada para ações de educação em saúde, buscando reorientar a formação, por meio

da superação dos problemas, atuando conjuntamente entre as diferentes áreas do conhecimento e aprendendo juntos no mesmo ambiente.

Considerando a formação na saúde, realizaremos uma reflexão a partir das atividades extensionistas fundamentadas na Educação Interprofissional (EIP), em conformidade com a World Health Organization (2010).

A dimensão educativa na saúde, no contexto da EIP, parte da necessidade de formar profissionais capazes de trabalhar em equipe, considerando que estes, quando formados, irão trabalhar no mesmo ambiente.

Trabalhamos, portanto, nessa vivência do Multicampi Saúde, com o desafio de realizar as ações educativas nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, a partir de estratégias que valorizassem a colaboração como base do processo de trabalho. Acompanhamos o pensamento de que existe a divisão do trabalho, que é marcada pelas especificidades das profissões, mas isso não quer dizer que esse trabalho deva acontecer de forma desarticulada (COSTA *et al.*, 2018).

Diante da transformação da educação nas políticas de ensino, a educação interprofissional se destaca como uma tendência para modificações do paradigma pedagógico no ensino na saúde. Essa estratégia busca articular os departamentos das instituições de ensino superior, a fim de trabalhar com maior integralidade nos serviços assistenciais, mas também se apoiar em condutas de decisão conjuntas sobre uma mesma perspectiva de estabilidade e qualidade de vida. (INZUNZA *et al.*, 2020).

A proposta da educação interprofissional é trazer, ao mundo do trabalho, profissionais que tenham as competências e habilidades necessárias de trabalhar em equipe, mas também que tenham um pensamento crítico-reflexivo sobre uma determinada situação. Além disso, essa metodologia de ensino busca interagir com alunos de outros cursos dentro da universidade, a fim de proporcionar uma relação interativa de aprendizado, que permita a esse aluno trabalhar a interrelação com outro (SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018).

A concepção do Multicampi Saúde parte desse pressuposto acima citado e vai ao encontro das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) que, a partir dos anos 2000, trazem uma nova forma de ensinar, principalmente nas instituições de ensino superior, que apresentam, em seus projetos pedagógicos, componentes curriculares que dialogam ou se assemelham, identificam temas de múltiplo interesse e ainda convidam professores de outros cursos para apresentação de determinado tema (COSTA *et al.*, 2018).

Nesse sentido, a Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2018a) reafirma prerrogativas do ensino dentro das DCN relacionadas à construção de um ensino coletivo que dialogue entre os cursos da saúde das instituições de ensino superior. Assim, dentro das DCN deve estar contido a mais expressiva trajetória de ensino e formação dos profissionais de saúde, respeitando, em especial, a integralidade da atenção à saúde, o trabalho em equipe e as ações de saúde colaborativas e interprofissionais (BRASIL, 2017).

A realização das atividades extensionistas do Multicampi Saúde possibilitou o exercício da EIP da inversão da lógica da educação centralizada apenas no professor, construindo de momentos de aprendizagem compartilhada com alunos de diferentes cursos da saúde. Nesse contexto, a Organização Pan-Americana da Saúde (2017), no relatório final da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana, reconhece que os setores de formação devem trabalhar com as necessidades do sistema de saúde em relação ao acesso universal à saúde e à cobertura universal de saúde e

[...] promovam o desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços mediante a formação interprofissional e a diversificação dos contextos de aprendizagem, adequando os perfis profissionais e as novas formas de organização do trabalho (delegação e redistribuição de tarefas), possibilitando a incorporação dessas equipes nas redes integradas de serviços de saúde. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017, p. 90).

A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, bem como a flexibilidade de métodos, critérios e procedimentos acadêmicos – considerando as necessidades de transformações na formação – devem compor as ações de educação na saúde no sentido de instigar o aluno a conhecer os demais profissionais com quem irá trabalhar, pois as necessidades e os problemas de saúde estão cada vez mais complexos.

Outro desafio que compõe essa reorientação na formação, considerando os preceitos da EIP, é a realização de uma prática pedagógica que considere: a dimensão social com seus aspectos culturais e de linguagem; os estereótipos atribuídos a cada profissão; as assimetrias de gênero que envolvem os estudantes; e, por fim, a questão curricular, institucional, que muitas vezes limita a integração entre cursos de graduação de distintas profissões (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010 e GILBERT, 2005).

De maneira geral, ações como a do Multicampi Saúde fogem dos modelos pedagógicos tradicionais de ensino, pois realizam as atividades propostas a partir da troca de saberes compartilhados por dois ou mais núcleos profissionais numa dimensão de troca e aprendizagem entre alunos, profissionais e usuários dos serviços de saúde.

É interessante observar que a prática educativa na saúde, mais especificamente na atenção primária, na qual as atividades extensionistas do Projeto foram realizadas, trouxe a valorização da prática colaborativa e da complementaridade das competências específicas. A composição de saberes de outras profissões contribuiu significativamente para quebra de barreiras que ainda existem entre elas.

Estes momentos de formação compartilhada permitem a vivência de grupos interprofissionais, onde misturar-se implica criar uma disponibilidade para conviver com o outro, conhecendo-o melhor, respeitando-o em suas singularidades e buscando construir relações interpessoais mais inclusivas. (BATISTA, 2012).

Nesse mesmo contexto, a educação passa a ser entendida a partir de uma perspectiva dialógica e crítica, comprometida com a construção de conhecimentos como instrumentos de

transformação social, onde professor e aluno atuam em situações interativas de ensino e aprendizagem.

Portanto, o professor supervisor do Multicampi Saúde, durante as atividades desenvolvidas procurou estimular os alunos a encontrar oportunidades colaborativas, verificar as necessidades de cada situação apresentada e refletir sobre o que pode ter chance de ser mais efetivo.

Os professores devem fazer uso da aprendizagem ativa, investir tempo na construção de relacionamentos profissionais, acompanhamento de alguns resultados significativos, alinhamento dos incentivos e celebração do alcance bem-sucedido de resultados ao mesmo tempo em que ocorre o aprendizado pelas falhas. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017).

Sendo assim, podemos dizer que o cotidiano das ações do Multicampi está associado à problematização do binômio formação-mundo do trabalho, com a adoção de estratégias de aproximação e ainda com a superação do fazer a partir das queixas apresentadas pelo usuário do serviço.

Superar a lógica queixa-conduta, bem visível na lógica assistencial predominante, incluiu a identificação de necessidades de saúde singulares de pessoas e coletividades, em situações concretas de vida e trabalho, buscando ações que ampliem a autonomia e qualidade de vida de indivíduos e grupos. (FERLA e TOASSI, 2017).

Considerando tais aspectos conceituais, entendemos que ensinar a partir do método da EIP, competências e habilidades adquiridas passam a ser imensuráveis dentro de um serviço de saúde no sentido de trazer mudanças e melhorias.

O plano de cuidados: família guia e criança guia.

Em 2020, foram realizadas atividades relacionadas ao Projeto Multicampi Saúde no município paraense de Bragança. O município se estende por 2.091,9 km² e contava com 127.686 habitantes no último censo. Fica numa distância de aproximadamente 195 km em linha reta da capital paraense. Esse momento de imersão no serviço envolveu os cursos de Nutrição, Odontologia, Farmácia, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia, o que estava previsto desde a concepção do projeto.

No primeiro dia de atividade, foi realizada uma reunião na Secretaria de Saúde Municipal, com a coordenação de atenção básica do município, para apresentar a realidade dos programas que faziam parte da rede de atenção à saúde. Foi promovido, em seguida, o reconhecimento do ambiente de atenção básica, para se ter uma ideia geral do funcionamento; saber das articulações locais; e das ações conjuntas e parcerias para promoção de melhores condições de vida e de saúde para a população.

O que é atenção básica em saúde? O que significa porta de entrada? Como se dá o processo de planejamento, organização, coordenação, regulação, controle e avaliação das ações e dos serviços de saúde sob gestão municipal? Por que reunir estudantes de diferentes profissões da

área da saúde em um mesmo espaço de aprendizagem é importante para esse momento de formação? Esses foram alguns dos questionamentos disparadores para que o diálogo acontecesse de forma provocativa e para que os alunos pudessem seguir com suas atividades, conforme as demandas e o plano de trabalho de cada um

Por intermédio desses questionamentos, foi possível favorecer um ambiente crítico e reflexivo para a dinâmica de trabalho que estava por vir. Esta atividade contou com a mediação do professor supervisor, nesse caso do curso de Enfermagem. Trata-se de uma tarefa que exige organização ativa, compromisso, vontade de transformar e uma dinâmica de trabalho que fortaleça a importância de todos os cursos envolvidos no atendimento das necessidades de saúde dos usuários.

Na sequência, falamos sobre o objeto de trabalho do Projeto Multicampi e sobre a caderneta de saúde da criança, a partir dos preceitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), enfatizando que o foco deve ser a criança dentro do contexto familiar e social.

Para concretizar o que preconiza a PNAISC e a Caderneta da Criança, foi traçado o Plano de Cuidados de cada aluno, no qual uma família guia foi adotada, partindo da criança e das especificidades da caderneta, a saber: direitos e deveres das crianças e dos pais; aleitamento materno; alimentação complementar saudável; vacinas; saúde bucal; marcos do desenvolvimento; e consumo. Também foi informado sobre o acesso aos equipamentos e programas sociais e de educação.

O aluno foi estimulado a estruturar seu plano de cuidados dentro de um contexto de inter-relação: equipe-comunidade, família-equipe, equipe-equipe. Uma lógica que vai ao encontro do trabalho colaborativo com o olhar de cada profissão e, de acordo com sua competência, adicionando saberes e possibilidades de atuação integral sobre a criança.

O cuidado da criança demanda visão de integralidade em todos os aspectos, contemplando postura acolhedora com escuta qualificada, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização. [...] É sob essa ótica que cada trabalhador articula sua ação com a do outro e de outros atores sociais, e cada nível de atenção com o outro, conformando uma rede de saúde de fato e uma rede de apoio social por onde caminha a criança e a família, funcionando em seu benefício. (BRASIL, 2018b, p.115).

Aprendendo e ensinando o cuidado interprofissional em saúde

No dia 13 de abril de 2020, foi realizada visita domiciliar na área do Agente Comunitário de Saúde (ACS) Ribamar (juntamente com os estudantes de enfermagem, psicologia, terapia ocupacional e odontologia), com o objetivo de conhecer a criança e o seu domicílio. Era uma casa de alvenaria, localizada em área urbana, próximo à Unidade Básica de Saúde (UBS) Padre Luiz, onde residiam oito pessoas. Depois de nos apresentarmos, falamos sobre o objetivo da visita e logo em seguida ouvimos o relato da mãe e da avó sobre o histórico da criança até aquele momento. Olhamos a carteira de vacinação e observamos que estava com todas as doses de vacina em dia, mas o lactente não possuía caderneta de saúde da criança.

O histórico clínico descrito foi o seguinte: progenitora se referiu a um aborto anterior, e complicações durante o parto do recém-nascido, que precisou ser internado em unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica por conta das complicações. Referiu que o lactente nasceu em morte aparente, passou por reanimação e intubação na sala de parto, apresentou infecção neonatal grave, apresentou crise convulsiva, sendo novamente reanimado. Após melhora do quadro, recebeu alta, porém com continuidade de uso de fenobarbital, vitamina B e leite NAN. Relatou ainda que após a alta, o lactente apresentou convulsões novamente, passou por consulta com neurologista que solicitou exames de imagem onde avaliou e identificou CID G80.9 + 640 (Paralisia cerebral não especificada + epilepsia), sendo encaminhado para a consulta com um pediatra por identificar também perda de peso acentuado. O lactente passou por tratamento com o profissional pediatra e fisioterapeuta. A mãe declara que observa melhora no desenvolvimento de seu filho, pois antes não conseguia sentar-se sem apoio com a cabeça e tronco erétil e agora está conseguindo. Porém, em dezembro de 2019, a criança parou o tratamento. Passou por consulta em uma Unidade Especializada Materno Infantil e Adolescente (URE-MIA) em Belém, onde foi encaminhada para terapia com equipe multiprofissional, porém a progenitora relatou que não tem condições financeiras de pagar passagens para fazer tratamento. Durante a visita, mãe e avó demonstraram-se angustiadas sobre o tratamento da criança. A progenitora sente-se culpada e desamparada, pois o pai do lactente não é presente e negligencia ajuda financeira. Ela ainda demonstrou pensamentos suicidas durante conversa. Foi observado, então, que tanto a família quanto o lactente necessitam de atendimento interprofissional.

Diante das informações colhidas e das observações realizadas, o plano de cuidados foi elaborado com objetivo de traçar estratégias para ofertar ações e serviços necessários para garantia do acesso e atenção integral à criança e sua família, incluindo as áreas dos estudantes do Multicampi e as especialidades da equipe profissional local.

Há de se considerar que, para um processo de trabalho centrado no cuidado da criança e sua família, a presença de diferentes formações profissionais, com núcleos de competências específicos, enriquece o campo comum de habilidades e práticas, ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe. (BRASIL, 2018b).

Vale destacar que, na perspectiva do trabalho em equipe, é necessário que os trabalhadores e os acadêmicos desenvolvam múltiplas atividades, possibilitando intervirem em diferentes fases do processo, com relações mais horizontais e formais. Com trabalhadores mais instrumentalizados, escolarizados e revalorizados, haverá maior integração entre concepção e a execução do trabalho.

A partir das distinções acima trabalhamos o histórico, construído a contar da visita domiciliar, abrindo espaço para reflexão sobre as ações interprofissionais mobilizando o conhecimento de cada estudante para desenvolver as práticas a partir das competências colaborativas, ou seja, aprendendo juntos sobre os outros, com os outros e entre si.

Plano de Cuidados Colaborativos: aproximação de olhares

No sentido de colocar em prática a proposta metodológica de educação interprofissional, e no sentido de alcançar mudanças almeçadas no processo de trabalho em saúde, desenvolvemos um instrumento que fosse capaz de facilitar a interação entre as especificidades das profissões com a articulação do trabalho em torno do cuidado das necessidades de saúde da criança guia e família guia, conforme figura 1 abaixo:

Figura 1 – Plano de cuidados criança guia/família guia



Fonte: elaboração dos autores.

O diálogo com os estudantes partiu do pressuposto que, pela natureza das necessidades de saúde, fica muito claro que um profissional sozinho não consegue dar o retorno necessário às diferentes situações, apontando, assim, para a importância do trabalho em equipe. Essa é uma situação que se apresenta de forma muito clara para todos os envolvidos, deixando os profissionais do serviço visivelmente satisfeitos com a maneira de conduzir o trabalho e saúde. Para Peduzzi (2009) esses profissionais passam a entender que a centralidade do processo de produção dos serviços de saúde é o usuário e suas necessidades de saúde.

Convidamos, portanto, os estudantes a pensarem: O que caracteriza o efetivo trabalho em equipe? Na realidade que estão vivendo durante as atividades do Multicampi saúde, estamos conseguindo trabalhar em equipe, ou apenas dividindo um mesmo espaço? Entendemos que questões como essas podem parecer simples. No entanto, são necessárias e precisam ser pensadas, refletidas no processo de formação profissional e no cotidiano do trabalho considerando os desafios e as necessidades do contexto atual.

Os alunos também foram chamados à retomada da reflexão a respeito do processo saúde e doença. Pedimos que eles pensassem que, se o processo saúde-doença é concebido como um

conceito ampliado, certamente irá exigir um trabalho colaborativo em equipe para dar conta da dimensão ocupada pelo cuidado em saúde.

Um efetivo trabalho em equipe, pautado na interprofissionalidade e na colaboração, implica uma quebra de paradigma da atenção à saúde que não está centrado nas profissões, mas no contexto e no cuidado, devolvendo ao usuário o papel central na produção dos serviços de saúde (BRASIL, 2017).

Considerando a importância de alinhar a participação dos profissionais do serviço no diálogo reflexivo sobre a abordagem interprofissional nos processos de serviço, a construção do plano de cuidados colaborativos incluiu preceptores, gestores e ACS em momentos de roda de conversa com os estudantes e o professor supervisor.

O trabalho interprofissional exige integração horizontal e não hierárquica entre os profissionais da saúde. Há necessidade de se criarem mecanismos que evitem lutas de poder entre os profissionais da saúde, tais como o desenvolvimento de uma linguagem comum e a definição de competências transversais (BRASIL, 2017).

Considerações finais

Para este momento reflexivo, propusemos fazer uma reflexão acerca da Educação Interprofissional (EIP) em saúde na perspectiva da formação e do trabalho em saúde. Nesse contexto, foi possível identificar que as ações extensionistas propostas pelo Projeto Multicampi Saúde da UFPA vieram ao encontro do que estabelece a colaboração interprofissional como uma nova configuração de trabalho em equipe.

Refletimos ainda sobre a complexidade e a dinâmica das necessidades atuais em saúde que exigem, a cada dia, uma reorientação na organização do trabalho. Entendemos que a vivência dos estudantes de diferentes profissões, compartilhando aprendizagem no contexto da atenção básica traz benefícios significativos para o desenvolvimento de competências bem como contribui para formar profissionais mais aptos ao trabalho em equipe.

Interdependência e articulação andam de mãos dadas quando se trata de transformações no sistema educacional em saúde e na saúde. Esse cenário envolve o usuário, a família e a comunidade com relações mais próximas e abertas para a aprendizagem compartilhada.

Há um desafio permanente que acompanha os estudantes, os tutores, os professores supervisores, os preceptores e os gestores na relação ensino-serviço. As ações, pertinentes ao Multicampi Saúde, nos fazem entender sobre a necessidade de se pensar: em estratégias que aproximem os profissionais de saúde e serviços; em programas e políticas que compõem a saúde da criança; e, ainda, no comprometimento dos responsáveis pela criança a ser cuidada, tanto os familiares como as equipes de saúde.

No plano de cuidados, proposto pelos estudantes, foi incluído, entre as práticas comuns, com ênfase nas necessidades de saúde da criança: o acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil; a utilização da caderneta de saúde da criança com práticas de puericultura e aleitamento materno; e a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

Entre os desafios encontrados, é importante salientar que vários aspectos da EIP precisam ser explorados na literatura científica e trabalhados exaustivamente nos espaços formadores e em todos os níveis de atenção à saúde. São necessários maiores investimentos institucionais e pessoais para a efetivação de melhores relações profissionais.

Temos a clareza que não esgotamos aqui a reflexão proposta, pois muitos desafios ainda estão por vir, mesmo que os espaços favoreçam a prática interprofissional, somos chamados a repensar diariamente nas estratégias de ação para despertar maiores aproximações com o tema em questão.

Referências

BATISTA, Nildo Alves. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, n. 2, p. 25-28, 2012. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Instrumento de avaliação de cursos de graduação presencial e a distância – Reconhecimento Renovação de Reconhecimento**. Brasília: INEP, 2017. Disponível em: https://download.inep.gov.br/educacao_superior/avaliacao_cursos_graduacao/instrumentos/2017/curso_reconhecimento.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://www.uece.br/wp-content/uploads/sites/26/2019/03/Relato%CC%81rio-da-oficina-de-alinhamento-conceitual-sobre-educac%CC%A7a%CC%83o-interprofissional-em-sau%CC%81de.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano CLV, n. 38, p. 85-86, 26 fev. 2018a. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-569-de-8-de-dezembro-de-2017-4372824>. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

COSTA, Dayane Aparecida Silva *et al.* Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0376>. Acesso em: 8 nov. 2022.

FERLA, Alcindo Antônio; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Educação Interprofissional em Saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. *In*: TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti (org.). **Interprofissionalidade**

e formação na saúde: onde estamos? 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 7-13. (Série Vivência em Educação na Saúde, v. 6).

GILBERT, John H V. Interprofessional learning and higher education structural barriers. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, supl. 1, p. 87-106, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500067132>. Acesso em: 8 nov. 2022.

INZUNZA, Lylian Macías *et al.* Formation in Interprofessional Education in Nursing and Medical Students Globally. Scoping review. **Investigacion y educacion en enfermeria**, v. 38, n. 2, e. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n2e06>. Acesso em: 8 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório final da 29ª Conferência Sanitária Pan-Americana (CSP29/FR)**. Washington, D.C., EUA, 25 a 29 de setembro de 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34963/CSP29-FR-p.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 8 nov. 2022.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe. *In*: PEREIRA, Isabel Brasil.; LIMA, Júlio César França (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. p. 419-426.

SANTOS, Lucas Cardoso dos; SIMONETTI, Janete Pessuto; CYRINO, Antonio Pithon. A educação interprofissional na graduação de medicina e enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1601-1611, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0507>. Acesso em: 8 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice (WHO/HRH/HPN/10.3)**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf. Acesso em: 16 set. 2022.

CAPÍTULO 4 |

Atenção integral à saúde da criança na atenção básica e o olhar multiprofissional

Cristina Maria Arêda-Oshai
Adrielle Rodrigues de Oliveira
Michelle Cristina Ribeiro Sodré
Laurilene de Fátima Pinto da Silva
Luana Michely Cardoso Barros
Vanessa Khriellen Pinheiro Ferreira

Introdução

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2015) representa ação complementar aos esforços do Estado brasileiro na promoção da saúde de crianças, em consonância aos princípios éticos do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos direitos sociais estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a). As ações de organismos internacionais, movimentos sociais e conselhos de direitos, a exemplo do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), da Pastoral da Criança e o do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), respectivamente, foram essenciais à elaboração e implementação dessa política que objetiva:

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, [...] com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (BRASIL, 2018, p. 27).

A atenção e cuidados integrais e integrados pressupõem ação multiprofissional e intersetorial e, neste sentido, os eixos estratégicos da PNAISC orientam

sobre as ações e serviços de saúde da criança no território, a partir dos determinantes sociais e condicionantes [...], visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos. (BRASIL, 2018, p. 10).

A capilaridade da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) faz desse nível de atenção uma das portas de entrada para o SUS, iniciando-se a organização das linhas de cuidado, voltadas à promoção da saúde das crianças. A PNAB, por sua vez, tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como “âncora prioritária para expansão e consolidação deste nível de atenção” (BRASIL, 2018, p. 112).

A visão ampliada da saúde é um divisor de águas na Constituição Federal, tanto no reconhecimento da saúde como direito fundamental quanto dos determinantes sociais para além dos biológicos sendo considerados também, dentre outros, as condições de moradia, trabalho, alimentação, ambientais e do próprio acesso aos serviços de saúde, conforme estabelecido no Art. 3º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990b). Contudo, apesar dessa visão, não se observa na PNAB, em especial nas ESF uma composição das equipes que assegure uma atenção biopsicossocial a crianças e adolescentes. A PNAB, ao definir a equipe essencial da ESF, não inclui determinadas categorias, a exemplo de psicólogos e assistentes sociais, dentre outros. Sendo assim, este capítulo tem como propósito apresentar reflexões sobre a promoção e proteção à saúde da criança, tendo em vista a determinação social da saúde-doença compreensível a partir de um olhar multiprofissional, que abarque a dimensão biopsicossocial. São particularizadas as possibilidades de contribuição de assistentes sociais no provimento da atenção integral e integrada à criança e à família, como prevê a PNAISC.

Ao se pensar em saúde sob múltiplas dimensões é fundamental considerar a contribuição de diferentes profissões e, com esta intenção, o projeto Multicampi Saúde da Criança⁸ oportunizou a imersão de docentes e discentes de 10 cursos da área da saúde, dentre eles Serviço Social, em unidades da atenção básica (AB) de seis municípios do estado do Pará. Nessa perspectiva multidisciplinar, o assistente social volta-se para a dimensão social, a partir de arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo que fundamentam sua atuação no desenvolvimento de ações, buscando a efetivação do direito à saúde segundo estratégias pautadas no Código de Ética Profissional, na Lei de Regulamentação da profissão e nas legislações específicas (BRAVO; MATOS, 2009).

As reflexões apresentadas foram suscitadas a partir de experiências oportunizadas no âmbito do projeto Multicampi Saúde da Criança, vivenciadas pela maioria das coautoras (na condição de bolsistas) e tutora. Além da observação participante, realizou-se levantamento

⁸ Financiado com recurso de Emenda Parlamentar apresentada pelo então Deputado Federal Edmilson Brito Rodrigues, atualmente Prefeito de Belém. O projeto foi desenvolvido com o apoio da Universidade Federal do Pará (UFPA), por meio da Pró-Reitoria de Extensão (PROEX), envolveu docentes e discentes de quatro Institutos dessa Universidade e de 10 cursos da área da saúde. Objetivando integrar ensino, serviço e gestão com a finalidade de qualificar a formação profissional dos discentes e dos profissionais da atenção básica, 600 discentes foram inseridos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em seis municípios do Pará. Os estágios tiveram duração de 30 dias, com carga horária de 40 horas semanais. Os estágios iniciaram-se em março de 2019, foram interrompidos em março de 2020 (devido à pandemia de covid-19) e, em novembro de 2021, foram retomados, encerrando-se em dezembro de 2021. O Multicampi viabilizou a imersão dos discentes em diversas UBS dos seguintes municípios: Abaetetuba, Belém, Cametá, Castanhal, Bragança e Soure.

bibliográfico e documental. O capítulo está organizado em duas seções, que apresentam discussões complementares, além desta introdução e das considerações finais. A seção a seguir aborda a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), visando evidenciar a importância das equipes multiprofissionais na atenção integral e integrada à criança, enfatizando a participação de assistente sociais. A terceira seção apresenta algumas das experiências vivenciadas pelas coautoras em duas unidades de saúde, situadas no Bairro Terra Firme, em Belém, estado do Pará.

A Política Nacional de Atenção Básica e Equipes Multiprofissionais – possibilidades de contribuição do serviço

Em 2011, com o objetivo de organizar a atenção básica, foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), caracterizada como um conjunto de ações de saúde voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, sob a ótica da integralidade, à medida que considera determinantes e condicionantes de saúde. Apesar de ser definida como básica, as práticas desenvolvidas neste nível de atenção são complexas, uma vez que compreendem a saúde com base em necessidades socialmente produzidas, que se apresentam, muitas vezes, em dificuldades de inserção da rede (BRASIL, 2012).

O nível de descentralização da PNAB favorece ações integrais e integradas nos territórios, cabendo à Estratégia Saúde da Família (ESF) reorganizar a atenção básica e “ampliar a resolutividade e o impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades” (BRASIL, 2012, p. 54). Assim a ESF se qualifica e representa uma importante porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é, ainda, juntamente com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), considerada uma estratégia da PNAB. No que tange à PNAB, expõe-se que:

No Brasil, a Atenção Básica é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012, p. 9).

Diante disso, é essencial que os profissionais se alinhem aos princípios e diretrizes do SUS e aos supracitados. A princípio, a equipe de profissionais da atenção básica foi idealizada para ser reduzida e apenas com profissionais específicos, a exemplo de médicos e enfermeiros. Contudo, em 2008, com a implantação do NASF, ocorreu a inserção de outros profissionais. “Mesmo com essa ampliação, a regulação do acesso aos profissionais do NASF ainda continua centrada na figura do médico e do enfermeiro, sendo o NASF, muitas vezes, não considerado parte integrante da APS” (MARTINI; DAL PRÁ, 2018, p. 124).

Em se tratando das Equipes de Saúde da Família, determina-se que estas devem ser compostas “por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou

técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde [...]” (BRASIL, 2012, p. 55). Além desses, a depender da modalidade das equipes, podem ser incluídos profissionais de saúde bucal – cirurgiões-dentistas, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

A visão ampliada de saúde favoreceu o reconhecimento de outras categorias como “profissões da saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1988), incluindo o serviço social, cujas diretrizes curriculares ampliam a concepção sobre a competência profissional, que deve envolver e articular as dimensões teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política. Cabe a assistentes sociais formular respostas às expressões da questão social, produto das sociedades capitalistas (IAMAMOTO, 2002), que, na área da saúde, consiste nos determinantes sociais da saúde.

A atenção integral e integrada no contexto da saúde da criança decorre da articulação com diversas políticas setoriais, dentre elas a de assistência social, previdência social, educação; bem como a articulação com órgãos do sistema judiciário, de direitos humanos, segurança pública, entre outros, que associadamente contribuem para a efetivação dos direitos sociais que interferem no processo de produção da saúde e da doença. “O estudo dessa cadeia de mediações permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, com o objetivo de reduzir as iniquidades de saúde, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto.” (BUSS; FILHO, 2007, p. 81).

Diante disso, tem-se a necessidade de aprofundar os estudos sobre os determinantes sociais mais impactantes no território, para a intervenção de maneira resolutiva, considerando-se as peculiaridades locais. Conforme afirma Iamamoto (2002), em uma equipe multiprofissional “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, p. 41). Na saúde, a categoria de assistentes sociais, que tem uma formação generalista, é chamada a intervir nas lacunas da própria política, onde as condições de acessibilidade e de acesso dependem inúmeras vezes da articulação intersetorial.

Na ótica do conceito ampliado de saúde, o profissional de serviço social torna-se um grande aliado nas intervenções nas realidades locais. Ademais, a presença do assistente social na AB permite uma atuação profissional mais próxima aos sujeitos e seus territórios. Como é disposto por Martini e Dal Prá (2018, p. 128):

A aproximação territorial favorecida pela ESF propicia uma interação maior com o usuário e maior potencialidade de intervenção referente às expressões da questão social, pelo fato de que, ao se observar os complexos (culturais, históricos, políticos, entre outros) que compõem a totalidade apreendida, uma vez que o contato permanece contínuo, é possível desenvolver um planejamento mais assertivo para intervenção na realidade local, evitando ações emergenciais e burocráticas por parte do profissional; mas ainda tem-se que vencer a barreira do quantitativo de profissionais na APS.

Além disso, esse profissional dispõe de fundamentação teórica e ético-política alinhada às bases do SUS e da Reforma Sanitária pois, “por meio do NASF, respaldado pelos princípios do seu projeto Ético-Político e da Reforma Sanitária, tem subsídios para realizar seu trabalho na

perspectiva da universalidade de acesso [...]; e da integralidade da assistência[...] (MARTINI; DAL PRÁ, 2018, p. 127). Para Krüger (2010), a integração de assistentes sociais nas equipes do NASF deve-se à complexidade e importância dos aspectos sociais, ampliando-se assim a possibilidade multidisciplinar e intersetorial, pois:

[..a] ação intersetorial que vem se colocando como necessária é a relação com a área da Assistência Social via os CRAS; as condicionalidades do Programa Bolsa Família; os programas de atenção a população idosa, sobretudo os de proteção aos usuários vítimas de negligência e violência; os programas de tratamento dos dependentes químicos; os programas de apoio as mulheres vítimas de violência doméstica e a área de educação, especialmente a educação infantil pela falta de vagas em creches (KRÜGER, 2010, p.133).

Corroborando com Krüger (2010), Ferreira, Bavaresco e Bonacina (2014), apontam que o cuidado em saúde vai além das ações biomédicas, ou seja, compreende o contexto social que o usuário está inserido. Assim, destaca-se a importância do assistente social na composição das equipes também da AB, para a realização de ações diretas junto aos usuários, como as sócio assistenciais e socioeducativas (MORAES *et al.*, 2021; CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2009).

Nesse sentido, tais fundamentos embasam a atuação profissional na atenção à saúde das crianças, na proporção que envolve a compreensão ampliada sobre as famílias, que se apresentam em diversas formas de configuração, dinâmica familiar e cultural. Assim, as famílias são espaços ou lugares complexos, nos quais ocorrem relações sociais, afetivas, econômicas, encontros intergeracionais, distintas formas de pensamentos, crenças e valores, entre outras realidades.

Cabe destacar a necessidade, dada aos assistentes sociais, de se conhecer as realidades sociais e institucionais e como se apresentam as expressões da questão social, visando à intervenção crítica e propositiva. Essa compreensão das realidades apresenta ao profissional a possibilidade de identificar dificuldades de acesso a políticas sociais, especificamente aos serviços de saúde, independentemente do nível de complexidade; de planejar e formular respostas profissionais.

Em especial, no cotidiano das instituições de saúde, tais dificuldades perpassam pelo desfinanciamento das políticas sociais, representatividade nos conselhos, politização das políticas de saúde, sucateamento das instituições de saúde pública e desvalorização profissional (PAIM, 2009), situações que impactam diretamente na promoção da atenção integral e integrada da criança e de sua família. Apesar da importância do NASF para a qualidade e integralidade da promoção a saúde na AB, como parte do desfinanciamento, os serviços do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) foram revogados. Em substituição, foi instituído o Programa Previnde Brasil visando reorganizar o financiamento da AB e o credenciamento de novas equipes (BRASIL, 2020). Segundo o documento:

a composição de equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB. Com essa desvinculação, o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. O gestor municipal pode então cadastrar esses profissionais diretamente nas equipes de Saúde da Família (ESF) ou equipes de Atenção Primária (EAP), ampliando sua composição mínima. Poderá, ainda, manter os profissionais cadastrados no SCNES como

equipe NASF-AB ou cadastrar os profissionais apenas no estabelecimento de atenção primária sem vinculação a nenhuma equipe (BRASIL, 2020, p. 1).

Nesse cenário, considerando o que afirma Paim (2009) sobre a politização da saúde e, por outro lado, os desafios do controle social, as equipes multiprofissionais que integravam esses NASF podem ser eliminadas pela falta de financiamento e/ou ficarem condicionadas aos arranjos políticos e às prioridades dadas pelos gestores municipais. Esse “voluntarismo” na composição de equipes multiprofissionais tende a gerar prováveis impactos na qualidade da atenção à saúde das famílias e da comunidade.

A Saúde da criança sob o olhar multiprofissional: as experiências do Multicampi

As experiências vivenciadas no projeto Multicampi Saúde da Criança oportunizaram perceber que a atenção, não apenas multiprofissional, mas biopsicossocial tinha como possibilidade, de modo geral, a atuação das equipes dos NASF. Porém, o apoio matricial, conforme previsto na PNAB, ocorria de forma itinerante nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Particularizando-se o território do bairro Montese (Terra Firme), situado em Belém, onde equipes do Projeto atuaram no período de março de 2019 a março de 2020; e de novembro de 2021 a dezembro de 2021. Observou-se que a equipe de saúde da família de Terra Firme recebia o suporte do NASF, integrado por: uma psicóloga, uma assistente social, um educador físico, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta e uma fonoaudióloga. Essa equipe prestava apoio matricial às unidades de saúde do território, em dias e horários alternados, visando atender a todas.

Também foi observado que o apoio do NASF ocorria por demanda espontânea e/ou por solicitação específica das unidades de saúde. E ainda, quando possível, a equipe do NASF realizava, em articulação com as equipes das unidades, ações alusivas às datas destinadas às campanhas, a exemplo do “Setembro Amarelo”, do “Novembro Azul” e do “Outubro Rosa”.

Na equipe de saúde da família de Terra Firme, os estudantes (estagiários do Multicampi) participavam de visitas domiciliares sob supervisão das enfermeiras preceptoras e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e realizavam ações socioeducativas em rodas de conversa abordando diversos temas relacionados à saúde. Essas rodas contavam com a participação de usuários dos serviços, profissionais da unidade de saúde e tutora. Dentre as atividades, destaca-se uma, em especial, realizada com o grupo de gestantes que faziam acompanhamento do pré-natal na unidade. A atividade foi organizada pela equipe de profissionais e estudantes dos cursos de enfermagem, serviço social e psicologia.

Em uma dinâmica distinta, foram inseridos em uma caixa, papéis com dizeres relacionados à maternidade e ao pré-natal, dentre os quais: rede cegonha, certidão de nascimento, planejamento familiar, licença maternidade e paternidade, cuidados com o bebê, o que levar para a maternidade, direito ao acompanhante e depressão pós-parto. Ao longo da atividade as grávidas retiravam os papéis e falavam sobre suas dúvidas. A dinâmica oportunizou um diálogo sobre

diversos aspectos relacionados à maternidade, à saúde e aos direitos da mãe e da criança, em uma perspectiva multiprofissional e participativa, pois estimulou o protagonismo das próprias gestantes, que também contribuíram compartilhando seus conhecimentos e vivências. Destaca-se também a realização de outras atividades multiprofissionais que contribuíram para concretizar uma atenção biopsicossocial, a exemplo do que narram Muniz *et al.* (2020), Rocha *et al.* (2020), Moraes, Muniz e Arêda-Oshai (2020), Moraes *et al.* (2021), Ferreira e Arêda-Oshai (2021), entre outros.

Sobre a atenção integral à saúde da criança, no que concerne ao uso da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), particulariza-se aqui as experiências vivenciadas na Unidade Municipal de Saúde do bairro de Terra Firme que, diferentemente da UBS, é composta por equipe multiprofissional ampliada. Portanto, além de médicos e enfermeiros, a Unidade Mista de Saúde (UMS) conta com assistente social (em três turnos), psicólogo, nutricionista, farmacêutico, dentre outros. A CSC é um documento de suma importância, pois nela a equipe multiprofissional, a partir de suas respectivas áreas, deve registrar todas as informações acerca da criança, considerando-se as várias dimensões que interferem no seu crescimento e desenvolvimento. Tais informações perpassam pelas dimensões biopsicossociais, o que também envolve direitos sociais da criança e da família, entre eles: segurança alimentar, assistência social, prevenção a acidentes e proteção contra violências.

Contudo, o seu preenchimento depende da presença de uma equipe multiprofissional que compreenda e atue sobre tais dimensões, o que foi possível observar na equipe da UMS de Terra Firme. Nessa unidade, as equipes do Projeto Multicampi realizaram rodas de conversa, abordando a importância do uso e cuidados com as Cadernetas (da criança, do adolescente, da gestante e da pessoa idosa), bem como contribuíram no preenchimento das mesmas. Além dessa atividade, destaca-se as rodas de conversa, realizadas pelos estagiários do projeto, com base nas suas áreas de estudo. Dentre elas: enfermagem, serviço social, psicologia, farmácia e terapia ocupacional. Essas iniciativas traduzem a importância da humanização para dar mais qualidade à atenção em saúde, a qual, em grande parte, é constituída pelas ações de cuidado desenvolvidas pela equipe multiprofissional, norteadas em princípios como: a integralidade da assistência, a equidade, a holística do biopsicossocial do usuário e os aspectos legais e éticos, para que se consiga visualizar o cuidar/cuidados humanizados.

Na perspectiva de uma das coautoras deste trabalho, preceptora no projeto em questão, a enfermagem é uma profissão que atua genuinamente em equipe multiprofissional, necessitando e buscando a interdisciplinaridade. Considerando a interação com assistentes sociais, afirmou-se que, nos processos de trabalho (tanto na AB, quanto na urgência e emergência), enfermeiros e assistentes sociais são muito requisitados pelos usuários e demais integrantes da equipe multiprofissional. Atuando de forma colaborativa, esses profissionais realizam consultas e estão inseridos no fluxograma de atendimento. Na ótica da enfermagem, Coelho, Figueiredo e Carvalho (1999, p. 15) definem o cuidar, como:

O processo de expressão, de reflexão, de elaboração do pensamento, de imaginação, de meditação e de aplicação intelectual, desenvolvido pelo (a) enfermeiro (a), em relação às ações mais simples até as mais complexas, e que requer um mínimo de condições estruturais,

ambientais e de recursos humanos que seja razoável para assegurar a confiabilidade, a credibilidade dos atos e das ações direcionadas ao atendimento dos clientes nos níveis imediato, mediato e tardio.

Ainda de acordo com os autores, no enfoque da enfermagem, o cuidado é a ação imediata prestada pelo enfermeiro ou algum elemento de sua equipe, técnico e/ou auxiliar de enfermagem, em curto espaço de tempo, desenvolvido em vários momentos, envolvendo segurança e competência, aliada à tecnologia específica que a situação exige. (COELHO; FIGUEIREDO; CARVALHO, 1999).

A preceptora ainda avaliou que os discentes chegavam à UMS com dificuldade para compreender os processos de trabalho em equipe multiprofissional, pois, sendo provenientes de diferentes cursos, percebiam seus conhecimentos específicos de forma fragmentada. Essa percepção, por sua vez, desafiava a preceptora a buscar estratégias que estimulassem o espírito coletivo e a interação.

Uma das estratégias foi a discussão de temas relacionados à atenção integral, partindo-se das diversas áreas do conhecimento. Segundo a preceptora, a partir da segunda semana na UMS, a interação entre os estagiários já era estabelecida, corroborando a afirmação de Yamamoto (2002), mencionada antes. Nas palavras da enfermeira Laurilene de Fátima Pinto da Silva “foi muito interessante o que aconteceu na unidade, deixamos um legado, produzimos materiais que continuam sendo utilizados pelos profissionais, *banners* e *folders*. Inclusive, as reuniões [rodas de conversa] foram assumidas por alguns técnicos e enfermeiros; os usuários também se acostumaram com a atividade”⁹.

Considerações finais

A experiência do projeto Multicampi Saúde da Criança propiciou aos participantes (discentes, docentes, preceptores, tutores) grande aprendizado e experiência ímpar, na medida em que aproximou a universidade (formação profissional) e unidades de saúde (serviço). Essa aproximação contribuiu para a ocorrência de aprendizagem significativa, pois os estudantes participaram das atividades desenvolvidas, aplicando os conhecimentos específicos de suas áreas de formação, mas também adquirindo novos conhecimentos, inclusive provenientes de outras áreas do conhecimento (FREITAS; CUNHA; BATISTA, 2016).

No que concerne aos determinantes sociais, o projeto também oportunizou a observação de situações nas quais a atenção integral a crianças e suas famílias demandou um olhar ampliado, mas nem sempre possível, devido à ausência de equipe multiprofissional capaz de compreender e intervir sobre as dimensões biopsicossociais. O baixo nível de escolaridade das mulheres (mães, avós, tias) principais cuidadoras de crianças e adolescentes, o trabalho (em sua maioria informal), o saneamento básico, as precárias condições de moradia e, ainda, o alto índice de criminalidade presente no território foram identificados como fatores que influenciam na produção de saúde-

⁹ Transcrição de diálogo realizado entre a enfermeira Laurilene de Fátima Pinto da Silva (tutora) e a preceptora do Projeto, em setembro de 2022.

doença, no comportamento das pessoas que habitam o território e, inclusive, nas formas de buscar pelos serviços de saúde. Algumas doenças frequentes nas crianças, como: verminose, escabiose, desnutrição, entre outros, foram compreendidas como resultado das condições de trabalho e vida das pessoas cuidadoras, enfim da condição da própria família.

A articulação de diferentes políticas ou setores, o compartilhamento de saberes e decisões são práticas intersetoriais cuja função estratégica é a superação da fragmentação de ações e serviços de saúde no território. Ressalta-se que as ações do projeto se somaram às ações desenvolvidas nas unidades de saúde, no esforço para o alcance da atenção integral e para a concretização do conceito ampliado de saúde (PAIM, 2009). Porém, pelo exposto ao longo deste capítulo, ressalta-se que a atenção integral e integrada à criança e à família, permanece como meta e, ao mesmo, tempo desafio, considerando o desfinanciamento das políticas sociais, entre elas a saúde, a exemplo da revogação do NASF, o que interfere na organização dos serviços e composição das equipes multiprofissionais.

Porém, mais do que desenvolver um programa ou adotar uma política cuja responsabilidade de operacionalização recaia, majoritariamente, sobre os profissionais, se faz necessário subsidiar meios para que esses profissionais enxerguem no outro, alguém tão humano quanto eles mesmos. Ou seja, faz-se necessário promover ambientes férteis para essas relações interpessoais. Ao mesmo tempo, deve haver o suporte adequado à demanda do serviço, seja em quantidade de atendimentos e ações, mas principalmente, em qualidade.

O Projeto Multicampi contribuiu, incrementou e dinamizou o processo de ensino-aprendizagem na medida em que oportunizou, desde a graduação, a vivência de experiências em espaços sócio institucionais férteis para o desenvolvimento de habilidades e competências. Propiciou a interação entre docentes e profissionais das unidades de saúde, estabelecendo o diálogo e horizontalidades. Entende-se que a ampliação da inserção de assistentes sociais em equipes multiprofissionais da atenção básica se faz necessária, pois o arcabouço teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político se articula aos princípios éticos do SUS.

Por fim, desejamos que o texto deste capítulo instigue novas reflexões que venham a somar-se no esforço de contribuir para a compreensão e superação dos desafios que interferem negativamente na concretização dos princípios éticos e organizacionais do SUS.

Agradecemos à Universidade Federal do Pará, à Coordenação do Projeto Multicampi e, acima de tudo, à Prefeitura Municipal de Belém, em particular, à Secretaria Municipal de Saúde (SESMA) e a todas as equipes de saúde que nos receberam de braços abertos e com muita disposição para compartilhar seus conhecimentos e experiências.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1988**. Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho

Nacional de Saúde. 1988. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 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**: seção 1, Brasília, DF, p. 13563, 16 jul. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 6 ago. 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Trata do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e do Programa Previne Brasil. Brasília: Sistema Eletrônico de Informações (SEI), NUP nº 25000.010674/2020-03, documento nº 0013259951. 27 jan. 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2022.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>. Acesso em: 9 nov. 2022.

COELHO, Maria José; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; CARVALHO, Vilma de. **O socorro, o socorrido e o socorrer**: cuidar/cuidados em enfermagem de emergência. Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde** (versão preliminar). Brasília: Grupo de Trabalho Serviço Social, 2009. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

FERREIRA, Priscila Mendonça; BAVARESCO, Caren Serra; BONACINA, Caroline Maria. Estudo de Demanda do Serviço Social em uma Unidade de atenção primária à saúde. **Revista de APS**, v. 17, n. 3, p. 355-361, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/download/15271/8057/65177>. Acesso em: 8 nov. 2022.

FERREIRA, Sthefani Barroso; ARÊDA-OSHAI, Cristina Maria. Promoção da Educação em Saúde Através da Extensão Universitária. In: **9º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária** (9º CBEU), 2021,

ambiente virtual. Redes para Promover e Defender os Direitos Humanos. Belo Horizonte, Alfenas: UFMG, UNIFAL. v. 9, 2021, p. 3206-3207.

FREITAS, Maria Aparecida de Oliveira; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Aprendizagem Significativa e Andragogia na Formação Continuada de Profissionais de Saúde. **Aprendizagem Significativa em Revista / Meaningful Learning Review**, v. 6, n. 2, p. 01-20, 2016. Disponível em: http://www.if.ufrgs.br/asr/artigos/Artigo_ID96/v6_n2_a2016.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. *In*: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do(a) Assistente Social**. Brasília, DF: CFESS, 2002. p. 13-50

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde: espaços de atuação a partir do SUS. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. 9, n. 2, p. 123-145, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v9i2.8634891>. Acesso em: 8 nov. 2022

MARTINI, Débora; DAL PRÁ, Keli Regina. A inserção do assistente social na atenção primária à saúde. **Argumentum – Reformas regressivas e políticas de saúde**, Vitória, v. 10, n.1, p. 118-132, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v10i1.18648>. Acesso em: 8 nov. 2022.

MORAES, Suellen Souza de; MUNIZ, Camila Leite Medeiros; ARÊDA-OSHAÍ, Cristina Maria. Demandas de Atendimento Psicossocial: relato a partir da experiência do Serviço Social em uma Estratégia de Saúde da Família na Região Metropolitana de Belém-PA. *In*: **7º Congresso da Associação Brasileira de Saúde Mental (7º ABRASME)**. São Paulo: COOPACESSO, 2020.

MORAES, Suellen Souza de *et al.* Ações de Educação em Saúde do Homem como Método Interventivo em Estratégia Saúde da Família de Belém-PA. *In*: **9º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária (9º CBEU)**, 2021, ambiente virtual. Redes para Promover e Defender os Direitos Humanos. Belo Horizonte, Alfenas: UFMG, UNIFAL, v. 9, 2021.

MUNIZ, Camila Leite Medeiros *et al.* A prática de humanização na estratégia saúde da família: uma roda de conversa. *In*: 14º Congresso Internacional Rede Unida, 2020, Rio de Janeiro. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida. Saúde em Redes**, v. 6, supl. 3, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ROCHA, Ana Caroline dos Santos *et al.* Atenção psicossocial domiciliar no puerpério: uma experiência à luz das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). *In*: 14º Congresso Internacional Rede Unida, 2020, Rio de Janeiro. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida. Saúde em Redes**, v. 6, supl. 3, 2020.

CAPÍTULO 5 | Diagnóstico do estado nutricional e dos indicadores do aleitamento materno no Projeto Multicampi Saúde: a importância do apoio, promoção e proteção ao aleitamento materno na atenção básica

Naíza Nayla Bandeira de Sá

Izabella Syane Oliveira Pereira

Denise da Silva Pinto

Camila de Cássia da Silva França

Naiara Carvalho Rocha

Gisele Medeiros da Silva

Elaine Cristina Souza Bonito

Francisco Tiago de Vasconcelos Melo

Resumo

As práticas dos profissionais de saúde, bem como a organização e gestão dos serviços de saúde, influenciam tanto no início quanto na duração do aleitamento materno (AM). Além disso, atividades educativas têm sido consideradas como importante fator protetor para o aleitamento materno. Este capítulo expõe as atividades de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, realizadas nas unidades básicas de saúde, durante o Projeto Multicampi Saúde. Adicionalmente,

caracteriza-se a frequência de indicadores de aleitamento materno e do estado nutricional, em crianças (0 a 24 meses), segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), para os municípios de Belém, Abaetetuba, Bragança, Cametá, Castanhal e Soure, no estado do Pará, em 2021. Foi realizado, portanto, um estudo descritivo, quantitativo, produzido a partir de dados secundários de acesso público e análise dos diários de campo dos discentes. Em Belém, 84,3% das crianças menores de 24 meses estavam com o peso adequado para a idade. Soure foi o município com maior percentual de magreza acentuada (9,1%) em crianças menores de dois anos de idade, segundo o indicador antropométrico peso para estatura. Com relação à estatura, Soure ainda apresentou maior frequência de estatura muito baixa para a idade (23,9%), sendo 4,3 vezes maior que o observado em Belém (5,6%). No estado do Pará, a frequência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis meses de idade foi 60,0%. Essa frequência variou de 44,6% em Bragança a 78,3% em Abaetetuba. No que tange à análise dos nove diários de campo dos estudantes que realizaram atividades educativas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, observou-se que essas atividades foram realizadas com gestantes, nutrizes e agentes comunitários de saúde. Ações de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno foram de extrema importância para garantir a saúde de crianças menores de dois anos de idade e aumentar a implementação e a duração da amamentação, reduzindo assim as taxas de mortalidade infantil, especialmente em municípios com maior vulnerabilidade social.

Introdução

O início precoce do aleitamento materno proporciona ao recém-nascido benefícios imunológicos, psicossociais, fortalecimento do vínculo materno-infantil (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2003), além de aumentar a probabilidade de a criança receber o colostro, que é altamente nutritivo, de fácil digestão e apresenta propriedades imunológicas substanciais para essa fase da vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2009).

O Aleitamento Materno (AM) garante às crianças os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento saudável e seus benefícios podem ser observados além da primeira infância (VICTORA *et al.*, 2015). Estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, apontou que crianças que mamaram durante 12 ou mais meses apresentaram maior coeficiente de inteligência, escolaridade e renda aos 30 anos de idade do que as crianças que mamaram por menos de um mês (VICTORA *et al.*, 2015).

Em 1989, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) publicaram uma declaração conjunta intitulada “Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis”. Esse documento teve como principais objetivos difundir o papel fundamental que os serviços de saúde exercem na promoção e proteção do AM e descrever quais medidas e ações deveriam ser tomadas para fornecer informações adequadas e apoio às mães para a prática do aleitamento materno (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL

DA SAÚDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1989). Os dez passos para o sucesso do AM foram propostos pela Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (1989) como uma alternativa para aumentar a prevalência e a duração da amamentação nos países.

Fundamentando-se na declaração conjunta da OMS e do Unicef, em 1990, foi publicada a Declaração de Innocenti, elaborada por equipes técnicas do Unicef, da OMS, da Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos, da Agência Sueca de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento e por representantes de trinta países, incluindo do Brasil. O objetivo da Declaração de Innocenti foi, principalmente, resgatar o direito da mulher de aprender e praticar a amamentação com sucesso, visando a proteção, a promoção e o apoio ao aleitamento materno (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2006; LABBOK, 2007).

Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu metas para o alcance dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), que foram pactuadas pelo Brasil e por mais 191 países e que tiveram, dentre outras determinações, a redução, até 2015, em dois terços da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade e a redução em três quartos da mortalidade materna (BRASIL, 2014a).

Desde então, no Brasil, inúmeros programas têm sido implementados com o intuito de cumprir o “Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal”, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país, onde se registram as maiores taxas de mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2012). Neste contexto, o aleitamento materno age como um fator protetor contra a mortalidade neonatal (MULLANY *et al.*, 2008). Está bem estabelecido na literatura que as práticas dos profissionais de saúde, bem como a organização e gestão dos serviços de saúde, influenciam tanto no início quanto na duração do aleitamento materno (HOLBROOK *et al.*, 2013; REGAN; DEFRANCO, 2013).

As atividades educativas, realizadas durante o pré-natal, têm sido apontadas na literatura como um importante fator protetor para o aleitamento materno. As mães que foram aconselhadas durante o pré-natal sobre aleitamento materno foram mais propensas a amamentar seus filhos na primeira hora de vida (ADUGNA, 2014; VIEIRA *et al.*, 2010).

Visando promover uma integração entre o ensino e o serviço, para qualificar a formação profissional de discentes e profissionais da atenção básica à saúde, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAIS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi elaborado o Projeto Multicampi Saúde, sob a coordenação da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFGPA), que integrou docentes e discentes de cursos da UFGPA, secretarias municipais de saúde e servidores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de municípios selecionados.

Assim, este capítulo teve como objetivo relatar as atividades de promoção ao AM realizadas nas UBS, durante o Projeto Multicampi Saúde. Além disso, foi observada a frequência de

indicadores de aleitamento materno e do estado nutricional, em crianças (0 a 24 meses), segundo dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), para os municípios de Belém, Abaetetuba, Bragança, Cametá, Castanhal e Soure, no estado do Pará em 2021.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado a partir de fonte de dados secundários de acesso público e análise dos diários de campo dos discentes participantes do Projeto Multicampi Saúde da Universidade Federal do Pará (UFPA).

Participaram do Projeto graduandos dos cursos da área da saúde e afins da UFPA (medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmácia, nutrição, biomedicina, psicologia e serviço social), além das secretarias municipais de saúde e servidores das unidades básicas de saúde dos municípios de Belém, Abaetetuba, Bragança, Cametá, Castanhal e Soure, no estado do Pará.

Cada grupo de discente, formado a partir da perspectiva multiprofissional, foi acompanhado por um Tutor (professor/a da UFPA) e um preceptor(a) (servidor/a da unidade básica de saúde). Dentre as atividades que os discentes deveriam executar durante o seu período de estágio/vivência no Projeto Multicampi estavam as atividades educativas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Os discentes, ao final do estágio/vivência, tinham que entregar um diário de campo, relatando as atividades executadas.

Para este estudo, foram avaliados 10 diários de campo, escolhidos aleatoriamente, por sorteio. Após o sorteio realizou-se uma busca dos termos “aleitamento materno” e “amamentação” em cada um dos diários de campo selecionados. Todos os diários continham os termos pesquisados. Seguiu-se, então para a leitura dos diários, a fim de verificar se haviam sido realizadas atividades educativas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Permaneceram, no estudo, nove diários de campo.

Este estudo obedeceu aos preceitos éticos estabelecidos pelas resoluções nº 466/2012 e nº 510/2106 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde, sob o Parecer nº 5.137.471.

As análises do estado nutricional e dos indicadores de aleitamento materno de crianças menores de 24 meses, para o ano de 2021, foram realizadas por meio dos dados do Sistema de Vigilância em Saúde (SISVAN), de acesso público¹⁰.

Os indicadores de aleitamento materno utilizados foram: aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses de idade e aleitamento materno continuado (6 a 23 meses de idade).

10 Os relatório de acesso público do Sistema de Vigilância em Saúde (SISVAN) podem ser consultados no endereço: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>.

Para a classificação do estado nutricional de crianças menores de 24 meses foram considerados os parâmetros estabelecidos pelo SISVAN (BRASIL, 2011), pela Organização Mundial da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, 2003; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Considerou-se peso para idade, classificado em: peso muito baixo para idade ($< \text{Escore } z - 3$); peso baixo para a idade ($\geq \text{Escore } z - 3$ e $< \text{Escore } z - 2$); peso adequado para a idade ($\geq \text{Escore } z - 2$ e $\leq \text{Escore } z + 2$) e peso elevado para a idade ($> \text{Escore } z + 2$); peso para estatura, categorizado em: magreza acentuada ($< \text{Escore } z - 3$); magreza ($\geq \text{Escore } z - 3$ e $< \text{Escore } z - 2$); peso adequado ou eutrófico ($\geq \text{Escore } z - 2$ e $\leq \text{Escore } z + 1$); risco de sobrepeso ($> \text{Escore } z + 1$ e $\leq \text{Escore } z + 2$); sobrepeso ($> \text{Escore } z + 2$ e $\leq \text{Escore } z + 3$); e obesidade ($> \text{Escore } z + 3$). A estatura para idade foi classificada em: estatura muito baixa para a idade ($< \text{Escore } z - 3$); estatura baixa para a idade ($\geq \text{Escore } z - 3$ e $< \text{Escore } z - 2$); e estatura adequada para a idade ($\geq \text{Escore } z - 2$) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Por se tratar de base de dados de acesso público e sem identificação dos usuários não foi necessária a submissão para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para seres humanos.

Resultados

No que se refere ao peso para a idade, observou-se que apenas o município de Soure apresentou a menor taxa de crianças com o peso adequado para a idade (69,8%). Os demais municípios apresentaram uma porcentagem de crianças com o peso adequado para a idade semelhante ao observado para o estado do Pará (86,9%), sendo o município de Cametá o que possui a maior porcentagem (87,8%). Além disso, o município de Soure foi o que apresentou a maior taxa de peso muito baixo para a idade (5,6% em Soure). Quando comparada a taxa geral do estado do Pará (1,6%), Belém e Cametá apresentaram valores acima do observado para o estado e os demais municípios possuem taxas mais baixas (Tabela 1).

Ao avaliar o indicador antropométrico de peso para estatura, Soure foi o município com maior percentual de magreza acentuada (9,1%) em crianças menores de dois anos de idade, sendo inclusive maior do que o percentual para o estado do Pará (3,5%). Ainda no que tange ao indicador peso para estatura, observou-se peso eutrófico/normal em 58,6% das crianças menores de dois anos em Belém, 54,6% em Abaetetuba, 56,7% em Bragança, 59,7% em Cametá, 60,3% em Castanhal e 50,6% em Soure. A maior frequência de obesidade nesta faixa etária dentre os seis municípios foi encontrada em Soure (21,9%) (Tabela 1).

Após avaliar o indicador estatura para idade, verificou-se em Soure a maior frequência de estatura muito baixa para a idade (23,9%), sendo 4,3 vezes maior que a frequência encontrada em Belém (5,6%). Encontrou-se estatura adequada para a idade das crianças menores de dois anos em 89,0% em Belém, 79,7% em Abaetetuba, 86,4% em Bragança, 78,3% em Cametá, 90,3% em Castanhal e 69,5% em Soure (Tabela 1).

Tabela 1 – Estado nutricional de crianças (menores de 24 meses) segundo os seis municípios selecionados no Projeto Multicampi Saúde – UFPA

	Belém	Abaetetuba	Bragança	Cametá	Castanhal	Soure	Pará
	n (%)	n (%)	n (%)				
Peso para idade							
Peso Muito Baixo Para Idade	97 (2,3%)	24 (1,0%)	19 (0,7%)	59 (2,1%)	30 (0,9%)	17 (5,6%)	1489 (1,6%)
Peso Baixo Para a Idade	65 (1,5%)	57 (2,37%)	61 (2,2%)	105 (3,8%)	47 (1,5%)	23 (7,5%)	2339 (2,6%)
Peso Adequado Para a Idade	3587 (84,3%)	2090 (86,8%)	2417 (87,0%)	2395 (87,8%)	2765 (86,2%)	213 (69,8%)	79192 (86,9%)
Peso Elevado Para a Idade	505 (11,9%)	237 (9,8%)	282 (10,1%)	169 (6,2%)	365 (11,4%)	52 (17,0%)	8133 (8,9%)
Peso para Estatura							
Magreza Acentuada	123 (2,9%)	83 (3,4%)	101 (3,6%)	99 (3,6%)	66 (2,1%)	28 (9,1%)	3158 (3,5%)
Magreza	116 (2,7%)	72 (3,0%)	123 (4,4%)	115 (4,2%)	79 (2,5%)	12 (3,9%)	3501 (3,8%)
Peso Adequado ou Eutrófico	2492 (58,6%)	1315 (54,6%)	1577 (56,7%)	1628 (59,7%)	1934 (60,3%)	155 (50,6%)	54015 (59,3%)
Risco De Sobrepeso	870 (20,4%)	460 (19,1%)	534 (19,2%)	476 (17,4%)	630 (19,6%)	24 (7,8%)	16820 (18,4%)
Sobrepeso	419 (9,8%)	234 (9,7%)	257 (9,2%)	212 (7,8%)	301 (9,4%)	20 (6,5%)	7731 (8,5%)
Obesidade	234 (5,5%)	244 (10,1%)	187 (6,7%)	198 (7,3%)	197 (6,1%)	67 (21,9%)	5931 (6,5%)
Estatura para idade							
Estatura Muito Baixa para a Idade	237 (5,6%)	260 (10,8%)	156 (5,6%)	315 (11,5%)	138 (4,3%)	73 (23,9%)	6875 (7,5%)
Estatura Baixa para a Idade	230 (5,4%)	228 (9,5%)	222 (8,0%)	278 (10,2%)	173 (5,4%)	20 (6,6%)	6809 (7,5%)
Estatura Adequada para a Idade	3787 (89,0%)	1920 (79,7%)	2401 (86,4%)	2135 (78,3%)	2896 (90,3%)	212 (69,5%)	77470 (85,9%)

Fonte: Dados do SISVAN/MS para o ano de 2021

Foi possível observar que a frequência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de seis de idade no estado do Pará foi de 60%. Essa frequência variou de 44,6% em Bragança a 78,3% em Abaetetuba. No que tange ao aleitamento materno continuado (6 a 23 meses), encontrou-se um total de 59% no estado do Pará, variando de 28,6% (em Castanhal) a 88,6% (em Cametá). Importante destacar que não existem dados de nenhum desses dois indicadores para o município de Soure (Tabela 2).

Tabela 2 – Indicadores de aleitamento materno em crianças (menores de 24 meses) segundo os 6 municípios selecionados no Projeto Multicampi Saúde – UFPA

	Belém	Abaetetuba	Bragança	Cametá	Castanhal	Soure	Pará
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses de idade	34 (75,6%)	18 (78,3%)	54 (44,6%)	199 (75,9%)	92 (69,2%)	0	1723 (60,0%)
Aleitamento materno continuado (6 a 23 meses de idade)	22 (45,8%)	2 (66,7%)	307 (76,9%)	600 (88,6%)	54 (28,6%)	0	3629 (59,0%)

Fonte: Dados do SISVAN/MS para o ano de 2021

Quanto à análise dos nove diários de campo dos estudantes que realizaram atividades educativas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, observou-se que essas atividades foram realizadas com gestantes, nutrizes e agentes comunitários de saúde.

As atividades voltadas para as gestantes e nutrizes tiveram como objetivo: acolher as mulheres/mães; destacar os benefícios do aleitamento materno; ouvir as principais dúvidas e dificuldades (como por exemplo o ingurgitamento mamário e o mito do leite fraco); e compartilhar conhecimentos e experiências no que diz respeito ao manejo adequado da amamentação, pega correta da criança e posicionamento da criança e da nutriz na hora do aleitamento. Foram realizadas rodas de conversas e/ou palestras na sala de espera das unidades de saúde ou em salas específicas.

Foram encontrados três relatos de capacitação de agentes comunitários de saúde no tema do aleitamento materno, com objetivo de estes promoverem, protegerem e apoiarem o aleitamento materno nos seus territórios.

Discussão

Os índices antropométricos, recomendados pela World Health Organization (2006) e adotados pelo Ministério da Saúde para a avaliação do estado nutricional de crianças, são: peso para idade; peso para estatura; índice de massa corporal para a idade; e estatura para a idade (BRASIL, 2011). O índice de massa corporal para a idade não foi avaliado neste estudo, uma vez que este restringiu-se a crianças menores de dois anos de idade.

A relação peso para a idade deve ser utilizada para avaliar o estado nutricional, contemplado na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2021), principalmente para avaliação do baixo peso. Trata-se de uma avaliação muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso. Entretanto, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos progressos ou crônicos. Por isso, é importante complementar a avaliação com outro indicador antropométrico (BRASIL, 2011; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

Conforme pode ser observado na tabela 1, dos cinco municípios do Projeto Multicampi, Soure foi o que apresentou maior frequência de peso muito baixo para a idade em menores de dois anos (5,6%), enquanto Castanhal foi o que apresentou menor frequência para este indicador (0,9%). Com relação à frequência de peso elevado para a idade, Soure apresentou a maior (17%), enquanto Cametá teve a menor frequência (6,2%). Em Soure, não foi possível avaliar os indicadores de aleitamento materno em crianças menores de 6 meses e nem em crianças de 6 a 24 meses. Assim, cabe apontar que a amamentação é um fator protetor do estado nutricional de crianças menores de 24 meses (AZEVEDO *et al.*, 2019) e pode ser um fator que tem influenciado os indicadores observados no presente trabalho. Em contrapartida, crianças com idade superior a 6 meses e que não faziam uso do leite materno consumiram mais alimentos ultraprocessados (LOPES *et al.*, 2020).

O peso para estatura expressa a relação entre a massa corporal (peso) e a estatura e é utilizado para identificar o emagrecimento e o excesso de peso da criança (BRASIL, 2011; WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2006). Corroborando o indicador de peso para a idade, observou-se maior frequência de magreza acentuada e de obesidade no município de Soure (9,1% e 21,9%, respectivamente). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021), ao ser comparado com os demais municípios deste estudo, Soure foi o município que apresentou maior taxa de mortalidade infantil (9,93 para 1.000 nascidos vivos). O aumento da vulnerabilidade social e o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde podem afetar as condições de saúde das crianças (ANJOS; MELLO; SANTANA, 2021).

A alta porcentagem de obesidade, encontrada no município de Soure, pode estar associada com a baixa taxa de aleitamento materno (visto que não foi possível obter dados referente a esse indicador). LOPES *et al.*, (2020) observaram que crianças, com idade superior a 6 meses e que não faziam uso do leite materno, consumiram mais alimentos ultraprocessados. Adicionalmente, têm-se observado no Brasil a introdução cada vez mais precoce dos alimentos ultraprocessados na alimentação infantil em detrimento dos alimentos caseiros, *in natura* ou minimamente processados (HEITOR; RODRIGUES; SANTIAGO, 2011; ALVES *et al.*, 2012). Os alimentos ultraprocessados possuem alta densidade energética; elevada quantidade de gordura, açúcar e/ou sódio; pouca fibra; e, em sua maioria, ainda têm a adição de muitos ingredientes, como realçadores de sabor e corantes, que aumentam sua durabilidade e palatabilidade (BRASIL, 2014b). O consumo deste tipo de alimentos (como refrigerantes, sucos industrializados, *snacks*, embutidos etc.) deve ser evitado até os dois anos de idade, uma vez que se relaciona ao excesso de peso, alergias alimentares e anemia (BRASIL, 2019).

A parcela da população infantil com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) tem aumentado devido ao elevado consumo de alimentos ultraprocessados, presença de desertos e pântanos alimentares, falta de tempo das famílias para o preparo das refeições, além da diminuta ou nenhuma rede de apoio às mulheres trabalhadoras e a suas famílias para o cuidado com as crianças e da perda/diminuição da tradição de cozinhar, dentre outras (BRASIL, 2019). No que tange à desnutrição e doenças carenciais (como deficiência de vitamina A e anemia), observa-se que estas são mais frequentes em grupos populacionais marcados pela violação dos direitos humanos à segurança alimentar e nutricional; pela violação dos direitos básicos, em função da vulnerabilidade social; pelos conflitos pela posse de terras; e por outros fatores. As carências nutricionais e a desnutrição também podem estar presentes em realidades em que existam inadequação da alimentação ou presença de doenças (BRASIL, 2019). Cabe destacar, que, em ambos os contextos, o aleitamento materno e a introdução alimentar adequada são fatores protetores ao estado nutricional e à saúde das crianças (BRASIL, 2019; HARRIS; COULTHARD, 2016).

No estado do Pará, foi encontrada uma frequência de 60% de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses. Abaetetuba teve a maior frequência (78,3%) quando comparada à Belém (75,6%), Bragança (44,6%), Cametá (75,9%) e Castanhal (69,2%). Não houve informação do município de Soure. Dados do Estudo Nacional de Nutrição Infantil (ENANI 2019) apontaram que a prevalência de aleitamento materno exclusivo no Brasil, em menores de seis meses, foi de 45,8%, com maior prevalência na Região Sul (54,3%), seguida das regiões Sudeste (49,1%),

Centro-Oeste (46,5%), Norte (40,3%) e Nordeste (39,0%), sem diferenças estatísticas significativas entre as regiões (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, 2021).

As atividades promovidas pelos estudantes que integraram o Projeto Multicampi Saúde para gestantes e nutrizes, bem como a capacitação dos agentes comunitários de saúde, estão em consonância com a literatura, uma vez que mulheres orientadas durante o pré-natal sobre aleitamento materno tiveram mais chances de iniciar a amamentação, bem como amamentaram por mais tempo (ADUGNA, 2014; VIEIRA *et al.*, 2010).

O Agente comunitário de saúde (ACS) é um importante elo, entre as equipes de saúde da família, a atenção básica à saúde e a comunidade, na realização de ações que objetivam promover a amamentação. Entretanto, estudo realizado em um município no sul de Minas Gerais encontrou que a maioria dos ACS que participaram da pesquisa não realizaram nenhum curso sobre aleitamento materno e nem se sentiam preparados para orientar as mães sobre esse tema, o que demonstrou a necessidade de aumentar a capacitação dos mesmos por meio de palestras, cursos, oficinas etc. (ANDRADE *et al.*, 2021). Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado no município de São Paulo, em que 45,9% dos ACS não foram capacitados para realizar orientações práticas das nutrizes sobre aleitamento materno e 63,3% referiram que nunca participaram de cursos sobre amamentação (MOIMAZ *et al.*, 2017).

Ações de promoção, apoio e proteção ao aleitamento materno são necessárias para garantir a saúde de crianças menores de dois anos de idade, aumentar a implementação e a duração da amamentação, reduzindo assim as taxas de mortalidade infantil, especialmente em municípios com maior vulnerabilidade social.

O Projeto Multicampi Saúde além de ter proporcionado, aos discentes, experiências e vivências práticas em temas relacionados à saúde da criança, nos seis municípios selecionados no estado do Pará, também proporcionou a presença de docentes de diferentes áreas da saúde da Universidade Federal do Pará, juntamente com os preceptores das unidades de saúde, o que pôde fortalecer a atenção integral à saúde da criança, na rede de atenção básica à saúde.

Referências

ADUGNA, Dessalegn Tamiru. Women's perception and risk factors for delayed initiation of breastfeeding in Arba Minch Zuria, Southern Ethiopia. **International breastfeeding journal**, v. 9, n. 1, p. 1-8, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1746-4358-9-8>. Acesso em: 9 nov. 2022.

ALVES, Cláudia Regina L. *et al.* Alimentação complementar em crianças no segundo ano de vida. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 30, n. 4, p. 499-506, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000400007>. Acesso em: 9 nov. 2022.

ANDRADE, Dariana Rodrigues *et al.* Conhecimento do agente comunitário de saúde acerca da amamentação. **Enfermagem Brasil**, v. 20, n. 4, p. 506-519, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v20i4.4642>. Acesso em: 9 nov. 2022.

ANJOS, Caroline Nascimento dos; MELLO, Carolina Santos; SANTANA, Jerusa da Mota. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil no Recôncavo da Bahia. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 20, n. 2, p. 259-268, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/cmbio.v20i2.43700>. Acesso em: 9 nov. 2022.

AZEVEDO, Pedro Tadeu Álvares Costa Caminha de *et al.* Estado nutricional de crianças em amamentação exclusiva prolongada no Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190007>. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)**. Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM (sup.). Brasília: Ipea, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v4.pdf. Acesso em 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed., 1. reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da criança – menina**. Passaporte da Cidadania. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_3ed.pdf. Acesso em: 9 nov. 2022.

HARRIS, Gillian; COULTHARD, Helen. Early eating behaviours and food acceptance revisited: breastfeeding and introduction of complementary foods as predictive of food acceptance. **Current obesity reports**, v. 5, n. 1, p. 113-120, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13679-016-0202-2>. Acesso em: 9 nov. 2022.

HEITOR, Sara Franco Diniz; RODRIGUES, Leiner Resende; SANTIAGO, Luciano Borges. Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 10, n. 3, p. 430-436, 2011. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11347/pdf>. Acesso em: 9 nov. 2022.

HOLBROOK, Katherine E. *et al.* Maternal sociodemographic characteristics and the use of the Iowa Infant Attitude Feeding Scale to describe breastfeeding initiation and duration in a population of urban, Latina

mothers: a prospective cohort study. **International breastfeeding journal**, v. 8, n. 1, p. 1-14, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-7>. Acesso em: 9 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades@ - sistema agregador de informações sobre municípios e estados do Brasil. **Panorama do município de Soure (PA)**. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/soure/panorama>. Acesso em: 9 nov. 2022.

LABBOK, Miriam H. Breastfeeding and Baby-Friendly Hospital Initiative: more important and with more evidence than ever. **Jornal de pediatria**, v. 83, n. 2, p. 99-101, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0021-75572007000200002>. Acesso em: 9 nov. 2022.

LOPES, Wanessa Casteluber *et al.* Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 24 meses de idade e fatores associados. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018277>. Acesso em: 9 nov. 2022.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba *et al.* Agentes comunitários de saúde e o aleitamento materno: desafios relacionados ao conhecimento e à prática. **Revista CEFAC**, v. 19, n. 2, p. 198-212, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719213216>. Acesso em: 9 nov. 2022.

MULLANY, Luke C. *et al.* Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. **The Journal of nutrition**, v. 138, n. 3, p. 599-603, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jn/138.3.599>. Acesso em: 9 nov. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno-infantis: uma declaração conjunta OMS/Unicef. Genebra: OMS, 1989. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/06/doc-715.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2022.

REGAN, Jodi; THOMPSON, Amy; DEFranco, Emily. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. **Breastfeeding Medicine**, v. 8, n. 2, p. 181-186, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1089/bfm.2012.0049>. Acesso em: 9 nov. 2022.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **1990-2005 Celebrating the Innocenti Declaration on the Protection, Promotion and Support of Breastfeeding**: Past achievements, present challenges and priority actions for infant and young child feeding. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre. 2. ed. 2006. Disponível em: https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/celebrating_2nded.pdf. Acesso em: 9 nov. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. **Relatório 4: Aleitamento materno**: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos 4: ENANI 2019. Rio de Janeiro: UFRJ, 2021. Disponível em: https://enani.nutricao.ufrj.br/wp-content/uploads/2021/11/Relatorio-4_ENANI-2019_Aleitamento-Materno.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

VICTORA, Cesar Gomes. *et al.* Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. **The lancet global health**, v. 3, n. 4, p. e199-e205, 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70002-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70002-1). Acesso em: 8 nov. 2022.

VIEIRA, Tatiana de Oliveira. *et al.* Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. **BMC Public Health**, v. 10, n. 760, p. 1-6, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-760>. Acesso em: 8 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Global Strategy for Infant and Young Child Feeding**. Geneva: WHO. 2003. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9241562218>. Acesso em: 8 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Baby-friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Section 3, Breastfeeding promotion and support in a baby-friendly hospital: a 20-hour course for maternity staff. Geneva: WHO. 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594981_eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 9 nov. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who child growth standards**: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Geneva; WHO, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>. Acesso em: 8 nov. 2022.

CAPÍTULO 6 | Multicampi Saúde: um panorama de produções

Maria Clara Acácio de Oliveira Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira

Eric Campos Alvarenga

A atenção básica à saúde alicerça o funcionamento de rede pública de saúde. Por meio dela, a promoção e prevenção em saúde tomam forma de acordo com as especificidades de cada região (FAUSTO; ALMEIDA; BOUSQUAT, 2018). A Estratégia de Saúde da Família tomou papel revolucionário na assistência à saúde dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta ação de cuidado preconiza o atendimento conforme as individualidades das famílias de determinada região, considerando suas peculiaridades culturais, o ambiente social e estrutural nos quais os usuários de saúde estão inseridos, assim como sua realidade familiar e, portanto, a forma como lidam com a dualidade saúde e doença (BRASIL, 2017). Dessa forma, a assistência fornecida no nível da atenção básica funcionará de forma regionalizada, atendendo as necessidades específicas de cada região (BRASIL, 1990).

Inseridas nesta estratégia, as Equipes de Saúde da Família trabalham de forma interdisciplinar para atender as demandas de saúde de determinada comunidade, contando com médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde basicamente, com objetivo de suprir as necessidades de promoção da saúde dos cidadãos. Assim está calcada a atenção básica de saúde (famosa “porta de entrada do SUS”), que conta com apoio dos outros níveis de cuidado, propiciando a intervenção de outras categorias profissionais, formas de atendimento e técnicas de assistência (MENDONÇA *et al.*, 2018).

A rede de atenção básica na Região Amazônica possui especificidades e peculiaridades relacionadas aos aspectos culturais e geopolíticos da região (CUNHA *et al.*, 2022). A Região Norte do país possui formação ambiental e clima constantemente úmido e característico, com altas temperaturas e um período ensolarado intenso, intercalado por um período de chuvas contínuas. Todo esse cenário se une com uma realidade na qual grande parcela da população se encontra em vulnerabilidade econômica e social. Conforme exposto por Silva *et al.* (2020), dentre as regiões do país, a Região Norte (em conjunto com a Nordeste) possui os níveis mais elevados de indicadores de extrema pobreza. Desta forma, o que se observa é uma região de baixa renda, que enfrenta

condições precárias, com vários riscos relacionados ao trabalho, alta exposição a agentes infecciosos, baixo acesso a saneamento e habitação de qualidade, assim como acesso limitado a cuidados de saúde (GARNELO, 2019). Portanto, a realidade encontrada no Norte, que faz parte da Região Amazônica, é de enfrentamento de condições precárias de subsistência.

Outro aspecto desta localidade do Brasil é a conjuntura cultural bastante demarcada e característica, com fortes crenças e hábitos alimentares vinculados a comidas próprias e típicas da região. Essa realidade influencia diretamente na prática do cuidado em saúde. Os profissionais de saúde, portanto, devem realizar seu trabalho considerando as particularidades da população à qual atendem.

Na perspectiva de produzir uma prática profissional que atendesse às necessidades da população da melhor forma, surgiu o Projeto Multicampi, com o intuito de integrar ensino, serviço e gestão. A iniciativa ofereceu, a alunos da Universidade Federal do Pará (UFPA), a possibilidade de vivenciar uma experiência de trabalho na atenção básica, por meio da inserção na realidade cotidiana de atividades deste nível de atenção, dentro do contexto da Região Amazônica, agregando qualificação e conhecimento prático a atuais e futuros e profissionais da saúde, que puderam aprender com o projeto e oferecer novos cuidados aos usuários do SUS.

Vinculado à Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da UFPA, o Multicampi teve o envolvimento dos Instituto de Ciências Biológicas (ICB); Instituto de Ciências da Saúde (ICS); Instituto de Ciências Sociais Aplicadas (ICSA); e Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH), aos quais estavam vinculados os discentes participantes e os docentes que assumiram o papel de tutores nesta experiência de extensão.

Além disso, o projeto contou com a parceria da Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA), por meio da coordenação da Política de Saúde Integral da Criança, estando também envolvidas as Secretarias Municipais de Saúde de Belém, Abaetetuba, Cametá, Soure, Bragança e Castanhal, municípios selecionados para a atuação da iniciativa.

Os cursos inseridos no projeto foram: psicologia, nutrição, medicina, biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, serviço social, odontologia e terapia ocupacional. Os estudantes foram selecionados por meio de editais públicos, passando por um processo de seleção e uma etapa de capacitação para que se tornassem participantes do projeto.

A atividade consistiu em agregar os estudantes selecionados a equipes de trabalho de Unidades Básicas de Saúde (UBS), com enfoque na saúde da criança, por um período de um mês de imersão, de maneira que eles pudessem oferecer atendimentos, em conformidade com as demandas locais e com as atribuições de seus respectivos cursos.

De forma geral, as atribuições dos estudantes envolviam ações ligadas à saúde da criança, sendo direcionadas a avaliar o uso da Caderneta da Criança, escolher uma “criança-guia” e desenvolver para ela um Plano Terapêutico Singular (PTS); assim como produzir intervenções de acordo com as demandas que fossem apresentadas no local no qual estavam inseridos, trabalhando de forma multidisciplinar.

Assim, como já dito, o Multicampi apresentou-se como uma proposta de articular três âmbitos de ação: ensino, serviço e gestão. Este capítulo, portanto, se propõe a apresentar um panorama geral dos frutos do trabalho do Projeto a partir destes três âmbitos. Esta apresentação, por sua vez, será alicerçada nas publicações produzidas, que trazem resultados, reflexões e produtos do projeto em questão. Para uma melhor visualização destas produções, o quadro 1 lista as publicações, seus respectivos autores e anos de produção:

Quadro 1 – Publicações acadêmicas produzidas com base no projeto Multicampi Saúde de 2019 a 2022

Ano	Título	Autores
2022	Multicampi Saúde: uma experiência de formação em saúde na Amazônia brasileira.	Karol Veiga Cabral, Luiz Marques Campelo, Maria Lúcia Chaves Lima, Melina Navegantes Alves, Nelson José Souza-Junior, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira e Roseide dos Santos Tavares.
2021	Evidence of the effect of primary care expansion on hospitalizations: panel analysis of 143 municipalities in the Brazilian Amazon.	Vânia Cristina Campelo Barroso Carneiro, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Saul Rassi Carneiro, Marinalva Cardoso Maciel e Janari da Silva Pedroso.
2020	A importância do acolhimento da população usuária dos serviços de saúde na atenção primária e possíveis contribuições da psicologia: um relato de experiência a partir do projeto Multicampi Saúde.	Anderson Reis de Oliveira, Rafael José de Oliveira Leite, Luana Karolina dos Santos Amorim, Janine Brasil Cordovil e Leandro Passarinho Reis Junior.
2020	O projeto Multicampi-Saúde e o fazer da psicologia na Atenção Básica: um relato de experiência.	Sabryna Lais Tavares de Lima, Ana Caroline dos Santos Rocha, Ananda Aline Barros Pinheiro dos Santos e Maria Lúcia Chaves Lima.
2020	A experiência do Multicampi saúde UFGA: acompanhando percursos formativos.	Karol Veiga Cabral, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira e Márcio Mariath Belloc.
2020	Percepção de discentes de enfermagem acerca do estágio Multicampi saúde em Abaetetuba – Pará: um relato de experiência.	Jennifer Karen Ferreira Macena, Nabila Arianne Azevedo Gomes, Késsia Ailly Santos Hayase, Aline Barros Barbosa e Hilma Solange Lopes Souza.
2020	O lugar da psicologia na atenção básica: a experiência de um estudante no estágio Multicampi Saúde.	Rafael Leite, Károl Cabral, Luana Amorim e Anderson Oliveira.
2020	A importância das visitas domiciliares multidisciplinares na atenção primária: um relato de experiência a partir do projeto Multicampi.	Luana Amorim, Rafael Leite, Anderson Oliveira e Karol Cabral
2020	Vivências no estágio Multicampi Saúde no município de Cametá-PA: percepções integradas da psicologia e enfermagem na atenção básica.	Daniela Baldez Diniz, Dayana de Nazaré Antunes Fernandes e João Augusto do Carmo Cardoso.
2020	Saúde da criança paraense na atenção básica: articulação entre ensino, pesquisa serviço e gestão.	Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Marcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral e Leandro Passarinho Reis Júnior.
2020	O projeto Multicampi Saúde e o fazer da psicologia na atenção básica: um relato de experiência.	Sabryna Lais Tavares de Lima, Ana Caroline dos Santos Rocha, Ananda Aline Barros Pinheiro dos Santos e Maria Lúcia Chaves Lima.
2020	Uso paródias como metodologia ativa na infância: um relato de experiência.	Kamila Mendes Negrão.
2020	Condições de trabalho das equipes de saúde da família nas capitais da Amazônia.	Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Károl Veiga Cabral, Márcio Mariath Belloc e Éric Campos Alvarenga.
2020	Relato de experiência de ação educativa sobre depressão em uma unidade básica de saúde do município de Cametá (PA).	Renata Christine da Silva Melo, Daniela Baldez Diniz e Karol Veiga Cabral.
2020	Vivências no estágio Multicampi saúde no município de Cametá (PA): percepções integradas da psicologia e enfermagem na atenção básica.	Daniela Baldez Diniz, Dayana de Nazaré Antunes Fernandes e João Augusto do Carmo Cardoso.
2020	A prática da psicologia: vivências de estagiárias em uma unidade básica de saúde de Cametá (PA).	Daniela Baldez Diniz, Renata Christine da Silva Melo e Karol Veiga Cabral.
2020	Capacitação sobre a classificação de risco para uma equipe multiprofissional em uma estratégia de saúde da família no município de Abaetetuba (PA): um relato de experiência.	Heloize de Souza Machado, Leonardo Rodrigues Dias, Lídia Gonçalves Dias, Luiz Augusto Bentes Leite e Moana Pinheiro Silva.
2020	O incentivo ao aleitamento materno em comunidade ribeirinha da Região Amazônica: um relato de experiência de perspectiva interdisciplinar.	Jamila Johana Martins Gatinho, Leonardo de Souza Louzardo, Flavia Martins Moreira Alves, Bruna Gerrits Mattos e Vanessa Silva Garcia.

Fonte: Produzida pelos autores.

O cuidado a partir de múltiplos olhares

Ao falar de serviços e cuidados em saúde na atenção básica, o Multicampi trouxe muitas contribuições, entregando possibilidades de melhora na execução do serviço; evidenciando desafios já conhecidos dentro da saúde pública; e dando enfoque a técnicas que propiciam uma maior fluidez no trabalho a ser realizado. As atividades concretizadas, pelos discentes junto às equipes de saúde, foram fundamentadas em uma proposta multidisciplinar, como pontuaram Leite *et al.* (2020) em seu relato a respeito da experiência no Multicampi. Esta forma de trabalhar estava em concordância com o que preconiza o SUS e atendia ao indicado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017). Além disso, facilitou a intervenção conjunta dos estudantes mesmo estando locados em cursos diferentes. Segundo Macena *et al.* (2020, p. 6), essa maneira de atuar “favoreceu a otimização dos atendimentos, trazendo um maior potencial resolutivo para os usuários e uma maior fluidez para a rotina da unidade”.

Dentre as atividades previamente determinadas, estavam o manejo e avaliação do uso da Caderneta da Criança e a produção de um Plano Terapêutico Singular para uma criança selecionada. Cabral *et al.* (2022) verificaram que houve: uma baixa utilização da Caderneta da Criança; um grande número de crianças sem caderneta; dificuldades no preenchimento e na preservação das cadernetas pelas famílias; e indisponibilidade de novas cadernetas no município de Cametá.

As dinâmicas de grupo, grupos terapêuticos e rodas de conversa foram opção recorrente dos participantes do projeto para pôr em prática sua intervenção em saúde. A utilização de dinâmicas tornou as ações em saúde mais fluidas e participativas, permitindo que a introdução do cuidado se desse de forma mais didática e estimulasse a iniciativa do usuário quanto ao seu autocuidado. Afonso (2006), ao falar sobre a utilização de dinâmicas de grupo na área da saúde, explicou:

Nossa proposta tem fundamentação teórica em 3 dimensões articuladas: uma dimensão psicossocial, uma dimensão clínica e uma dimensão educativa. Busca articular essas dimensões na compreensão da realidade de saúde e do ser humano biopsicossocial [...], uma vez que os problemas de saúde têm relação com valores, emoções e práticas cotidianas. (AFONSO, 2006, p. 9).

Portanto, apesar de não ser uma metodologia isolada, seu uso é uma alternativa para práticas educativas de cuidado em saúde. Diniz, Fernandes e Cardoso (2020) e Cabral *et al.* (2022) citaram a utilização de dinâmicas ao escrever sobre a experiência do Multicampi. Gatinho *et al.* (2020) relataram a utilização de roda de conversa, envolvendo as mães da comunidade e as profissionais de saúde, permitindo a troca de ideias entre ambos os lados da produção de saúde da criança e propiciando vínculo entre profissionais e usuários do sistema de saúde.

A respeito do vínculo na produção de cuidados em saúde, os participantes do projeto elencaram, em suas publicações, pontos relacionados a esta questão, demonstrando sua relevância para o exercício dos cuidados em saúde. Cabral *et al.* (2022) sinalizaram que umas das primeiras iniciativas tomadas no trabalho do projeto foi buscar a criação de vínculo com a comunidade. A respeito desta criação relacional com os usuários, Melo, Diniz e Cabral (2020) pontuaram que a

acolhida do grupo atendido se coloca como um importante elemento na promoção de saúde. Já o escrito de Oliveira *et al.* (2020) expôs a importância do acolhimento, demonstrando-o como uma postura definidora no comparecimento da comunidade nas unidades de saúde, a exemplo de uma situação de conduta não acolhedora, que acabou por afastar os usuários do serviço.

Relacionado ainda ao vínculo entre profissionais e usuários, visitas domiciliares técnicas foram realizadas por boa parte dos discentes integrantes do Multicampi. Essa forma de conduzir o atendimento possibilitou um maior vínculo entre equipe de saúde e família atendida; permitiu aos profissionais conhecerem mais profundamente a realidade dos usuários; e deu a estes a oportunidade de manterem um contato mais intimista com a rede de saúde. Amorim *et al.* (2020, p. 8) reiteraram isso no trecho em que dizem que “a visita domiciliar tem também um caráter acolhedor diferente da unidade, onde o paciente fica mais próximo da equipe, parece ser uma relação mais íntima, onde o vínculo para relatar certas situações é diferente”.

A prática profissional da atenção básica tem um viés característico, como já dito: o trabalho é multidisciplinar. Ademais, os serviços ofertados estão muito atrelados à questão da prevenção do adoecimento, implantação de qualidade de vida e promoção de saúde dentro das vivências rotineiras da população. A inserção do profissional de psicologia, direcionado para este âmbito da saúde, demanda o ajuste de certas formas de atuação tradicionais, que devem considerar novas modulações de atendimento, tanto para se adequar às propostas preventivas do serviço, quanto para abranger uma maior parte da população, considerando a alta demanda. Todavia, as publicações geradas por meio desta experiência demonstraram que a atuação das psicólogas, que dão apoio à atenção básica, geralmente localizadas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, ainda segue, em grande parte da atuação, sob moldes tradicionais.

Lima *et al.* (2020), Leite *et al.* (2020), Diniz, Fernandes e Cardoso (2020) e Diniz, Melo e Cabral (2020) relataram, em seus trabalhos, que o fazer da psicologia nesta área ainda está bastante orientado aos atendimentos individuais, que são de extrema importância e muito recomendados em determinados casos. Entretanto, a alta demanda no serviço pode sobrecarregar o profissional de psicologia, que tem a alternativa de optar por intervenções terapêuticas grupais, oficinas, grupos de reflexões e grupos de escuta. A realização de atividades em grupo também fortalece o vínculo entre membros da comunidade. Além disso, este tipo de atuação permite trabalhar com a prevenção em saúde em diversas temáticas que atravessam a saúde mental.

Trabalhar na atenção básica envolve um universo de demandas. As publicações das vivências do Multicampi transmitiram alguns dos obstáculos encontrados nesse trabalho, Machado *et al.* (2020) pontuaram a alta demanda que gera sobrecarga no serviço. Oliveira *et al.* (2020) reiteraram isso, demonstrando que a sobrecarga já faz parte da vida das enfermeiras.

Outro ponto de dificuldade mencionado por estes autores foram as angústias advindas das realidades duras das famílias atendidas nas unidades. Cabral, Oliveira e Belloc (2020) também mencionaram dificuldades relacionais entre os profissionais integrantes da equipe. A realidade de trabalho sempre impõe dificuldades e desafios aos trabalhadores. Dejours (2011; 2012) confirmou isso

ao discorrer sobre as intempéries produzidas pela forma como todo trabalho se organiza, demonstrando que a cooperação entre trabalhadores é essencial para enfrentar os desafios da rotina trabalhista.

Por outra perspectiva, a implicação dos profissionais, em sua prática de trabalho e produção de cuidado, desencadeia uma promoção de saúde que hoje se pode chamar de revolucionária no serviço público de saúde do Brasil. Nesse sentido, Campelo *et al.* (2021) expôs os impactos positivos que os cuidados da atenção básica geraram na Região Amazônica. O trabalho, de prevenção e promoção de saúde, promoveu reduções nas hospitalizações nessa região.

Possibilidades da educação em saúde

Dentre as experiências de atendimentos, cuidados e intervenção em saúde, o Projeto Multicampi gerou novas possibilidades na prestação de serviço na atenção básica. Discentes, profissionais das equipes, tutores e usuários puderam aprender sobre o processo de produzir saúde. O projeto realçou a importância da educação permanente e a relevância de experiências práticas na formação acadêmica de profissionais. Macena *et al.* (2020, p. 5) evidenciaram a importância da experiência prática para os estudantes ao afirmarem que “a aproximação e a troca de experiências entre professores e alunos, juntamente com a população, consolida o processo de ensino-aprendizagem, trazendo consigo a necessidade do confronto da teoria com a realidade”.

Sendo assim, no que tange ao ensino, à capacitação e à aquisição de conhecimento, o projeto se mostrou enriquecedor para todos os envolvidos, gerando aprendizagem em variados aspectos. Tendo em vista a perspectiva dos discentes sobre esta experiência de extensão, as vivências foram enriquecedoras para sua formação; processos do serviço de saúde primário foram compreendidos; dúvidas foram sanadas; e possibilidades de produção de soluções foram experimentadas. Macena *et al.* (2020) relataram que os acadêmicos adquiriram habilidades no manejo de consultas, compreenderam como se comunicar efetivamente com a comunidade e assim tornaram-se mais seguros para efetuar determinadas atividades de atenção à saúde. Oliveira *et al.* (2020a) reiteraram isto ao dizerem que esta relação ensino-serviço é transformadora para formação dos discentes, de forma que os qualifica para a atuação no SUS, ajusta possíveis práticas inadequadas e incorpora tecnologias do serviço ao processo de aquisição de conhecimento dos alunos.

Além disso, o fato de estarem imersos em um ambiente de prática multidisciplinar permitiu que os estudantes fossem capacitados para uma prática multiprofissional e que alçassem novos horizontes para a realização de seus trabalhos, considerando que o funcionamento de cada indivíduo é multifacetado.

No que diz respeito aos benefícios ofertados aos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, foram recorrentes os relatos de que o projeto possibilitou ações de educação permanente para os trabalhadores da saúde e de que essas ações foram enriquecedoras, tanto para a melhoria da sua atuação, quanto para a relação com os usuários. Em geral, as capacitações foram feitas a partir das necessidades emergidas pelos profissionais e estudantes participantes.

As qualificações dos trabalhadores foram feitas por meio de rodas de conversa e grupos de discussão, nos quais os estudantes optavam por abordar temáticas, certas vezes introduzindo-as com uma dinâmica ou permitindo que a fala dos profissionais abrisse caminho para a discussão de assunto relacionados à atuação profissional. Oliveira *et al.* (2020) relataram uma intervenção a respeito da conduta de acolhimento dos profissionais com intuito de melhorar a adesão da população à unidade de saúde. Machado *et al.* (2020) relataram uma atividade de capacitação para melhoria de critérios de classificação de risco e seleção de prioridade de atendimento, que estavam desajustados na unidade de saúde.

As ações educativas ofertadas aos profissionais entram no âmbito da educação permanente, que atualiza os trabalhadores sobre novas perspectivas do exercício profissional e permite o ajuste de possíveis práticas inadequadas. Diniz, Melo e Cabral (2020) pontuaram que a ausência de educação permanente favorece o modelo clínico que, apesar de suas contribuições, é insuficiente para abarcar a proposta de cuidados em saúde da atenção básica. Cabral *et al.* (2022) asseguraram que a educação permanente possibilita aos trabalhadores a obtenção de novas habilidades e novos conhecimentos, aptidão para cooperação, preparo para lidar com novas situações problemas e capacidade para criar estratégias de enfrentamento de diversas situações.

As trocas entre profissionais e discentes, portanto, favoreceram tanto aos sujeitos que encontravam imersos neste contexto de produção de saúde, quanto à fluidez do serviço, trazendo melhorias que atingem diretamente a população. Nesse câmbio, entre os indivíduos envolvidos na promoção de saúde, o projeto pôde incitar a produção de conhecimento e soluções regionais para as demandas de saúde, além de promover a participação ativa da população nesse processo (OLIVEIRA *et al.*, 2020a).

A instigação da participação ativa dos usuários nos processos de saúde proporciona a autonomia dos indivíduos nos cuidados em saúde e promove conhecimento sobre hábitos de cuidado, facilitando que a prevenção do adoecimento faça parte da rotina da população. O projeto suscitou o exercício de variadas ações educativas para a população, que consideraram os diversos aspectos que compõem a saúde (físico, psíquico e social) e agregaram saberes dos vários cursos incluídos no projeto para distribuição, à população, de conhecimento sobre concepções e condutas saudáveis.

Ações foram realizadas de forma dinâmica para propiciar uma maior adesão da população. Dessa forma, foram utilizadas diversas estratégias pedagógicas, como dinâmicas, rodas de conversa e ensino de maneira lúdica. Em geral, as ações foram conduzidas dentro do espaço da unidade de saúde ou na casa dos indivíduos (quando feitas em visita domiciliar), mas também houve relatos de ações realizadas em ambientes externos.

Ações socializaram informações sobre saúde, esclareceram dúvidas da população e engajaram o cuidado ativo dos usuários. Os estudantes ofereceram orientações em saúde e demonstraram novas possibilidades de cuidados e hábitos saudáveis ao grupo ao qual a intervenção era direcionada.

O foco na saúde da criança e das famílias

Tendo em vista o enfoque do Multicampi na saúde da criança, foram muito frequentes as ações relacionadas ao aleitamento materno. Gatinho *et al.* (2020) realizaram uma dinâmica de mitos e verdades a respeito da amamentação para esclarecer dúvidas e romper estigmas a respeito deste tema. Cabral *et al.* (2022) apresentaram um relato em sua produção, no qual uma aluna explanou sobre a realização de ações de saúde relacionadas ao aleitamento e ao desenvolvimento infantil, entre outros assuntos pertinentes à população envolvida. Lima *et al.* (2020) também mencionaram a orientação para os pais a respeito da saúde da criança. Amorim *et al.* (2020) relataram uma orientação, feita em ambiente domiciliar, direcionada à realidade daquela família que possuía bebê em fase de amamentação.

As produções, fruto do projeto, demonstram que as explicações de saúde foram direcionadas para diversos públicos, tais como: mãe, pais, idosos, crianças e população em geral. Os estudantes de nutrição estiveram ativos em entregar estratégias para que as famílias pudessem se aproximar de hábitos alimentares que trouxessem maior qualidade de vida, considerando a cultura alimentar de cada família e sua realidade econômica. Negrão (2020) relatou uma iniciativa de conscientização de crianças em relação ao consumo de alimentos nutricionalmente importantes com a utilização de métodos lúdicos, para possibilitar à criança ciência e autonomia em sua relação com a comida. As ações foram planejadas e pautadas em integralidade, oferecendo, a cada público, um conhecimento acessível e coerente com sua realidade.

A produção de conhecimento permeou as práticas do Multicampi, democratizando informações que se estenderam para além dos envolvidos no projeto e procuraram alcançar a população em geral. O projeto também teve como pretensão a produção de conhecimento científico e acadêmico para ciência da população; a utilização de diversos profissionais; e o embasamento para gestão. Essa intenção foi devidamente alcançada com a produção dos diversos trabalhos analisados neste presente capítulo.

Dessa forma, os dados, gerados pelo Multicampi (informações populacionais, relatórios de atuação na atenção básica e publicações a respeito das experiências vividas pelos participantes), se constituem em um material extenso para utilização da gestão de saúde.

Desafios ainda presentes

Os desafios encontrados na atuação e no funcionamento da atenção básica ainda são numerosos. O melhor funcionamento possível da atenção básica repercute nos demais níveis de atenção e no controle de problemas de saúde pública. Segundo Campelo *et al.* (2021), atentar para prevenção nesse nível de cuidado e administrar as formas de promover saúde entre os diferentes níveis otimiza os atendimentos e controla os gastos com saúde de uma melhor maneira. Os investimentos na atenção básica são de total relevância para assistência em saúde já que, com eles, se produzirá a base de cuidados do SUS (CABRAL *et al.*, 2022). Neste ponto, está um dos maiores

desafios em gerir esta camada da saúde pública, pois, de acordo com Oliveira *et al.* (2020b), o Norte é uma das regiões que apresentam menor gasto em saúde *per capita*, o que já aponta para um obstáculo na produção de saúde.

Dentre os pontos encontrados como questões para a gestão buscar soluções, estão: a falta de oferta de cadernetas; a falta de profissionais de psicologia para dar apoio ao trabalho feito na atenção básica; a alta demanda em saúde mental que causa sobrecarga nos profissionais; a alta rotatividade de profissionais das Equipes de Saúde da Família; o problema de alta demanda que impede que os profissionais das equipes tenham espaço de tempo para planejamento de ações de saúde; a falta de cobertura assistencial no território; e a precariedade na comunicação em rede no município de Cameté.

Oliveira *et al.* (2020b) expuseram a situação da dificuldade, por parte dos trabalhadores, de construir um planejamento de ações de saúde, por estarem assoberbados com a elevada demanda de atendimentos das unidades. Isso prejudica a implementação de projetos de prevenção a doenças e quadros patológicos, acabando por criar um ciclo vicioso, no qual a prevenção fica fragilizada, propiciando o aparecimento de um cenário adoecido e mantendo altas as demandas de atendimento para cura, contexto que poderia ser evitado se houvesse espaço para ações preventivas.

Quanto à ligação entre projeto e gestão, os tutores do Multicampi (professores que davam orientação diária para atuação dos alunos) possuíam contato direto com a gestão para prestação de contas e resolução de questões burocráticas a respeito do funcionamento, estruturação e logística.

Após a experiência em campo nas unidades de saúde, os desafios encontrados foram desde a falta de instrumentos de trabalho (como as Cadernetas da Criança), até a falta de profissionais. Dentro de um cenário de diminuição de verbas para investimentos na área, as dificuldades em alcançar as melhorias são muitas, mas cabe às equipes de gestão municipal traçarem formas possíveis de melhoria, frente às dificuldades no funcionamento da atenção básica. O Projeto Multicampi surge como possibilidade de uma visão panorâmica do que precisa ser ajustado, oferecendo matérias e fundamentações sistemáticas para que a gestão possa planejar ajustes e promover uma nova realidade para os profissionais que atuam em torno da atenção básica e, em consequência, para os indivíduos que usufruem destes serviços.

Considerações finais

Avaliando todos os âmbitos alcançados pelo Projeto Multicampi, é coerente afirmar que este não apenas alcançou suas expectativas como teve grande repercussão na formação de graduandos e profissionais da saúde, o que consistia em sua principal proposta. Em geral, avalia-se o projeto de forma muito positiva, porém com diversos desafios a serem enfrentados.

O projeto possuiu uma função social extremamente relevante, não só para a universidade como a sociedade como um todo. Ele proporcionou uma maior aproximação do fazer universitário com a comunidade, levando discentes de dez diferentes cursos da área da saúde a terem um contato

com a prática de suas futuras profissões. Contribuiu, também, para a gestão das prefeituras envolvidas à medida em que produziu reflexões sobre os processos de trabalho e aumentou as possibilidades de atuação das equipes de atenção básica, agora contando com a presença de docentes e discentes da universidade.

Sendo assim, o Multicampi foi um produtor de conhecimento rico em saber, no qual os envolvidos foram para além das ideias da academia e encontraram o saber regional. Afora isso, eles incluíram na sua prática de trabalho aspectos culturais, gerando uma mudança de perspectiva sobre o que é fazer saúde na Região Amazônica, compreendendo que o trabalho no SUS se constrói no vínculo, para além da técnica. A articulação de ensino, gestão e serviço gerou aprendizado, material, ciência e possibilidade de melhora nos cuidados em saúde da atenção básica, fornecendo um arcabouço de informações para o melhor entendimento do funcionamento prático da atenção básica na Região Norte.

A união de conhecimento técnico e conhecimento empírico, trazida pelo projeto, mudou a visão dos discentes participantes e produziu a possibilidade de uma nova maneira de formar profissionais da saúde, podendo, portanto, ser considerada como uma experiência revolucionária.

Referências

AFONSO, Maria Lucia Miranda (org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Casa do psicólogo, 2006.

AMORIM, Luana Karolina dos Santos *et al.* A importância das visitas domiciliares multidisciplinares na atenção primária: um relato de experiência a partir do projeto Multicampi. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=multicampi>>. Acesso em: 21 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017.

CABRAL, Karol Veiga *et al.* **Multicampi Saúde: uma experiência de formação em saúde na Amazônia brasileira**. Belém: Cebes, 2022.

CABRAL, Karol Veiga; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; BELLOC, Márcio Mariath. A experiência do Multicampi Saúde UFPA: acompanhando percursos formativos. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=multicampi>. Acesso em: 21 ago. 2022.

CAMPELO, Vânia Cristina *et al.* Evidence of the effect of primary care expansion on hospitalizations: Panel analysis of 143 municipalities in the Brazilian Amazon. **Plosone**, v. 16, n. 4, p. e0248823, 2021.

CUNHA, Carlos Leonardo Figueiredo *et al.* Análise da atenção primária à saúde no Estado do Pará. *In: Análise da atenção primária à saúde no Estado do Pará*. 2022. p. 277-277.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416297>. Acesso em: 10 nov. 2022.

DEJOURS, Christophe. Addendum: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR, Laerte Idal* (org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 57-123.

DEJOURS, Christophe. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação**. Brasília: Paralelo 15, 2012.

DINIZ, Daniela Baldez; FERNANDES, Dayana de Nazaré Antunes; CARDOSO, João Augusto do Carmo Cardoso. Vivências no estágio Multicampi Saúde no município de Cametá-PA: percepções integradas da psicologia e enfermagem na atenção básica. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=Daniela+Baldez+Diniz>. Acesso em: 22 ago. 2022.

DINIZ, Daniela Baldez; MELO, Renata Christine Silva; CABRAL, Karol Veiga. A prática da psicologia: vivências de estagiárias em uma unidade básica de saúde de Cametá (PA). **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=Daniela+Baldez+Diniz>. Acesso em: 22 ago. 2022.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues ALMEIDA, Patty fidelis de; BOUSQUAT, Aylene. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. *In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al.* (org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p.51-72.

GARNELO, Luiza. Especificidades e desafios das políticas públicas de saúde na Amazônia. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00220519>. Acesso em: 10 nov. 2022

GATINHO, Jamila Johana Martins *et al.* O incentivo ao aleitamento materno em comunidade ribeirinha da Região Amazônica: um relato de experiência de perspectiva interdisciplinar. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=O+incentivo+ao+aleitamento+materno>. Acesso em: 22 ago. 2022.

LEITE, Rafael José de Oliveira *et al.* O lugar da psicologia na atenção básica: a experiência de um estudante no estágio Multicampi Saúde. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=multicampi>. Acesso em: 21 ago. 2022.

LIMA, Sabryna Lais Tavares de *et al.* O projeto Multicampi-Saúde e o fazer da psicologia na Atenção Básica: um relato de experiência. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=Ana+Caroline+dos+Santos+Rocha>. Acesso em: 22 ago. 2022.

MACENA, Jennifer Karen Ferreira *et al.* Percepção de discentes de enfermagem acerca do estágio Multicampi Saúde em Abaetetuba – Pará: um relato de experiência. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt->

br/evento/8/standalone/anais/?title=multicampi. Acesso em: 21 ago. 2022.

MACHADO, Heloize de Souza *et al.* Capacitação sobre a classificação de risco para uma equipe multiprofissional em uma estratégia de saúde da família no município de Abaetetuba (PA): um relato de experiência. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=Capacita%C3%A7%C3%A3o+sobre+a+classifica%C3%A7%C3%A3o+de+risco>. Acesso em: 22 ago. 2022.

MELO, Renata Christine da Silva; DINIZ, Daniela Baldez; CABRAL, Karol Veiga. Relato de experiência de ação educativa sobre depressão em uma unidade básica de saúde do município de Cametá – Pará. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=Daniela+Baldez+Diniz>. Acesso em: 22 ago. 2022.

NEGRÃO, Kamila Mendes. Uso paródias como metodologia ativa na infância: um relato de experiência. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=Kamila+Mendes+Negr%C3%A3o>. Acesso em: 22 ago. 2022.

OLIVERA, Anderson Reis de *et al.* A importância do acolhimento da população usuária dos serviços na atenção primária e possíveis contribuições da psicologia: um relato de experiência a partir do projeto Multicampi Saúde. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=multicampi>. Acesso em: 20 ago. 2022.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de *et al.* Saúde da criança paraense na atenção básica: articulação entre ensino, pesquisa serviço e gestão. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020a. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/pt-br/evento/8/standalone/anais/?title=Leandro+Passarinho+Reis+Junior>. Acesso em: 21 ago. 2022.

OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de *et al.* Condições de trabalho das equipes de saúde da família nas capitais da Amazônia. **Anais do 14º Congresso Internacional da Rede Unida**. Niterói: Rede Unida, 2020b. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/ptbr/evento/8/standalone/anais/?title=Eric+Campos+Alvarenga>. Acesso em: 22 ago. 2022.

SILVA, Michele Lins Aracaty *et al.* Vulnerabilidade social, fome e pobreza nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil. In; ALMEIDA, Flávio Aparecido de. **Políticas Públicas, Educação e Diversidade: Uma Compreensão Científica do Real**. Guarujá, SP: Científica Digital, 2020. p. 1085-1105. Disponível em: <https://doi.org/10.37885/200700618>. Acesso em: 10 nov. 2022

CAPÍTULO 7 |

Multicampi Saúde: a vigilância em evidência pela caderneta da criança

Lídia Dias Gonçalves
Silvia Helena Arias Bahia

Caderneta da Criança: sentinela da infância

A infância é uma fase de intensas transformações fisiológicas exigindo observação ampla e longitudinal. Compreender a importância da sistematização do processo de vigilância do crescimento e desenvolvimento, também chamado de puericultura, é indispensável para a boa prática clínica. Sua omissão representa um problema de saúde pública a ser sanado com a melhor formação dos profissionais envolvidos na prevenção, promoção e recuperação da saúde da criança, do nascimento até os 9 anos de idade (BRASIL, 2012; 2022a).

Nesse sentido, a Caderneta da Criança consiste em um material de fácil manuseio, com informações gerais sobre o nascimento, registros de dados antropométricos, marcos do desenvolvimento, imunização, atendimento odontológico, suplementação de micronutrientes e orientações sobre este ciclo de vida. Seu uso correto, permite a identificação precoce de alterações no neuro-desenvolvimento e avaliação retrospectiva dos agravos frequentes na infância, tais como a perda de peso por doenças diarreicas, representando uma ferramenta central de atenção integral à saúde da criança e requerendo padronização técnica em sua prática (BRASIL, 2021).

Este capítulo parte da reflexão crítica das dificuldades encontradas durante a vivência de estágio em uma Estratégia Saúde da Família (ESF), no projeto de extensão Multicampi Saúde da Criança, realizado no município de Abaetetuba (PA), em janeiro de 2020, desenvolvido sob a responsabilidade técnica da Universidade Federal do Pará (UFPA), em parceria com o Ministério da Saúde (MS) e Secretaria Estadual de Saúde do Pará (SESPA).

Na realização das atividades, identificou-se que o preenchimento da Caderneta da Criança estava em desacordo ao preconizado pelo MS, seja durante o peso realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou nas consultas de profissionais de nível superior, interferindo nas ações de assistência à saúde. Essa realidade foi observada em outras ESF, nos anos de 2021 e 2022, sinalizando a pertinência de relatar a experiência vivida da fragilidade da vigilância pelo uso da caderneta, em momentos distintos, enquanto estudante e como profissional médica.

Multicampi Saúde e prática profissional: semelhanças em cenários distintos

Ainda que a importância do registro dos dados de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança seja um tema continuamente debatido durante a formação acadêmica, no exercício profissional, é possível notar limitações ou até mesmo a omissão desta tarefa no cotidiano, fato que merece maior atenção de todos os envolvidos, pois a falta de informações essenciais para o acompanhamento do indivíduo repercute diretamente na análise epidemiológica de uma população.

É importante ressaltar que a inquietação vivenciada no Multicampi se justifica, atualmente, pela observação de continuidade desta situação-problema em três unidades de saúde diferentes das quais se deu a primeira experiência, não obstante, não há pretensão em generalizar tal prática devido a necessidade de reprodutibilidade desta observação em outros cenários.

Falhas em relação ao preenchimento da Caderneta da Criança vêm sendo sinalizadas há mais de uma década. Sardinha e Pereira (2011) demonstraram que apenas uma entre cinco crianças, que apresentavam o Cartão da criança avaliado em seu estudo, teve seu peso registrado adequadamente nas consultas recomendadas pelo MS. Observaram ainda, que a situação se agravava a cada aumento de faixa etária, quando a maioria dos responsáveis procurava a unidade de saúde apenas em casos de urgência, comprometendo, assim, o aspecto preventivo da Atenção Primária em Saúde (APS).

No contexto atual, de comunicação instantânea em rede, o conhecimento e o compromisso de pais e responsáveis são imprescindíveis para evitar a divulgação de informações falsas ou mal interpretadas, além da influência da rede de contatos intrafamiliar e em seu entorno. Nem sempre é realizada análise criteriosa das opiniões colhidas, podendo ocorrer exposição da criança a riscos decorrentes desses informes, a exemplo do fortalecimento dos grupos antivacina durante a pandemia do covid-19 (PINTO *et al.*, 2020), realidade que impactou diretamente o Programa Nacional de Imunização (PNI).

Ao analisar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) identificou-se, no Brasil, apenas 63% de cobertura vacinal para crianças menores de 1 ano na APS (contra difteria, tétano, coqueluche, poliomielite, hepatite b e Influenza b), no primeiro quadrimestre de 2022, despertando um alerta sobre a qualidade do cuidado prestado à saúde da criança. A Região

Norte apresentou o pior desempenho (53%), sendo destaque o estado do Amapá, com apenas 28% da população vacinada nesta faixa etária (BRASIL, 2022b).

Essa conjuntura evidencia que, apesar do acesso à informação e das ações realizadas durante a consulta de puericultura, persiste a necessidade em se discutir novas metodologias para a capacitação de toda a equipe da APS, com forte incentivo ao registro adequado dos dados colhidos. Pelo exposto, objetiva-se a reflexão, dos acadêmicos e profissionais de saúde, sobre sua atuação na vigilância do crescimento e desenvolvimento, em relação às ações efetivas e permanentes de registros na Caderneta da Criança na parte “Registros do acompanhamento da criança”, por meio da exemplificação dos principais erros nessa atividade, propondo soluções para uniformizá-la.

Vigilância do crescimento e desenvolvimento: um olhar sobre a APS

O acompanhamento regular da criança na APS é indicado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída com a Portaria nº 1.130 de 5 de agosto de 2015, por meio da qual são propostas várias estratégias para orientar e qualificar o cuidado integral, principalmente na primeira infância (0 a 6 anos), ocasionando menor morbimortalidade dessa população e melhores condições de desenvolvimento, que, por sua vez, influenciam positivamente nas condições de saúde do país. Investir na assistência adequada às crianças é, ainda, uma medida preventiva a agravos crônicos na vida adulta, com benefícios observáveis em médio e longo prazo (BRASIL, 2018). A PNAISC é estruturada em 7 eixos conforme apresentado no quadro 1

Quadro 1 – Eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)

Eixo	Descrição
I	Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido
II	Aleitamento materno e alimentação complementar saudável
III	Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral
IV	Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas
V	Atenção integral a crianças em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz
VI	Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade
VII	Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

Fonte: Adaptado de Brasil (2018).

O cotidiano da vigilância do crescimento e desenvolvimento na atenção básica à saúde, remete a preocupações com o registro adequado dos dados da consulta de puericultura e suscita a busca por intervenções para os problemas encontrados na rede de atenção à saúde. Fatores de interferência para o registro dos dados na caderneta são referidos por Araújo *et al.* (2021), que relacionam o sucesso desta tarefa: ao conhecimento de sua importância pelos cuidadores da criança; à qualificação profissional; ao tempo de consulta; e à presença do documento no atendimento.

O conhecimento dos pais e o preenchimento da caderneta são identificados como nós críticos por Coelho *et al.* (2021), que destacam a mãe como a principal responsável pelo cuidado da criança e enfatizam a importância da orientação realizada por um profissional capacitado, referindo

que de 19 mulheres (dentre 22 entrevistadas), apenas 5 foram orientadas (4 por um profissional médico e 1 por um enfermeiro) e, dessas 5, apenas 3 conseguiram compreender as informações repassadas. Os autores citam ainda que a imunização é a etapa com maior registro, contrapondo com o registro do Índice de Massa Corporal (IMC), o que corrobora os achados de Freitas *et al.* (2019) que, ao avaliarem 420 Cadernetas de Saúde, identificaram apenas 111 com o registro satisfatório para imunização (99,3%) e em 202 avaliações, somente 18,1% tinham alguma anotação sobre marcos do desenvolvimento.

A capacitação, para anotações neste documento na alta das maternidades, foi discutida por Marques *et al.* (2021), que fizeram seguimento posterior em domicílio, com 230 carteiras avaliadas, reconhecendo que os dados de sinais vitais, orientações sobre acidentes e consulta de 3º e 4º trimestres foram negligenciados e ressaltando a necessidade de maior sensibilização dos profissionais. Costa *et al.* (2021) reafirmam a importância desse instrumento para a prevenção e promoção de saúde da criança.

Uma das propostas de intervenção para esta situação-problema é a formação continuada nos serviços de saúde, na qual o treinamento de toda a equipe é imprescindível para a melhoria do atendimento prestado. Esse tipo de método se mostra efetivo devido à possibilidade de interação entre os profissionais, além de permitir o exercício prático e correções em grupo dos temas discutidos (FRANKUKOSKI *et al.*, 2021). Por permitir o conhecimento da história da criança e oportunizar o planejamento das ações de vigilância do crescimento e desenvolvimento nas condições de prematuridade ou na existência de intercorrências significativas (como anóxia e icterícia), outra estratégia bem-sucedida, de proteção à saúde na infância, foi a produção de um panfleto informativo aos profissionais das maternidades para o preenchimento das informações do pré-natal, parto e pós-natal na Caderneta da Criança (GRANGEIRO; VENÂNCIO, 2021).

O conhecimento do ACS sobre o conteúdo da caderneta foi objeto de estudo de Santos *et al.* (2020), que realizaram entrevistas semiestruturadas com 109 agentes de vários municípios de Pernambuco, com quase 100% de nomeação da imunização como conteúdo das ações informativas realizadas durante seus encontros com os usuários e 60,4% relatando utilizar o quadro de marcos do desenvolvimento em sua atuação. Isso demonstra a relevância de toda a equipe de saúde na execução da vigilância do crescimento e desenvolvimento.

Evolução da Caderneta da Criança – um pouco de história

O direito à saúde desde o nascimento é previsto na Constituição Federal (BRASIL, 2016), com obrigatoriedade do Estado e da família para sua garantia. Todo recém-nascido em ambiente de maternidade pública ou privada deve receber uma cópia gratuita da Caderneta da Criança, com registro dos dados do parto e cuidados pós-natais preenchidos, além de orientar a procura de um serviço de saúde para continuidade do cuidado (BRASIL, 2022a, COELHO *et al.*, 2021).

Esse recurso foi criado na década de 70 com o nome “Caminho da Saúde”, contendo um gráfico de registro do peso. Em 1984, o MS propôs o Cartão da Criança, para menores de 5 anos, com conteúdo sobre aleitamento materno, controle de infecções respiratórias, doenças diarreicas agudas e incentivo à imunização.

Ao longo dos anos, foram 12 edições dos antigos modelos (Figura 1) e, em 2019, surgiu a Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania, atualmente em sua 3ª edição (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2022; SARDINHA; PEREIRA, 2011).

Figura 1 – Modelos de Cartão e Caderneta da Criança



Fonte: <https://www.medicina.ufmg.br/observaped/projetos/caderneta-de-saude-da-crianca/>

Desde 2009, a caderneta (Figura 2) contém duas partes. A primeira, em linguagem simples “para a família e cuidadores”, trata dos direitos da criança, cuidados gerais, prevenção de acidentes e identificação de atrasos no desenvolvimento.

A segunda, técnica: “registros do acompanhamento da criança”, traz testes de triagem neonatal, gráficos do crescimento por faixa etária (perímetro cefálico de 0 a 2 anos, peso, estatura, Índice de Massa Corpórea), marcos do desenvolvimento, consulta odontológica e imunização.

A partir de 2017, houve a inclusão de rastreio para Transtornos do Espectro Autista e acompanhamento de prematuros (BRASIL, 2022a; CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2022).

Figura 2 – Caderneta da Criança - menina e menino



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Preenchimento da Caderneta da Criança na prática: em que podemos melhorar?

Para fins didáticos, serão considerados nesta seção apenas a parte relativa ao preenchimento pelos profissionais de saúde: “Registros do acompanhamento da criança”.

Registro das consultas

Nesta seção (Figura 3), existe local para anotação de dados relativos à assistência em saúde do nascimento até os 3 anos de idade, com espaço destinado ao registro de anamnese e exame físico das consultas do nascimento, aos 1º / 2º / 4º / 6º / 9º / 12º / 15º / 18º / 24º e 36º meses de vida. A identificação do profissional que realizou cada tarefa é essencial para a veracidade das informações, além de ser direito do usuário e previsto nos códigos de ética.

Figura 3 – Seção de registro das consultas

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS

Triagers Neonatais

Consulta da 1ª Semana

Nas páginas a seguir haverá quadros e tabelas que devem ser preenchidos com informações sobre a saúde da sua filha. É neles que serão registrados o peso, a altura, a vacina e o desenvolvimento, por exemplo. Levar essas informações para casa é um direito seu. Profissionais e trabalhadores de saúde! As páginas seguintes deverão ser preenchidas nos momentos de contato com a criança e seus familiares. Não se esqueçam de preenchê-las! As informações sobre o pré-natal e o parto devem ser preenchidas nos locais onde foram prestadas essas assistências e são fundamentais para a vigilância da saúde integral da criança, com destaque para o seu desenvolvimento. Equipe de Atenção Básica! O preenchimento da Caderneta permite que os familiares e cuidadores se apropriem das informações sobre a saúde da criança. Aproveite esta oportunidade para conversar com as famílias e envolvê-las no processo de cuidado!

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

No item “Vigiando a pressão arterial” (Figura 4), é importante registrar os valores a partir dos 3 anos de idade, servindo como medida de promoção da saúde e prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) como a hipertensão arterial.

Figura 4– Seção de registro das medidas de pressão arterial a partir dos 3 anos

Vigiando a pressão arterial (PA)

A aferição da PA nas consultas de rotina deve ser realizada obrigatoriamente a partir dos 3 anos de idade. Dependendo da história familiar de doenças cardiovasculares e do grau de sobrepeso ou obesidade da criança, a PA deve ser medida com maior frequência.

Data	Idade	Peso (g)	Estatura (cm)	Perímetro Cefálico (cm)	IMC

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Vigilância do desenvolvimento

Aqui estão identificados os principais marcos que devem ser alcançados (do nascimento aos 72 meses), além de tabela adicional de registro do desenvolvimento dos 6 aos 10 anos (Figura 5). Após a observação da criança ou de acordo com o relato do cuidador, deve-se preencher as lacunas com as letras correspondentes (P: presente, A: ausente e NV: não verificado), a fim de reconhecer a idade de início e a idade limite, para o alcance do marco correspondente àquela idade, servindo como alerta de possíveis atrasos e permitindo a elaboração de intervenções precoces.

Figura 5 – Marcos do desenvolvimento do nascimento aos 6 meses

Marcos	Como pesquisar	Idade em meses						
		0	1	2	3	4	5	6
Postura: pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas com a barriga para cima; observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.	P						
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30 cm acima do rosto da criança. Observe se a criança olha para você, de forma evidente.	P						
Reage ao som	Fique atrás da criança e bata palmas ou balance um chocalho a cerca de 30 cm de cada orelha da criança e observe se ela reage ao estímulo sonoro com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.	A						
Eleva a cabeça	Coloque a criança de bruços (barriga para baixo) e observe se ela levanta a cabeça, desencosta o queixo da superfície, sem virar para um dos lados.	P						
Sorri quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.		P					
Abre as mãos	Observe se em alguns momentos a criança abre as mãos espontaneamente.		P					
Emite sons	Observe se a criança emite algum som, que não seja choro. Caso não seja observado pergunte ao acompanhante se faz em casa.		NV					
Movimenta os membros	Observe se a criança movimentava ativamente os membros superiores e inferiores.							
Responde ativamente ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse “conversando” com você. Pode pedir que a mãe o faça.							
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Esta deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.							
Emite sons, ri alto	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gugu, eeee, etc), veja se ela ri emitindo sons (gargalhada).							
Levanta a cabeça e apoia-se nos antebraços, de bruços	Coloque a criança de bruços, numa superfície firme. Chame sua atenção a frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.							
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.							
Leva objetos a boca	Ofereça um objeto na mão da criança e observe se ela o leva a boca.							
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocalho, etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.							
Muda de posição (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruços.							

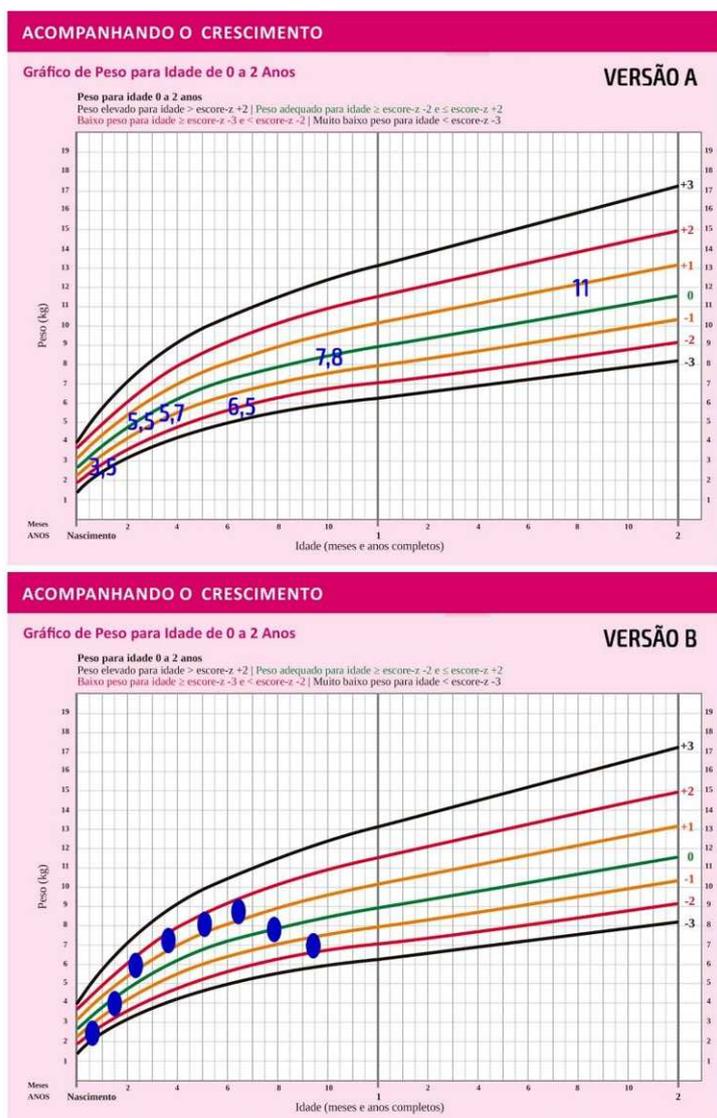
Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Vigilância do crescimento

O crescimento pândero-estatural é avaliado por meio do peso, estatura e IMC, estratificados em faixas etárias de 0 a 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos). O crescimento cefálico, por sua vez, só é medido dos 0 a 2 anos, quando ocorre o maior desenvolvimento neuronal do ser humano. A análise dos dados segue a segmentação em porcentagens do gráfico (escores-z de -3 a +3), com auxílio de legenda informativa do significado para interpretação das informações. Por exemplo, o peso entre os escore-z -2 e +2 representa o peso adequado para a idade, enquanto valores inferiores a -3 estão relacionados a muito baixo peso.

Para o melhor aproveitamento deste recurso, deve ser realizada a sinalização adequada dos dados obtidos no exame físico. A figura 6 a seguir exemplifica (versão a) uma situação corriqueira que é a anotação de valores e/ou datas impedindo a visualização da curva de crescimento do item peso para idade. Em sua versão b há o adequado apontamento, por pontos devidamente preenchidos formando a imagem de uma curva.

Figura 6 – Gráfico do peso dos 0 a 2 anos para meninas



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Acompanhamento odontológico

A saúde bucal deve ser incentivada antes da erupção dentária, com prioridade para atividades de prevenção e promoção, e registro (Figura 7) de todos os encontros individuais e/ou coletivos.

Figura 7 – Registro de saúde bucal

O formulário é dividido em duas partes principais:

- ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO:**
 - Odontograma da Primeira Dentição:** Apresenta diagramas superior e inferior com legendas coloridas para diferentes tipos de dentes e suas idades de erupção:
 - Incisivo central: Superiores (± 10 meses), Inferiores (± 8 meses)
 - Incisivo lateral: Superiores (± 11 meses), Inferiores (± 13 meses)
 - Cantão: Superiores (± 19 meses), Inferiores (± 20 meses)
 - 1ª Molar: Superiores (± 16 meses), Inferiores (± 16 meses)
 - 2ª Molar: Superiores (± 28 meses), Inferiores (± 26 meses)
 - Dentição:** Diagramas superior e inferior com espaço para marcar dentes cariados (X).
- Registro das Consultas Odontológicas:** Tabela com 5 colunas: Data da consulta, Dente(s), Procedimentos / orientações realizadas, Data de retorno e Assinatura / carimbo e unidade de saúde. Possui 15 linhas para registro.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Suplementação de micronutrientes

Toda criança deve receber suplementação de micronutrientes (Figura 8) como medida preventiva. Do nascimento até os 5 anos incompletos tem-se a suplementação de vitamina A, que pode ser realizada diariamente em conjunto com a vitamina D (até os 3 anos), ou como recomendado na política do MS de administrar uma megadose semestral.

Figura 8 – Dispensação de suplementação de micronutrientes

REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES

Suplementação de Vitamina A
 Anote no quadro abaixo a data em que a criança recebeu a megadose de vitamina A e a assinatura do profissional de saúde que suplementou a criança.
 Megadose de Vitamina A (6 meses a 4 anos e 11 meses)

Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____
Data: ___/___/___	Data: ___/___/___	Data: ___/___/___
Ass.: _____	Ass.: _____	Ass.: _____

Suplementação de Ferro ou Outros Micronutrientes
 Anote no quadro abaixo a data e a idade que a criança recebeu a suplementação de ferro ou outro suplemento de micronutrientes, qual o produto e a assinatura do profissional de saúde que entregou o suplemento.

Data da entrega	Idade da criança	Suplemento distribuído	Quantidade distribuída	Assinatura

REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Quanto à suplementação de ferro, esta deve ocorrer de acordo com a idade gestacional em que ocorreu o parto e o peso de nascimento. Por exemplo, em lactentes nascidos a termo e com peso maior ou igual a 2.500g, é indicada 1 mg/kg de ferro elementar a partir dos 3 meses de idade para a prevenção de anemia ferropriva endêmica em nosso país.

Imunização

Observa-se que este item da Caderneta da Criança (Figura 9) era o mais utilizado no Multicampi Saúde, se mantendo na prática profissional e nos estudos que subsidiaram o referencial teórico deste capítulo. Para seu bom aproveitamento, cada vacina deve ser identificada com o lote e o profissional que administrou nos quadros correspondentes, com aprazamento das próximas doses.

Figura 9 – Registro de imunização

VACINAÇÃO

Calendário Nacional de Vacinação da Criança

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Até 6 meses	Vacina BCG	Uma dose	Tuberculose grave de transmissão parenteral e meningite
	Vacina hepatite B (tríplice) (HBV)	Dois em lactar	Hepatite B
2 meses	Vacina albumina difteria, tétano, pertussis, hepatite B (tríplice) (DTPa)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pela <i>Haemophilus influenzae</i> B
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (tríplice) (VPP)	1ª dose	Poliomielite
3 meses	Vacina pneumocócica 13-valente (Conjugada) (Pneumo 13)	1ª dose	Infecção invasiva (tubo meningite e pneumonia) e otite média aguda, causada pelas 13 variedades de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina rotavírus humano G1P13 (VRR)	1ª dose	Diarreia por rotavírus (<i>Rotavirus</i>)
4 meses	Vacina meningocócica C (Conjugada) (Meningo-C)	1ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorotipo C
	Vacina albumina difteria, tétano, pertussis, hepatite B (tríplice) (DTPa)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pela <i>Haemophilus influenzae</i> B
4 meses	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (tríplice) (VPP)	2ª dose	Poliomielite
	Vacina pneumocócica 13-valente (Conjugada) (Pneumo 13)	2ª dose	Infecção invasiva (tubo meningite e pneumonia) e otite média aguda, causada pelas 13 variedades de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
5 meses	Vacina meningocócica C (Conjugada) (Meningo-C)	2ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorotipo C
	Vacina albumina difteria, tétano, pertussis, hepatite B (tríplice) (DTPa)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e infecções causadas pela <i>Haemophilus influenzae</i> B
6 meses	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (tríplice) (VPP)	3ª dose	Poliomielite
	Vacina febre amarela (vacina) (FA)	Uma dose	Febre amarela
9 meses	Vacina pneumocócica 13-valente (Conjugada) (Pneumo 13)	3ª dose	Infecção invasiva (tubo meningite, pneumonia e otite média aguda, causada pelas 13 variedades de <i>Streptococcus pneumoniae</i>
	Vacina meningocócica C (Conjugada) (Meningo-C)	3ª dose	Doença invasiva causada pela <i>Neisseria meningitidis</i> do sorotipo C
12 meses	Vacina sarampo, coqueluche, rubéola (Tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, coqueluche e rubéola
	Vacina albumina difteria, tétano e pertussis (DTP)	1ª refeição	Difteria, tétano e coqueluche
15 meses	Vacina poliomielite 1 e 2 (tríplice) (VPP)	2ª refeição	Poliomielite
	Vacina albumina hepatite A (tríplice) (Hepa A)	1 dose	Hepatite A
18 meses	Vacina sarampo, coqueluche, rubéola e varicela (Tetra viral)	1 dose	Sarampo, coqueluche, rubéola e varicela
	Vacina albumina difteria, tétano e pertussis (DTP)	2ª refeição	Difteria, tétano e coqueluche
4 anos	Vacina febre amarela (vacina) (FA)	2ª dose	Febre amarela
	Vacina poliomielite 1 e 2 (tríplice) (VPP)	3ª refeição	Poliomielite
5 anos	Vacina varicela (vacina) (VAC)	1 dose	Varicela
	Vacina pneumocócica 23-valente (Pneumo 23)	1 dose	Faixa etária com alta incidência, indicada para prevenção na população vulnerável
6 anos	Vacina papilomavírus humano 16, 18 e 45 (tríplice) (HPV)	2 doses (9 a 13 anos)	

1. O calendário de vacinação da criança é baseado no calendário de vacinação do Brasil, disponível em: www.brasilsaude.gov.br.
2. A vacina de febre amarela é indicada para crianças e adultos em áreas de risco de transmissão da doença.
3. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
4. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
5. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
6. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
7. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
8. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
9. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
10. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
11. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
12. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
13. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
14. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
15. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
16. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
17. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
18. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
19. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
20. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
21. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
22. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
23. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
24. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
25. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
26. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
27. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
28. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
29. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
30. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
31. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
32. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
33. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
34. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
35. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
36. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
37. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
38. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
39. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
40. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
41. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
42. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
43. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
44. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
45. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
46. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
47. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
48. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
49. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
50. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
51. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
52. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
53. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
54. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
55. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
56. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
57. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
58. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
59. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
60. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
61. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
62. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
63. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
64. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
65. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
66. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
67. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
68. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
69. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
70. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
71. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
72. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
73. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
74. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
75. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
76. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
77. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
78. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
79. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
80. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
81. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
82. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
83. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
84. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
85. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
86. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
87. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
88. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
89. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
90. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
91. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
92. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
93. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
94. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
95. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
96. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
97. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
98. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
99. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.
100. A vacina de febre amarela é indicada para viajantes em áreas de risco de transmissão da doença.

ANOTAÇÕES

Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional

IDADE	BCG		Hepatite B		Pneumo		DTP		VPP		VRR	
	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose	1ª Dose	2ª Dose
Até 6 meses	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /
	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /
	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /
Até 12 meses	Rotavírus humano		Pneumocócica 13V (conjugada)		Meningocócica C (conjugada)		Febre amarela		Tetra viral		Tríplice viral	
	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /
	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /
A partir de 12 meses	Pneumocócica 23V (conjugada)		Meningocócica C (conjugada)		DTP		VPP		Tetra viral		Varicela	
	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /
	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /
A partir de 4 anos	Hepatite A		Pneumocócica 13V (conjugada)		HPV		Influenza		Febre amarela		Doença de Refringência	
	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /
	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /
	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /

Registro de Outras Vacinas e Campanhas

NOME:							Data de Nascimento: / /								
Vacina: / /	Vacina: / /	Vacina: / /	Vacina: / /	Vacina: / /	Vacina: / /	Vacina: / /	Vacina: / /	Vacina: / /							
Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /	Data: / /							
Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /	Lote: / /							
Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /	Lab. Produt: / /							
Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /	Unidade: / /							
Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /	Ass.: / /							

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Agendas de consultas individuais e atividades coletivas

A anotação do próximo encontro com a equipe de saúde ajuda na melhor adesão dos pais e/ou cuidadores ao compromisso de comparecer às consultas de puericultura e atividades de educação em saúde (Figura 10).

Figura 10 – Agenda de consultas individuais e atividades coletivas.

Agendamentos					
Membros da Equipe de Saúde da Família, não se esqueçam de agendar o próximo encontro. Verifiquem se a criança está realizando a puericultura periodicamente, com toda a equipe. Agendem de acordo com as recomendações do MS e os calendários pactuados na sua região. Pais e responsáveis, fiquem atentos para o calendário de acompanhamento da criança no serviço de saúde!					
Consultas Individuais		Atividades em grupo		Visita domiciliar	
Data	Agendado por	Data	Agendado por	Data	Agendado por

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2021.

Quais os aprendizados e a mensagem final deste capítulo?

Instrumentos de fácil replicação e execução, como a Caderneta da Criança, permitiram ao Brasil avançar na proteção à saúde da criança e reduzir seus índices de morbimortalidade, em especial relativos ao incentivo ao aleitamento materno, doenças imunopreveníveis e prevenção de doenças diarreicas agudas. No entanto, em virtude das constantes mudanças provocadas pela transição demográfica e epidemiológica (além dos aspectos culturais do brasileiro), novos desafios estão postos e devem ser enfrentados.

Dentre outros determinantes sociais de saúde, o uso de telas; a comunicação em rede; as notícias falsas; a situação de insegurança alimentar; a piora da violência urbana; o recrudescimento de doenças que estavam erradicadas em nosso país; e o próprio envelhecimento populacional trazem novas discussões acerca da urgência de adaptação da assistência em saúde prestada, principalmente às crianças (BRASIL, 2018; 2022a).

Preencher a Caderneta da Criança se mostra um meio efetivo de identificação dos agravos mais prevalentes neste ciclo de vida, além de servir como ferramenta epidemiológica para descrição do perfil daquela população e de educação em saúde para pais e/ou responsáveis pela criança.

Além do incentivo ao preenchimento correto pelos profissionais, os cuidadores devem ser estimulados a apresentar a caderneta em todos os atendimentos da criança, inclusive nos atendimentos de urgência e emergência, além de exigir o registro dos dados da criança pelos profissionais e a orientação a ler a primeira parte do documento e acompanhar os gráficos de crescimento e marcos do desenvolvimento.

Espera-se que esta discussão não seja encerrada neste material e que mais pesquisas e observações da realidade sejam realizadas com propostas de intervenção de aplicabilidade efetiva e estabelecimento de padronização nas anotações realizadas neste documento tão relevante para o cuidado integral à saúde da criança.

Referências

ARAÚJO, Maria Rute de Souza *et al.* Análise dos fatores que podem contribuir para a ausência ou o preenchimento inadequado da caderneta da criança. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 4, p. e6698-e6698, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e6698.2021>. Acesso em: 14 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 13 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta da criança – menina**. Passaporte da Cidadania. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_3ed.pdf. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**. 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca>. Acesso em 24/09/2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Sistema de Informação em Saúde na Atenção Básica. **Indicadores de desempenho por quadrimestre: proporção de crianças de 1 (um) ano de idade vacinadas na APS contra Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B, infecções causadas por haemophilus influenzae tipo b e Poliomielite inativada**. 2022b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/paginas/acesoRestrito/relatorio/federal/indicadores/indicadorPainel.xhtml>. Acesso em: 24 set. 2022.

COELHO, Isadora Íris de Almeida *et al.* Mapping the use of the child health handbook by parents and professionals: a descriptive study/Mapeamento do uso da caderneta de saúde da criança por pais e profissionais:

um estudo descritivo. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 768-773, 2021. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9199>. Acesso em: 6 out. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Conasems). **Ministério da Saúde lança a 3ª edição da Caderneta da Criança**. 2022. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/ministerio-da-saude-lanca-a-3a-edicao-da-caderneta-da-crianca/>. Acesso em: 24 set. 2022.

COSTA, Ruth Silva Lima da *et al.* Ações desenvolvidas durante as consultas de crescimento e desenvolvimento infantil em um centro de saúde da Amazônia Ocidental. | Actions developed during children's growth and development consultations in a west Amazonian health center. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde (RPBeCS)**, v. 8, n. 15, p. 20-25, 2021.

FRANKUKOSKI, Nadine Grzezinski *et al.* Dialogando sobre a Caderneta de Saúde da Criança aos Agentes Comunitários de Saúde. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 13, n. 2, 2021.

FREITAS, Jeanne Lúcia Gadelha *et al.* Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019.

GRANGEIRO, Gilvani Pereira; VENÂNCIO, Sonia Isoyama. Por que registrar as consultas na Caderneta da Criança? *In*: UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS); Universidade Federal do Maranhão (UFMA). **Caderneta da Criança: Instrumento intersetorial para promoção da Atenção Integral à Saúde da Criança. A Caderneta da Criança como instrumento de acompanhamento**. São Luís: UNA-SUS; UFMA, 2021.

MARQUES, Karolaine Fernanda *et al.* Caderneta de saúde da criança: incompletude dos parâmetros avaliados na consulta. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 6, 2021.

PINTO, Lucas Benício *et al.* Vacinação em tempos de fake news: um olhar sobre a literatura. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 59, p. 4255-4271, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2020v10i59p4255-4271>. Acesso em; 14 nov.2022.

SANTOS, Washington José dos *et al.* Avaliação do conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre o conteúdo da Caderneta da Saúde da Criança. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 8, n. 1, p. 1-5, 2020.

SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; PEREIRA, Maurício Gomes. Avaliação do preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal. **Brasíliamedica**, v. 48, p. 246-51, 2011.

CAPÍTULO 8 |

Integração ensino-serviço-comunidade na atenção primária e as experiências interprofissionais do Projeto Multicampi Saúde

Danielle Tupinambá Emmi

Ingrid Janeth Dias de Freitas Sarmanho

Deborah Ribeiro Frazão

Deborah Helen Almeida Kiederle

José Francisco Ferreira da Silva

Introdução

A proposta de integrar as instituições de ensino com o serviço público da área da saúde no Brasil já era preconizada desde a década de 1970, quando foi denominada, pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), de Integração Docente Assistencial (IDA), visando a prestação de serviços adequados às necessidades concretas da população, a produção de conhecimentos e a formação dos recursos humanos (CAETANO; DINIZ; SOARES, 2009).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, chamada Lei Orgânica da Saúde, que instituiu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), prevê como uma das competências do SUS, o ordenamento da formação na área da saúde, sendo esse um grande desafio para os serviços e as instituições de ensino superior (IES). Nesse contexto, se efetivaram relevantes estratégias na área da educação e da saúde, tanto de regulação, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área da saúde, quanto de fomento, como a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) (SILVEIRA *et al.*, 2020).

As DCN vêm impulsionando mudanças na formação profissional, visando um perfil generalista, com formação humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção

do sistema de saúde vigente no país, incluindo assim o SUS como cenário de ensino-aprendizagem (ALMEIDA, 2005). Dessa forma, as DCN fortalecem a articulação da teoria com a prática, definindo um perfil de formação profissional fundamentado na competência teórico-prática (SCHOT, 2018).

Neste cenário, em 2003, o Ministério da Saúde (MS) criou a SGTES, possibilitando a estruturação de políticas para reorientar a formação profissional para o SUS, intensificando, dentre outras ações, o estreitamento das relações entre instituições formadoras e o sistema público de saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013). Esta foi uma importante mudança de perspectiva na abordagem dos serviços de saúde, com espaços de geração de conhecimentos e práticas voltados para a inovação assistencial.

Dentro da política para reorientar a formação profissional em saúde, um dos principais eixos é a integração ensino-serviço com ênfase na Atenção Primária a Saúde (APS), visando a integralidade da atenção como eixo reorientador das práticas desenvolvidas no SUS (BRASIL, 2009). Assim, o usuário pode ser compreendido como sujeito no seu contexto biopsicossocial, visto em uma dimensão integral, na sua realidade e território (SILVEIRA et al., 2020).

Segundo Kalichman e Ayres (2016) e Rangel, Mocarzel e Pimenta (2016) a APS é complexa e demanda profissionais com competências, habilidades e atitudes para aprender a saúde como direito a uma qualidade de vida satisfatória, respeitando os sujeitos e suas necessidades, com atenção à saúde não fragmentada, trabalho interprofissional e intersetorial, buscando a articulação entre os diferentes saberes.

Nesse contexto, a integração ensino-serviço-comunidade pode representar uma possibilidade para qualificar, simultaneamente, a formação e o cuidado em saúde no SUS, visando alcançar a efetivação de seus princípios, como a integralidade do cuidado, com maior resolutividade da atenção em saúde (SILVEIRA et al., 2020).

Nos cursos de saúde, durante a graduação, os estágios supervisionados ou os projetos e ações extensionistas permitem integrar o aluno ao contexto social e econômico da região de atuação, nos quais são realizados desde atividades de educação em saúde até a reversão dos danos causados pelas doenças. São oportunidades de colocar o graduando diante da complexidade em que o usuário está inserido, mostrando que muitas vezes, esse usuário está desprovido de informações e condições para seu próprio cuidado. Além disso, a integração ensino-serviço beneficia a comunidade local, fortalece o serviço e melhora a formação dos graduandos. Desperta, também, a consciência para a promoção da saúde e a prevenção das doenças, necessária para melhoria da qualidade de vida da população (BRUDER et al., 2017).

Nos estágios multidisciplinares, aproximar a formação de médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, psicólogos e demais profissionais de saúde constitui um desafio no sentido de não somente direcioná-la à realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), mas também de, por meio desse, aproximá-la das necessidades da população do país. Para isso é importante implementar

transformações ideológicas, políticas e pedagógicas em todas as instituições formadoras de profissionais de saúde no Brasil (ARAÚJO; ZILBOVICIUS, 2008).

Como proposta extensionista da Universidade Federal do Pará (UFPA), o Projeto Multicampi Saúde propôs a integração entre ensino, serviço e comunidade com a finalidade de qualificar a formação profissional dos discentes, bem como dos profissionais da APS, da rede municipal de saúde da capital e de cidades do interior do estado do Pará, em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. O Projeto integrou discentes e docentes de dez cursos de graduação da instituição, além de preceptores da APS. Assim, o objetivo deste capítulo é relatar a experiência de integração ensino-serviço-comunidade, proporcionada pelo Multicampi Saúde, em uma unidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada na periferia do município de Belém, vivenciada e registrada por discentes que atuaram em equipes interprofissionais durante suas práticas de campo.

Percurso metodológico

O Projeto Multicampi Saúde tem como princípio norteador a educação permanente e a discussão dos processos de trabalho para a qualificação da atenção e das condições de saúde da população, sendo colocado em prática a partir da articulação entre o ensino-serviço. Para isso é necessário o reconhecimento da realidade epidemiológica da comunidade a ser trabalhada, além de dados clínicos e condições de vida, que produzam reflexão e conhecimento, suficientemente potentes para qualificar a atenção à saúde da criança no âmbito do SUS, em especial, no estado do Pará. De acordo com Maeyama *et al.* (2019) é a partir da reorientação de conteúdos e de vivências significativas, durante o período de formação, que novas práticas de saúde poderão ser transformadoras para mudança do modelo de atenção e melhoria dos indicadores de saúde da população.

No que se refere a atenção integral à saúde da criança, foco principal do Multicampi Saúde, se faz necessário e relevante a inserção dos discentes, em equipes multi e interprofissionais, em vivências práticas do acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil; na utilização da caderneta de saúde da criança com práticas de puericultura e aleitamento materno; e na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

Os grupos interprofissionais para atuação no Multicampi Saúde foram formados por graduandos da UFPA dos cursos de: biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, no período de 2019 a 2021, que eram selecionados por edital público, por meio de entrevistas, análise de currículo e histórico escolar. Os estudantes eram inseridos, por 30 dias, na rede de Atenção Básica do SUS da cidade de Belém e de outros cinco municípios do Pará, proporcionando aos discentes envolvidos uma imersão em equipes multiprofissionais, tendo como campo de prática as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Estratégias Saúde da Família (ESF).

Os discentes foram acompanhados pelo preceptor do serviço e por um docente-tutor vinculado à UFPA, que juntos planejavam e executavam as ações mensais, de acordo com a agenda e rotinas da unidade, ações intersetoriais, necessidades loco-regionais e programas do Ministério da Saúde. Essa articulação entre preceptor, aluno e tutor, permitia que as atividades fossem devidamente acompanhadas, bem como documentadas e relatadas durante o período de campo. Todas as atividades desenvolvidas e vivências realizadas pelos discentes eram registradas em relatórios individuais de cada estudante.

Dessa forma, este manuscrito trata-se de um relato de experiência vivenciado por grupos interprofissionais de graduandos, dos cursos de enfermagem, farmácia, odontologia, psicologia e serviço social, que imergiram nas rotinas do serviço na Estratégia Saúde da Família Parque Amazônia II, no município de Belém, de 2019 a 2021.

Os relatos, da integração ensino-serviço-comunidade descritos, foram obtidos por meio da leitura criteriosa dos relatórios e diários de campo dos discentes e das experiências da tutora de campo. Ademais, foram obtidos artigos dos últimos 10 anos nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os descritores “atenção primária à saúde”; “integração docente-assistencial”; “relação comunidade-instituição”; “diretrizes curriculares nacionais”; e “relações interprofissionais”, que foram lidos de forma reflexiva a fim de selecionar os que trariam ideias a confirmar ou contestar as experiências oportunizadas pelo Multicampi Saúde, enquanto prática de integração ensino-serviço-comunidade na APS.

Relato da experiência

Os relatos de experiência trazem o registro descritivo e documental do percurso acadêmico desenvolvido em estágios, ou projetos de extensão, e sua publicização se faz relevante a partir da compreensão das vivências do processo, o que pode colaborar como referencial de ações e desenvolvimento da área em questão.

A Estratégia Saúde da Família Parque Amazônia II está localizada em área periférica da cidade de Belém, no bairro Terra Firme e apresenta-se de fácil acesso e localização. Situa-se em casa alugada, com dois andares, duas salas de enfermagem, uma sala de triagem, uma farmácia, uma sala de informática, uma sala de reunião, dois banheiros e uma copa-cozinha. O acesso dos pacientes funciona tanto por demanda espontânea, quanto programada, havendo visitas domiciliares, feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e enfermeiros, nas quais é realizada a busca ativa por novos pacientes, que apresentam alguma necessidade específica.

A estratégia conta com duas equipes de saúde da família, além do apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), que realiza as ações em uma casa de apoio, no território próximo à unidade. A ESF recebe alta demanda de usuários, sendo em sua maioria adultos e idosos,

com dias específicos para o atendimento de crianças. A população atendida é, em sua maioria, de baixa renda, com nível de escolaridade até o ensino fundamental.

Para a distribuição dos alunos selecionados pelos editais públicos do Multicampi Saúde na ESF Parque Amazônia II, levou-se em consideração a constituição de equipes multiprofissionais, nas quais os alunos pudessem usufruir do conhecimento e da prática interprofissional, promovendo cuidados de saúde integrada e colaborativa, em equipes coesas, em resposta às demandas dos usuários da comunidade. Assim, constituiu-se vários grupos multiprofissionais de graduandos, dos cursos de enfermagem, farmácia, odontologia, psicologia e serviço social, que imergiam por 30 dias nas rotinas do serviço, sendo acompanhados por um preceptor enfermeiro e supervisionados por uma tutora cirurgiã-dentista.

Durante as visitas domiciliares do grupo de estudantes, conduzidas pelo enfermeiro e ACS, era muito comum o destaque ao ambiente percorrido no território: ruas sem saneamento básico; esgoto a céu aberto; casas com apenas um ou dois compartimentos, servindo de residência para mais de 10 pessoas que se aglomeravam nos espaços; habitações sem higiene adequada; desemprego das famílias; uso de drogas ilícitas; e adoecimento mental.

Com esse quadro do território, foi comum observar que a maioria das crianças que eram acompanhadas pela equipe da ESF, apresentavam agravos (como verminoses, dengue, chikungunya, zika, diarreia, viroses, desidratação, doenças de pele e pneumonia), sendo raros os casos de mortalidade infantil. O uso da caderneta da criança é realizado em todas as consultas e programas da ESF, sendo ressaltado pelo profissional e estudantes multicampistas a importância da leitura das informações contidas na caderneta e do seu uso durante as consultas, sobretudo para avaliação dos dados de crescimento e desenvolvimento da criança e calendário vacinal.

Nos dias de atendimento à gestante, o que acontecia no período da tarde como demanda programada, eram realizadas as consultas de pré-natal; testes rápidos para diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis (DST); educação em saúde para cuidados de saúde bucal com a gestante e o bebê; prevenção ao câncer de mama; e prevenção às DST. Destaca-se que na ESF Parque Amazônia II não há Equipe de Saúde Bucal (ESB), sendo de grande importância a presença de uma discente de odontologia no grupo do Multicampi Saúde na unidade, para poder compartilhar as informações sobre cuidados de saúde bucal com a equipe e com os usuários, realizar um diagnóstico epidemiológico e fazer os encaminhamentos necessários à rede de atenção à saúde bucal do município.

Para atividades de educação em saúde para crianças, adolescentes, mulheres e idosos do território, foi utilizado, como locus de prática, um centro comunitário e duas escolas de ensino fundamental. No centro comunitário, realizou-se, em dias específicos, à cada grupo atendido, atividades físicas para os idosos acompanhados pelo Programa Hiperdia¹¹, sendo essas conduzidas pelo educador físico e fisioterapeuta do NASF. Também eram realizadas palestras com adultos e

11 O Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia) cadastra e acompanha hipertensos e diabéticos, visando o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e da Diabetes Mellitus (DM) em prol de uma melhor qualidade de vida dos pacientes (SOUZA; COSTA, 2020).

idosos sobre prevenção à ansiedade e depressão, orientando-os a procurar os serviços de saúde nos primeiros sintomas. Para as mulheres e gestantes, eram abordados o incentivo ao aleitamento materno, a prevenção às DST e o planejamento familiar. Já nas escolas de ensino fundamental, realizou-se atividades de orientação de saúde bucal para crianças de 4 a 6 anos, por meio de atividades lúdicas e jogos interativos para adolescentes. Os materiais utilizados nas ações incluíram cartazes, folderes, jogos, macromodelos e apresentações multimídia, sendo preparados pelos discentes multicampistas com a orientação e supervisão do preceptor e tutora.

Discussão

O encontro, dos saberes multiprofissionais com os saberes locais proporcionados pela imersão e vivência de todos os envolvidos no Projeto Multicampi Saúde, evidencia a relevância da aproximação entre universidade e comunidade para a formação em serviço, fortalecendo o SUS e qualificando a atenção básica. É no momento das vivências, que se favorece o conhecimento dos determinantes sociais, contribuindo para um olhar ampliado do processo saúde-doença e a compreensão das reais necessidades de saúde da população.

Muitos autores, como Brito *et al.* (2021), Lafetá *et al.* (2020), Silveira *et al.* (2020) e Schott (2018), ressaltam, em seus artigos, a importância da integração ensino-serviço-comunidade como um dispositivo potencializador do processo de mudanças na formação em saúde, pois a atuação conjunta, dos discentes com os profissionais da ESF, oportuniza uma troca de conhecimento, ao mesmo tempo em que possibilita o compartilhamento de saberes e práticas. Assim, também são partilhadas informações atuais sobre novos conceitos, novas terapêuticas e novas concepções do cuidado.

A ESF Parque Amazônia II, território escolhido como cenário das experiências aqui relatadas, constitui-se em um cenário de iniquidades, marcado pela falta de aplicação de políticas públicas adequadas, que sofre com agravos socioeconômicos, ambientais e com situações de violência e vulnerabilidade sociais. Esses fatos – quando discutidos na equipe de estudantes, preceptor e tutora – traziam à luz reflexões sobre o locus privilegiado de integração ensino-serviço / teoria e prática, na perspectiva de uma educação que se dá na realidade e problematizando-a no sentido de mobilizar ações capazes de resultar, minimamente, numa modificação social benéfica para os sujeitos, individual e coletivamente, considerando assim, a determinação histórica e social da realidade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Nesse contexto, as equipes interprofissionais do Multicampi Saúde, que atuaram na ESF Parque Amazônia II, buscando oferecer a integralidade do cuidado à comunidade assistida, levaram acolhimento, forneceram informações de saúde, formaram vínculos com a comunidade, estimularam o desenvolvimento da autonomia e ampliaram o acesso ao SUS. A sensibilização, diante das singularidades do território, é primordial para a formação acadêmica almejada e discriminada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (MACHADO *et al.*, 2021).

No que tange ao cuidado à criança, torna-se necessário uma atenção à saúde voltada às suas necessidades e vulnerabilidades específicas, respeitando seus direitos e os contextos em que vivem. Este cuidado deve ser direcionado, por iniciativas, para assistência e controle de doenças, prevenção de enfermidades e agravos, pautando-se na promoção e nos determinantes da saúde (FONSECA *et al.*, 2021). Nesta perspectiva, o trabalho interprofissional e colaborativo é essencial, com a implementação de estratégias e alternativas mais efetivas e criativas para a articulação entre os sujeitos envolvidos, as instituições e os serviços (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017). Destaca-se que este olhar deve permear todos os níveis dos serviços de saúde e setores envolvidos no cuidado a este grupo etário, até mesmo nas escolas. Com vistas a essa prática, as equipes interprofissionais do Multicampi Saúde realizaram ações às crianças, não só no âmbito da unidade de saúde, mas também nas visitas domiciliares e nas escolas do território, levando ações assistenciais e educativas.

Ações de extensão universitária, que promovam a integração ensino-serviço-comunidade como as realizadas pelo Multicampi Saúde, dispõem de um considerável potencial transformador tanto para as instituições de ensino, quanto para discentes, serviços de saúde e populações.

No que se refere aos profissionais dos serviços de saúde que atuam como preceptores, estes assumem o papel de articulador das ações no território e se sentem valorizados pela possibilidade de contribuir com os estudantes. Além disso, reconhecem que atuar como formador de alunos provoca um repensar constantes da prática profissional no serviço (TAVARES *et al.*, 2011; CRUZ *et al.*, 2015). Quanto aos discentes, estes adquirem a oportunidade de pôr em prática tudo que aprenderam passivamente nas salas de aula, aprimorando o olhar humanizado e sensível e tornando-se capazes de atuar em equipe para criar possibilidades de intervenção social, visando a melhora dos indicadores epidemiológicos e socioeconômicos da população.

Diante deste contexto, é claro que ainda existem fragilidades no processo e desafios a serem superados, sobretudo em relação ao compartilhamento de objetivos entre universidade e serviços, já que a integração ensino-serviço não se constrói isoladamente, mas articulada a processos políticos, sociais e econômicos. Dessa forma, entende-se que a formação em saúde deve ter, na integração ensino-serviço, a base do seu desenho curricular, ao mesmo tempo em que não se pode mais conceber serviços de saúde que não prevejam, na organização de seu trabalho, a incorporação do processo educativo continuado (ZARPELON; TERCENIO; BATISTA, 2018).

Conclusão

A formação na área da saúde centrada em um modelo biomédico, fragmentado e especializado dificulta a compreensão dos determinantes sociais e a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença. Dessa forma, as propostas de vivências em cenários de práticas articuladas entre instituições de ensino e serviços de saúde oportunizam a transformação deste modelo assistencial fragmentado para um modelo orientado pelas necessidades da população, visando um cuidado integral a partir de práticas inovadoras realizadas nos cenários do SUS.

As equipes interprofissionais, que atuaram na ESF Parque Amazônia II durante os períodos de imersão proporcionadas pelo Multicampi Saúde, possibilitaram compartilhar e agregar conhecimentos entre discentes-preceptor-tutora-comunidade; reconhecer as iniquidades sociais que levavam a comunidade do território ao adoecimento; e planejar e executar intervenções de acordo com as necessidades encontradas da população adstrita. Essas ações fortalecem o SUS, qualificam a APS e estimulam a formação do profissional em conformidade com o previsto nas DCN e desejado pelo mercado de trabalho. Neste contexto, o Multicampi Saúde alcança seus objetivos propostos e deixa ensinamentos e experiências singulares na vida de cada um de seus participantes.

Referências

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de *et al.* Educação pelo trabalho para a formação do médico. **Trabalho, educação e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 411-430, 2013.

ALMEIDA, Márcio. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. 2. ed. Londrina: Rede Unida, 2005.

ARAÚJO, Maria Ercília de; ZILBOVICIUS, Celso. A formação acadêmica para o trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge (org.). **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 277-290.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRITO, Hávila Rachel do Nascimento Gomes *et al.* Extensão universitária e ensino em saúde: impactos na formação discente e na comunidade. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 29895-29918, 2021.

BRUDER, Marina Viudes *et al.* Estágio supervisionado na odontologia: vivência da promoção da saúde e integração multiprofissional. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 2, p.294-300, 2017.

CAETANO, Joselany Áfio; DINIZ, Rita de Cássia Moura; SOARES, Enedina. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 638-644, 2009.

CRUZ, Kathleen Tereza da *et al.* PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, supl. 1, p. 721-730, 2015.

DIAS, Henrique Sant'Anna; LIMA, Luciana Dias de; TEIXEIRA, Márcia. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

FONSECA, Caroline Lima *et al.* Cuidado interprofissional à criança e ao adolescente: Revisão de escopo. **Revista Conexão UEPG**, v. 17, n. 1, p. 1-24, 2021.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Comprehensiveness and healthcare technologies: a narrative on conceptual contributions to the construction of the comprehensiveness principle in the Brazilian Unified National Health System. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 8, e00183415, 2016.

LAFETÁ, Amanda Fonseca Moura *et al.* Integração ensino-serviço-comunidade no contexto da Atenção primária na formação profissional em saúde. **Revista Uniabeu**, v. 13, n. 33, p. 140-159, 2020.

MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo *et al.* Intersetorialidade na promoção da saúde da criança e do adolescente: uma experiência da integração ensino-serviço. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 308-327, 2021.

MAEYAMA, Marcos Aurélio *et al.* Processo de territorialização na integração ensino-serviço-comunidade. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 6, n. 1, p. 41-55, 2019.

RANGEL, Mary; MOCARZEL, Marcelo Siqueira Maia Vinagre; PIMENTA, Maria de Fatima Barros. A trajetória das competências e habilidades em educação no Brasil: das avaliações em larga escala para as salas de aula. **Revista Meta: Avaliação**, v. 8, n. 22, p. 29-47, 2016.

SCHOTT, Márcia. Articulação ensino-serviço: estratégia para formação e educação permanente em saúde. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 6, n. 2, p. 264-268, 2018.

SILVEIRA, João Luiz Gurgel Calvet da *et al.* Percepções da integração ensino-serviço-comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 24, e190499, 2020.

SOUSA, Aldenora de Oliveira; COSTA, Andrea Vieira Magalhães. **Hiperdia**: Programa para a Melhoria do Controle dos Pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Estratégia da Saúde da Família do “Santinho I e II” em Barras-Piauí. Teresina: Universidade Federal do Piauí (UFPI); Universidade Aberta do SUS (Una-SUS), 2020. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14803/1/Artigo_Aldenora_ARES.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.

TAVARES, Pâmela Elaine Nogueira *et al.* A vivência do ser enfermeiro e preceptor em um hospital escola: olhar fenomenológico. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 4, p. 798-807, 2011.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Primary care and collaborative care in children and adolescents psychosocial interventions: facilitators and barriers. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1933-1942, 2017.

ZARPELON, Luís Fernando Boff; TERCENIO, Maria Leandra; BATISTA, Nildo Alves. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 12, p. 4241-4248, 2018.

CAPÍTULO 9 |

Psicologia, atenção básica e saúde da criança: entrelaçamentos promovidos pelo Projeto Multicampi saúde

Luana Borges Teixeira
Rayanne Castilho Mesquita
Alessandro Carneiro da Silva
Bruna Moraes Leite
Daniel Castro Silva
Maria Lúcia Chaves Lima

Introdução

O Multicampi Saúde da Criança é um projeto da Universidade Federal de Pará (UFPA) pautado na indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, direcionado à atuação em serviços da atenção básica (AB), sobretudo a partir da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). As atividades foram realizadas em diferentes municípios do estado do Pará, abarcando dez cursos de graduação da área da saúde da universidade em questão. Os estudantes contaram com o acompanhamento de preceptores, bem como tutoria de docente responsável do curso e supervisão em campo realizada por diferentes docentes, além de uma bolsa acadêmica para auxiliar nas atividades e custos em campo durante o período de estágio.

A AB, solo de atuação do Multicampi Saúde, é a principal porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde e deve apresentar alta descentralização e capilaridade, além de atuação centrada no território adstrito. Suas ações de saúde permeiam os campos individual, familiar e coletivo, com vistas a alcançar uma atenção integral que exerça efeito na saúde e autonomia dos indivíduos, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde, mediante a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico,

tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, necessitando também de uma gestão qualificada e atuação de equipe multiprofissional (BRASIL, 2017).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), um dos dispositivos da AB, objetiva a expansão, qualificação e consolidação deste nível da atenção, com grande potencial de, entre outras questões, alcançar importantes resultados na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2017).

Na composição mínima da equipe profissional da ESF não é exigido profissional de psicologia (BRASIL, 2017). Entretanto, desde 2008, quando foi publicada a Portaria nº 154, de 24 de janeiro, a atuação desses profissionais vem crescendo bastante nesse dispositivo e se firmando enquanto uma das principais portas de entrada da categoria no Sistema Único de Saúde (SUS) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

A psicologia pode desempenhar importante função na AB no que diz respeito à promoção da saúde e uma escuta que não se restrinja às quatro paredes de um atendimento particular ou ao transtorno mental, mas que seja, de fato, parte de uma clínica ampliada em que o sujeito possa ser escutado sem interrupções, de forma ética, contextualizada e territorializada (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

No que diz respeito à saúde da criança, um importante documento norteador é a PNAISC, que apresenta aos gestores, trabalhadores e sociedade civil subsídios teórico-práticos para a melhoria do modelo de gestão e atenção à saúde da criança no Brasil. Para tanto, leva-se em consideração o olhar da criança por inteiro, com atuação multidisciplinar e a necessária integração da rede de cuidado e proteção (BRASIL, 2012). Nesse sentido, a psicologia tem muito a contribuir uma vez que preza pela escuta atenta e qualificada e cuidado singularizado por meio da vinculação entre profissionais e usuários, inclusive, crianças.

Considerando o campo de atenção à saúde da criança no contexto do Projeto Multicampi Saúde da Criança, este trabalho tem como objetivos discutir a inserção da psicologia na atenção básica no município de Soure (PA), bem como identificar e analisar as contribuições da categoria para a saúde da criança.

Percursos traçados

O presente trabalho é um relato de experiência fruto da vivência de cinco estudantes do curso de psicologia da UFPA durante o Multicampi Saúde da Criança. Tais estudantes atuaram em quatro diferentes unidades de ESF de Saúde, que serão nomeadas neste capítulo como: ESF 1, ESF 2, ESF 3 e ESF 4. Para o registro das atividades, além do relatório de viagem contendo a descrição do afazeres executados diariamente, utilizou-se diários de campo individuais, nos quais foram registradas sensações e observações no decorrer do estágio.

A primeira etapa do projeto consistiu na realização do Curso de Capacitação da Caderneta de Saúde da Criança, momento em que esse documento e a PNAISC foram apresentados

e detalhados. Houve também reuniões de orientações específicas para cada curso com a apresentação do plano de trabalho e uma orientação geral para todos os estudantes para tratar da logística da viagem, uma vez que os discentes contemplados pelo projeto estudavam no campus de Belém e precisaram se deslocar até Soure, localizado na Ilha do Marajó.

Da experiência, relatada no presente capítulo, participaram 11 estagiário, sendo cinco de psicologia, três de serviço social e três de nutrição. Dessa forma, como no município há quatro ESF, em todas as equipes houve estudantes de psicologia e, em uma delas, ficaram duas estudantes.

Ao chegar em Soure, houve uma reunião para apresentação dos estagiários, supervisora, preceptores, secretário de saúde e demais trabalhadores envolvidos, bem como a divisão das equipes e apresentação dos casos das famílias-guia, ou seja, casos atendidos pela equipe local que requeriam cuidados especiais.

Nas primeiras edições do Multicampi, trabalhava-se com a ideia de criança-guia, visto que eram as crianças o público-alvo de tal acompanhamento especial. Entretanto, passou-se à concepção de famílias-guia, pois, no trabalho com crianças, é preciso envolver a família ou responsáveis diretamente implicados no seu cuidado. Para cada equipe, houve uma família-guia, com exceção da que estava na ESF 1 que, a pedido do preceptor, incluiu-se mais um caso, ficando, portanto, com duas famílias-guias.

Nos dias posteriores, cada equipe seguia um cronograma particular, de acordo com as atividades da unidade em que estava alocada e as demandas percebidas. Entretanto, algumas ações foram comuns a todas, como acompanhamento da rotina na ESF, visitas domiciliares, acompanhamento em consultas – sobretudo infantis e de pré-natal –, abordagens na sala de espera e visita a outros equipamentos do SUS e Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Ademais, alguns dias por semana havia encontros em grupo com a docente supervisora para discussão dos casos, da PNAISC, das demais demandas verificadas e para a elaboração das intervenções. Esses eram momentos que propiciavam também a aproximação do grupo como um todo, fortalecendo os vínculos e, assim, um trabalho de fato em equipe, com implicação de todos e confiança mútua.

Ao final, foi realizado um momento, com a Secretaria de Saúde Municipal, pró-reitor de extensão da UFPA, preceptores e coordenadores do Multicampi Saúde, para a apresentação do trabalho desenvolvido, encaminhamentos da família-guia e avanços/mudanças percebidas, além das dificuldades encontradas nesse período, com percepções e sugestões das equipes para algumas destas entidades.

A psicologia no Multicampi: o cotidiano nas unidades de saúde

Os estudantes de psicologia foram recebidos com entusiasmo, pois não havia profissionais da área nas ESF. Ainda que alguns profissionais tivessem a ideia de uma psicologia

centrada em atendimentos individuais, grande parte estava aberta para qualquer forma de contribuição. A ação dos estagiários esteve voltada, sobretudo, para a atuação multiprofissional, educação em saúde, sensibilização acerca da necessidade da escuta dos sujeitos e seus contextos. A seguir, será apresentada uma síntese das atividades desenvolvidas em cada uma das ESF nas quais os estudantes atuaram.

ESF 1

Na ESF 1, o fluxo de atendimentos concentrou-se em demanda espontânea, atendimento de pré-natal, Programa Hiperdia (que objetiva cadastrar e acompanhar pacientes hipertensos e diabéticos) e visitas domiciliares. Devido a sua estrutura e ao contingente populacional da área de abrangência, havia bastante demanda. Duas estudantes de psicologia e uma de serviço social somaram-se aos profissionais da unidade, durante o período de estágio.

As estudantes de psicologia acompanharam diariamente as consultas de pré-natal. O preceptor orientava as mulheres ou casais, de modo a trocar o máximo de informações possível, tirar dúvidas e fomentar a participação paterna. Quanto ao uso da Caderneta da Gestante, avalia-se que o preenchimento foi feito de forma adequada, com a maioria dos campos preenchidos ou mesmo todos eles.

As acadêmicas fizeram intervenções na sala de espera sobre a Caderneta da Criança com as mães que aguardavam atendimento. Esse foi um momento de escuta – tanto de questões relativas à caderneta quanto sobre a própria maternidade, relações familiares, dentre outras questões que emergiram –, acolhimento e orientação. Dessas trocas, percebeu-se que havia variados níveis de conhecimento acerca da caderneta, bem como de seu acompanhamento e dos registros.

Ao avaliar a Caderneta da Criança das usuárias, percebeu-se que o foco do preenchimento, muitas vezes, estava restrito à vacinação e registros dos exames, negligenciando questões como os marcos do desenvolvimento. Isso acontecia principalmente quando não havia a caderneta de fato, mas uma xerox da página de vacinação ou quando era utilizada a caderneta reduzida, situação que será relatada posteriormente.

No que diz respeito ao trabalho com as famílias-guia, este aconteceu sobretudo mediante visitas domiciliares. A primeira família-guia vivia com uma criança diagnosticada com sopro no coração. Foram realizadas visitas domiciliares, nas quais se repassava orientações quanto à busca de atendimentos para a criança – e também para a mãe – para que pudesse haver um adequado acompanhamento e possíveis tratamentos. Houve também a indicação dos serviços do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), disponíveis para a família e para a criança.

Em relação à segunda família-guia, na qual havia uma criança com microcefalia provocada por citomegalovírus, a equipe orientou acerca do serviço de telemedicina, por meio do qual seria possível agendar uma consulta com a especialidade médica que a criança precisava e que não havia em Soure. Ademais, houve um acolhimento da mãe em relação às suas dificuldades de cuidar de uma criança com deficiência. Posteriormente, a equipe organizou uma roda de conversa

com mães de Pessoas com Deficiência (PCD) – sobretudo crianças –, para a qual essa mãe foi convidada e participou ativamente. A roda foi um espaço de escuta e acolhimento de muitos sofrimentos e reivindicações, potencializando uma rede já existente. Tais reivindicações foram retomadas no encerramento do estágio, quando houve a apresentação da experiência para diversas entidades envolvidas no Multicampi Saúde da Criança.

ESF 2

Na região do maior bairro de Soure está localizada a ESF 2, a qual atende demandas de dois bairros, abrangendo um contingente populacional de quase 10 mil pessoas. O espaço não foi planejado para açambarcar a intensa alta demanda de serviços que recebe diariamente.

Um estudante de psicologia e uma de nutrição fizeram seus estágios nessa unidade. Nas duas semanas de estágio foi possível ter um contato com as demandas da população atendida, principalmente quando o assunto era relacionado à saúde mental.

As ações planejadas e organizadas pela equipe foram desenvolvidas entre três eixos: nas salas de atendimento clínico, na sala de espera e em áreas externas à unidade. Na primeira, foram acompanhados os procedimentos clínicos – principalmente o teste do pezinho – com as crianças e família, ocasiões nas quais era dialogado sobre o manuseio da Caderneta da Criança, escutando e respondendo as dúvidas que surgiam. Na sala de espera, foi realizada – com as gestantes presentes no dia de atendimento – uma intervenção sobre os mitos e verdades acerca do aleitamento materno e, em outro momento, foi realizada uma roda de conversa com os usuários para compreender melhor a relação deles com o território e sobre o cuidado com a criança. Por último, realizou-se uma ação com a escola localizada nas redondezas da unidade, quando foi promovida uma discussão, de forma lúdica, sobre alimentação saudável e o cuidado bucal com as crianças do ensino fundamental.

Em relação à família-guia, esta encontrava-se em uma região sem saneamento básico e acesso à água potável. Isso ressoava em como as crianças apresentavam infecções alimentares, verminoses e cárie. Ao estagiário de psicologia coube entender como estavam organizadas as relações interpessoais e como a família estava se relacionando com a comunidade que a cercava. Na segunda e última visita, houve uma conversa com a família sobre a relação deles com a própria ESF, quando se percebeu um vínculo de confiança nos atendimentos oferecidos.

ESF 3

O fluxo de funcionamento da ESF 3 estava dividido em: demanda espontânea, saúde da mulher, saúde do idoso, atendimento às grávidas, triagem neonatal, sendo que a maior procura era para o Programa Hiperdia e para atendimentos relativos à saúde da criança. A unidade apresentava uma estrutura acessível e abrangia um contingente populacional equivalente a 4.200 pessoas. Pelo fato de essa ESF estar localizada em um bairro cuja a comunidade apresentava elevada

vulnerabilidade social, notou-se a carência de processos de educação em saúde como intervenção, em relação à gravidez na adolescência, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), doenças de pele provocadas por fungos, prevalências de vermes, entre outras questões.

O estagiário de psicologia participou dos atendimentos que a preceptora prestava, nos quais foi oferecida escuta, acolhimento e orientação aos pais das crianças sobre o uso da Caderneta da Criança e sua relevância. A partir desse contato, notou-se que a maioria das cadernetas eram preenchidas de forma incompleta, o que prejudicava o acompanhamento acerca do desenvolvimento infantil.

Em todos os atendimentos era enfatizada a importância da amamentação dentro de um contexto nutricional e de afeto entre mãe-criança, tal como fomentada a necessidade da participação paterna e dos demais familiares para o desenvolvimento físico e afetivo da criança, assim como para a diminuição da sobrecarga materna.

Quanto às ações, escolheu-se estrategicamente o dia em que havia consulta das puérperas com seus bebês para falar sobre a importância do aleitamento materno. Na sala de espera, foi realizada uma dinâmica com as mães, apresentando o aleitamento como direito social, afetivo e nutricional. Além disso, foi feita uma ação voltada à educação sexual em uma escola ao lado da ESF, para os estudantes do 8º e 9º ano, enfatizando a importância do uso de preservativo e outros métodos contraceptivos para evitar a gravidez na adolescência e proliferação de IST. Foi discutido sobre o autocuidado e informado sobre os testes rápidos que a ESF oferece. Ao fim da ação, cinco adolescentes procuraram a equipe para fazer os testes rápidos.

No que concerne à família-guia, a criança estava com suspeita de fibrose cística. Na visita domiciliar foi privilegiada a escuta dos pais e prestadas algumas informações à mãe, caso o diagnóstico viesse a se concretizar. Após alguns dias, foi feita outra visita domiciliar, quando se privilegiou o acolhimento dos pais da criança, que estavam intensamente angustiados com a morosidade em receber os exames e definição do diagnóstico.

ESF 4

Por estar passando um período de cadastramento das famílias e divisão de fronteiras de bairros, a ESF 4 não possuía um fluxo muito grande de usuários. Um dos principais focos de atenção da unidade era relativo à vacinação de bebês e crianças, pois o município estava com déficit de cobertura vacinal. Logo, como havia grande mobilização nesse sentido, a sala de vacinação sempre estava bem movimentada.

Uma das ações da equipe de estagiários foi a realização de algumas rodas de conversa sobre a importância do aleitamento materno e sobre a Lei do Acompanhante (BRASIL, 2005), tema pouco conhecido entre as gestantes, mesmo entre as mães de segunda viagem. Nesse momento, foi possibilitada a escuta das demandas e queixas da comunidade, suas dúvidas e inseguranças. Nessas ocasiões, reforçou-se a importância do uso da Caderneta da Gestante – que serve tanto para preservar

a saúde da mãe, quanto para garantir a saúde do bebê – e a importância de ter a Caderneta da Criança, acompanhar e cobrar da equipe de saúde o seu preenchimento e uso.

Em relação à família-guia, foram realizadas visitas domiciliares para conhecer o ambiente e identificar as necessidades, além de promover o vínculo e confiança da família para com a equipe. A criança em questão estava passando pelo processo de confirmação do diagnóstico de síndrome de Down e solicitação do Tratamento Fora de Domicílio. Desse modo, as ações foram voltadas para o acolhimento com os integrantes da família e dada orientações sobre o encaminhamento para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

Quanto à Caderneta da Criança, verificou-se que seu uso era restrito à marcação de consultas e atualização das vacinas, até porque não havia a distribuição regular da caderneta na unidade em questão. Foram encontradas várias usuárias que tinham apenas uma cópia do documento, especialmente das páginas referentes à vacinação e marcação de consultas. Essa situação é grave, uma vez que a caderneta possui diversas seções a serem preenchidas pela equipe, tais como peso e altura da criança, perímetro encefálico, marcos do desenvolvimento físico-motor etc.; além de seções destinadas à família, com informações diversas sobre a saúde da criança.

Multicampi e sua contribuição na formação teórico-prática

Na área da saúde, há várias reformas que englobam o sistema de assistência à saúde, nas quais incluem-se a atenção primária em saúde e a formação de recursos humanos, de modo a tornar preponderante que a produção de conhecimento, a formação profissional e a prestação de serviços sejam tomadas como elementos indissociáveis dessa nova prática (FEUERWERKER, 2003).

Por meio da construção de novos perfis profissionais, privilegiando a integralidade e resolubilidade do cuidado oferecido à saúde da população, o Ministério da Saúde, através de sua atuação enquanto ordenador da formação de profissionais no campo da saúde, passou a propor reflexões relacionadas à educação como uma ferramenta de gestão e como instrumento de mudanças de práticas de atenção em saúde (HADDAD *et al.*, 2009).

O Multicampi Saúde da Criança se soma a esse cenário de forma a alinhar ensino, pesquisa e extensão. Direcionado à atuação em serviços de atenção básica, enfatiza-se a sua relevância quanto à promoção da aprendizagem significativa vivenciada no mundo do trabalho, na perspectiva da interdisciplinaridade e da educação permanente, haja vista a carência desta prática destinada ao curso de psicologia em âmbito universitário.

Trabalho multiprofissional

Na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), são definidos os princípios do SUS. Destaca-se a integralidade como um conjunto de ações e serviços articulados e contínuos em

prevenção e promoção de saúde, o que facilita que o profissional e o serviço de saúde possam organizar e verificar as necessidades de ações e definições acerca de políticas públicas em saúde. Assim, a integralidade é um princípio que demonstra o uso da abordagem multidisciplinar para a garantia de uma atuação mais dialogada entre os demais saberes em saúde e os saberes da população atendida, fugindo da prática biomédica e utilizando uma visão mais ampla em relação ao ser humano atendido pelo serviço (SILVA; MIRANDA; ANDRADE, 2017). Com essa bandeira de luta, por um sistema mais amplo em sua ação, o Multicampi preparou os estagiários para que vivenciassem a relação multiprofissional nas unidades do município de Soure.

Ao chegar no território, foi percebida, em algumas unidades e entre alguns profissionais, a continuidade de uma visão biomédica nas ações e organizações de cuidados. Além disso, as altas demandas de atendimentos e a diferença de remuneração das categorias foram alguns dos empecilhos encontrados nas unidades, o que pode dificultar a integralização entre profissionais. Com a presença de estudantes de psicologia, as demandas de gestão e relação entre trabalhadores, as sobrecargas de funções e o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde foram discutidos nas unidades.

Mesmo com a limitação temporal de permanência no município, os estagiários discutiram formas de contornar tais problemáticas. Foi conversado sobre a importância do cuidado integral e salientado que a troca de vivências entre profissionais e estudantes é uma forma de trabalho multidisciplinar para atender as demandas da saúde da criança no município. Além disso, a realização de reuniões com a participação dos ACS foi uma das questões levantadas em algumas unidades, de modo que se conseguisse manter mais proximidade com a comunidade atendida.

Diálogo entre saberes, educação em saúde e escuta do sujeito

A assistência à saúde carrega forte concepção biomédica, com um olhar centralmente biológico, medicalizante acerca do sujeito e relação vertical entre profissional e usuário, sendo que a ESF é um dispositivo que propõe justamente o contrário disto, colocando o usuário em uma posição central da produção de saúde, em que cuidado, acolhimento e vínculo são essenciais, de modo a se objetivar uma atenção integral com corresponsabilização no processo. Para tanto, é fundamental atentar-se aos costumes culturais dos usuários e às representações acerca de suas maneiras de enfrentamento (JUNGES *et al.*, 2011).

Nesse sentido, ainda que tudo isso precise permear as consultas na unidade, as visitas domiciliares e ações de educação em saúde são meios privilegiados de trocas de saberes. Nas visitas domiciliares durante o Multicampi Saúde da Criança, os estagiários puderam ter um contato direto com a realidade concreta dos usuários, como condições de moradia, saneamento básico, relações intrafamiliares e mesmo com vizinhos, rotinas, alimentação, potencialidades do cuidado, dificuldades, entre outros aspectos. Ademais, percebeu-se que o deslocamento, de algumas famílias à unidade, é mais difícil, devido, por exemplo, a questões financeiras, de tempo e acessibilidade – principalmente para os usuários PCD. Todos esses aspectos são fundamentais para a conformação de um cuidado ético e promissor.

No que diz respeito à educação em saúde, a sala de espera é um espaço de grande possibilidade de intervenções a partir da saúde coletiva (BECKER; ROCHA, 2017), situação verificada nas experiências dos estudantes. Enquanto os usuários aguardavam seus atendimentos, diversos diálogos com a comunidade puderam ser realizados. As rodas de conversa também foram um importante meio de trocas de conhecimentos e escuta de afetos diversos. Nessas duas formas de intervenção, foi possível tirar dúvidas, explicar questões de saúde, aprender com os saberes locais e permitir a expressão de sentimentos. Destaca-se, nesse sentido, que trabalhos com metodologias participativas e grupos são muito importantes para estimular autonomia, conscientização e mudanças sociais (BECKER; ROCHA, 2017).

Em todos esses momentos, o fazer da psicologia esteve ativamente implicado na construção de redes, acolhimento dos sofrimentos, escuta de afetos quase indizíveis, preocupação com o contexto social e relacional e inserção multiprofissional.

A importância do vínculo familiar e rede de apoio

Adotando o conceito de família-guia, tem-se a concepção de que o seio familiar é composto por vários elementos, como os vínculos afetivos, sociais e econômicos, sendo estabelecidos ao longo do tempo e passíveis de mudança, com adequação a novas situações e adoção de novas estratégias para tal (SILVA *et al.*, 2010). Assim, a manutenção desses aspectos é de suma importância, especialmente quando abalado por algum diagnóstico crônico, quando é necessária a reorganização de rotina para atender à nova demanda, consultas, tratamentos extensos e até deslocamento para outros locais fora da região de domicílio (OTHERO; CARLO, 2006). Isso aumenta o peso em cima desses laços e, muitas vezes, a família não possui o preparo psicológico para o enfrentamento da condição (CASTRO; PICCININI, 2002). Certas vezes, o adoecimento de uma criança pode ter mais a ver com a forma como a família trata a criança do que com o próprio diagnóstico (WALLANDER; VARNI, 1998).

Embora se possa supor que pais e mães de crianças com doenças crônicas tenham níveis de estresse semelhantes, as mães geralmente estão mais envolvidas no processo de tratamento, visitando o hospital com mais frequência e interagindo com a equipe profissional que cuida de seus filhos (SILVER; WESTBROOK; STEIN, 1998). Em todas as unidades trabalhadas, foi perceptível que a maioria das acompanhantes presentes eram as mães e o diálogo com elas evidenciou esse maior engajamento nos tratamentos do que os respectivos companheiros/pais. A atuação da psicologia foi interessante nesse processo, na medida em que havia um olhar atento e sensível às questões de gênero, o que contribuiu para o delineamento e prática das intervenções.

O preenchimento da Caderneta da Criança

A partir da criação da PNAISC, em 1984, o Ministério da Saúde começou a criar estratégias para acompanhar o desenvolvimento infantil, orientar os pais acerca de dúvidas

pertinentes e prevenir doenças que podem ocorrer durante a infância. O Cartão da Criança foi então desenvolvido para acompanhar o crescimento de crianças de 0 a 5 anos e, após reformulação, foi transformado na Caderneta da Criança, acompanhando gráficos da Organização Mundial da Saúde e ampliando a faixa de observação para crianças de até 10 anos de idade. O documento é garantido a todas as crianças por lei e conta com duas seções: uma para preenchimento dos pais e outra para preenchimento dos profissionais da saúde, garantindo assim que ocorra diálogo entre essas partes (PEREIRA, 2014).

Entretanto, mesmo diante da importância da Caderneta da Criança, observou-se a irregularidade da distribuição do documento no município e a pouca importância dada ao documento por parte de alguns profissionais, manifestada pelo rudimentar preenchimento da caderneta e pelo descuido de algumas famílias com seu manuseio, o que implicava em cadernetas com diversas avarias e uso prejudicado.

As cadernetas são produzidas pelo Ministério da Saúde e repassadas para as Coordenadorias Estaduais e Municipais, que enviam o documento para as Secretarias Municipais de Saúde, responsáveis pela distribuição final. Em 2021, devido à demora de licitação para impressão das cadernetas, vários municípios enfrentaram o desabastecimento e as Secretarias Municipais foram autorizadas a imprimir o documento (RIO DE JANEIRO, 2021). No município de Soure, os profissionais receberam versões reduzidas da caderneta e folhas em que registravam apenas a vacinação, consultas e exames marcados, excluindo o acompanhamento dos marcos de desenvolvimento infantil e a orientação aos pais acerca de questões importantes, como direitos garantidos pela lei e a prevenção de doenças.

Ademais, o fato de muitas vezes a caderneta ser utilizada apenas com o foco para as consultas e exames obrigatórios se alia a um modelo biologicista do cuidado à saúde infantil. Essa forma de pensamento exclui uma visão ampla sobre o cuidado, reduzindo as práticas a intervenções médico-centradas, focando apenas no saber técnico-científico dos profissionais e barrando a possibilidade de um trabalho em conjunto que se atente às necessidades específicas do desenvolvimento de cada criança (CUTOLO *et al.*, 2018).

Considerações finais

Durante o período em campo, foi possível conhecer o território, um pouco de suas demandas, o funcionamento da AB em Soure, as redes locais, algumas particularidades dos serviços e do perfil do público das ESF, além do uso da Caderneta da Criança e da Caderneta da Gestante nos estabelecimentos. Também foi permitido realizar um trabalho multiprofissional e a troca entre os saberes acadêmicos e os da comunidade, de modo a aliá-los e até mesmo reavaliar o processo de ensino-aprendizagem na academia.

A psicologia foi bastante demandada durante todo o estágio. Nossa atuação, atentando-se às sutilezas encontradas nos discursos, estava voltada para a compreensão do contexto social e do

entendimento do sujeito acerca de sua condição e importância dos vínculos afetivos, sem cair em uma patologização da vida e medicalização de corpos, mas sim uma atenção à concepção biopsicossocial de saúde e trabalho de saúde coletiva.

Nossa intervenção também se direcionou à compreensão do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde mobilizada pela sobrecarga de trabalho devido ao número reduzido de profissionais contratados pelo município.

A psicologia também se mostrou fundamental para a atuação relativa à saúde da criança, inclusive na atenção às questões mobilizadas por elas próprias, além do acolhimento das mães e demais responsáveis. Um diálogo aberto, sensível e acolhedor, aliado a ações de educação em saúde: trabalho verdadeiramente multiprofissional e conexão entre as redes, tem potencial de mobilizar grandes mudanças e promover implicação no processo. Essa é nossa aposta de atuação da psicologia da atenção básica em saúde.

Referências

BECKER, Ana Paula Sesti; ROCHA, Natália Lorenzetti da. Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da psicologia. **Mental**, v. 11, n. 21, p. 339-355, 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000200004. Acesso em: 30 abr. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017.

CASTRO, Elisa Kern de; PICCININI, César Augusto. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 15, n. 3, p. 625-635,

2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/8zrFrcx9zKx73xnLRztptnP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) na atenção básica à saúde**. 2. ed. Brasília: CFP, 2019.

CUTOLO, Luíz Roberto Agea *et al.* **A concepção de saúde e a organização da Atenção Básica**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina (UNSC); Universidade Aberta do SUS (Una-Sus), 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/15166>. Acesso em: 30 abr. 2022.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Educação dos profissionais de Saúde hoje—problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/download/1360/938>. Acesso em: 16 nov. 2022.

HADDAD, Ana Estela *et al.* Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Cad ABEM**, v. 5, n. 1, p. 6-12, 2009.

JUNGES, José Roque *et al.* Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4327-4335, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/M4bm9rgpwkDkD5DyKcsRxPy/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2022.

OTHERO, Marília, CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado de. A família diante do adoecimento e da hospitalização infantil: desafios para a terapia ocupacional. **Prática Hospitalar**, v. 8, n. 47, p. 100-104, 2006. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262262013_A_Familia_Diante_do_Adoecimento_e_da_Hospitalizacao_Infantil_-_Desafios_Para_a_Terapia_Ocupacional. Acesso em: 30 abr. 2022.

PEREIRA, Marina do Nascimento Afonso. **A importância do preenchimento da caderneta de saúde da criança na vigilância à saúde infantil**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2014. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/3197/TCC%20Marina%20do%20Nascimento%20Afonso%20Pereira.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 30 abr. 2022.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde. **Nota Técnica nº 02/2021 SAPS/SGAIS/SES-RJ**. Dispõe que toda criança nascida no Brasil tem direito a receber gratuitamente, ainda na maternidade, a Caderneta da Criança. Rio de Janeiro (Estado): Sistema Eletrônico de Informações (SEI), NUP nº 080001/009134/2021, documento nº 16424398. 30 abr. 2021. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDAzNjA%2C>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SILVA, Marcos Valério Santos da; MIRANDA, Gilza Brena Nonato; ANDRADE, Marcieni Ataíde de. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 589-599, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0420>. Acesso em: 30 abr. 2022.

SILVA, Mônica de Assis Salviano *et al.* Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 359-365, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/Y5ZY5kXkFJV3g6ZcQ5RDYbs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2022.

SILVER, Ellen Johnson; WESTBROOK, Lauren; STEIN, Ruth. Relationship of parental psychological distress to consequences of chronic health conditions in children. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 23, n.

1, p. 5-15, 1998. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/23/1/5/911562?login=false>. Acesso em: 30 abr. 2022.

WALLANDER, Jan; VARNI, James. Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. **The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 39, n. 1, p. 29-46, 1998. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9534085/>. Acesso em: 30 abr. 2022.

CAPÍTULO 10 |

O Projeto Multicampi Saúde da Criança e sua inserção nas políticas nacionais de saúde para as populações negra, do campo, da floresta e das águas

Cristina Maria Arêda-Oshai

Ádrea Simone Canto Lopes

Roseneide dos Santos Tavares

Anna Bárbara Lima

Carla Caroline Malcher Gomes

Laurilene de Fátima Pinto da Silva

Rosângela de Lima Farias

Introdução

Considerando-se o reconhecimento do caráter pluriétnico e multicultural presente no Brasil, afirma-se que há várias infâncias e crianças de diferentes perfis. Particularizando-se a Amazônia há infâncias quilombolas, cabôcas¹², ribeirinhas, indígenas, assentadas, acampadas, urbanas, rurais, pobres, ricas, dentre outras possibilidades. Esse imenso território, que corresponde a mais da metade do território nacional, possui uma diversidade sociocultural que expressa e reconfigura diversos outros territórios. A infância é uma construção social e, portanto, não é natural,

12 Aqui afirmamos o uso da palavra conforme explica o professor Aluizio Leal, com base no dicionário da terra e da gente do Brasil, de Bernardino José de Souza (1961) o termo ‘caboco’, provem do nheengatu caá-bôc, que significa tirado do mato. No entanto, esse termo sofreu alteração de pronúncia e sentido, sendo utilizado para auto identificação e/ou designação de pessoas não brancas, que vivem na Amazônia.

biológica e nem homogênea. A rigor, as inúmeras infâncias estão atreladas a tantos quantos forem discursos, práticas e ideias, em torno das quais e sobre as mesmas se organizem (LAJOLO, 2003).

Amado (2008), apresenta uma condição de vida de crianças em situação de rua na cidade de Salvador que, embora vivendo em ambientes públicos, são invisíveis aos olhos da sociedade, pois a situação de rua parecia ser adequada àquele perfil de crianças. Diferentemente desse autor, Pinto (1980) apresenta outro perfil de criança e, portanto, de infância. Nesse caso, revela o cotidiano de uma criança da classe média, cuja única responsabilidade é estudar, viver longe das ruas e sob a proteção familiar (LOPES, 2012). Esse modelo de infância se enquadra no ideário burguês, cujo viés homogeneizante pretende instituir um modelo de infância – no singular, inclusive – como condição natural.

Nessa discussão, cabe muito bem a afirmação de Lopes (2012, p. 81) ao se referir ao ato de mergulhar no contexto amazônico: necessário é “compreender que essa realidade não é homogênea e nem uniforme, pelo contrário, mascara relações sociais diferenciadas”.

Esses exemplos citados servem para ilustrar a ideia de infâncias e evidenciam a prática e discursos em torno de crianças com realidades sócio históricas particulares. Assim, o emprego da palavra infância carrega particularidades, que definem e distinguem formas de a sociedade reconhecer e se relacionar com as crianças, respeitando as diferenças. Nesta ótica, cabe ao Estado assegurar e promover os direitos sociais por meio de políticas públicas para as diversas crianças.

Na área da saúde, embora recentes, as políticas setoriais já são realidade. Elas indicam a necessidade do planejamento e realização de ações orientadas pelo princípio da equidade, ou seja, o tratamento diferenciado para indivíduos e coletivos que apresentem características e necessidades de atenção à saúde diferenciadas. Como exemplo de políticas com esse viés, cita-se Brasil (2002; 2013; 2017; 2018a) e a própria Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2018b), que apresenta recorte etário e objetiva:

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados [...], visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018b, p. 27).

A PNAISC reconhece a existência da correlação entre iniquidades sociais e inequidades (socioeconômicas, políticas, regionais) e os impactos na saúde. Destaca-se os índices de mortalidade infantil, mais elevados nas Regiões Norte e Nordeste; a prevalência de doenças diarreicas e respiratórias entre crianças indígenas, quilombolas, ribeirinhas; e, ainda que “iniquidades vividas pela população negra causam impactos negativos na saúde e no desenvolvimento saudável da criança” (BRASIL, 2018b, p. 105). Entenda-se também as iniquidades vividas pelos povos indígenas, populações quilombolas, do campo, das águas, dentre outras.

Quanto aos povos indígenas, dados do censo ainda de 2010 apontaram que sete de cada dez óbitos de crianças, ocorrem por doenças infecciosas (MARINHO *et al.*, 2019) o que pode ser considerado como causas evitáveis.

A PNAISC contém sete eixos estratégicos, com indicação de atenção especial para crianças etnicamente diferenciadas, devido a persistência de iniquidades não observadas na mesma proporção em outros segmentos. Afirma-se, inclusive, que um dos desafios para o alcance dos objetivos da PNAISC “é em relação ao reconhecimento e à afirmação dos direitos relacionados à diversidade cultural e especificidades de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, ciganas, população rural e das águas” (BRASIL, 2018b, p. 37).

A falta desse reconhecimento – e a percepção da infância como homogênea e natural; e da criança numa perspectiva predominantemente biológica – tende a reforçar desigualdades, na medida em que desconsidera especificidades individuais e coletivas, inclusive biológicas, étnico-raciais, culturais, ambientais, socioeconômicas, entre outras, que podem interferir no processo de produção da saúde-doença. A compreensão universalista, sobre infância e criança, contraria inclusive a própria concepção ampliada de saúde, contida na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 2016; 1990).

Sendo assim, para a elaboração deste capítulo, buscou-se como subsídio: o levantamento e a análise documental de artigos, livros e relatórios elaborados sobre o Projeto Multicampi Saúde da Criança; o levantamento e a análise documental de sites governamentais; e a observação participante em Unidades Básicas de Saúde (UBS) situadas em municípios da Amazônia paraense, integrantes do referido projeto. O capítulo está organizado em duas seções, além desta Introdução e das Considerações Finais.

A próxima seção apresenta o Projeto Multicampi Saúde da Criança, que oportunizou à maioria das coautoras realizar a observação participante nos espaços institucionais de saúde, nos quais foi possível perceber as configurações do desafio relativo ao reconhecimento e à afirmação dos direitos relacionados à diversidade cultural e especificidades. Busca-se a interseccionalidade, como ferramenta analítica, para a compreensão e visibilidade das desigualdades produzidas por opressões de raça, etnia, classe, origem, dentre outras, que se constituem determinantes sociais da saúde.

A terceira seção apresenta reflexões sobre realidades ribeirinhas em um município do estado do Pará, formado por áreas de terra firme e várzea, cuja diversidade étnico-racial é emblemática, pois sua população é constituída por pessoas quilombolas, ribeirinhas e extrativistas que habitam as 76 ilhas e a área urbana, denominada ‘sede’ do município.

O Projeto Multicampi Saúde da Criança e a integração entre ensino e serviço – interseccionalidade e desacomodação de conhecimentos

O projeto de extensão Multicampi Saúde da Criança¹³ visou promover a integração de 626 discentes de dez cursos da área da saúde da Universidade Federal do Pará (UFPA) aos serviços

13 Projeto custeado com recurso orçamentário proveniente de emenda parlamentar apresentada pelo então Deputado Federal Edmilson Brito Rodrigues. Nos mandatos consecutivos, como prefeito de Belém (de 1997 a 2004), Edmilson foi premiado por três vezes como “Prefeito Amigo da Criança” e no mandato atual, instituiu a Coordenadoria Antirracista (COANT), vinculada ao seu Gabinete, além de, por meio da Portaria nº 1.4491/2021 criou grupo de

da Atenção Básica (AB) de seis municípios paraenses¹⁴. O projeto envolveu diretamente os cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional; 15 docentes, que participaram como pesquisadores e tutores; e 50 profissionais de saúde, alguns deles atuando na gestão dos serviços.

De forma inédita, tanto pelo número de participantes, quanto pela forma de operacionalização e metas, o Multicampi de fato integrou alunos:

nas ações de saúde da criança: do pré-natal das [...] e puerpério, vacinas essenciais, triagem neonatal, investigação e discussão do óbito infantil, o acompanhamento do desenvolvimento infantil, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno (OLIVEIRA; LOPES, 2020, p. 5, no prelo).

Iniciado em junho de 2019 (imersão em campo) – com interrupção em março de 2020, devido à pandemia de covid-19, e retorno em setembro de 2021 –, o Multicampi promoveu a imersão de discentes e docentes em vários territórios dos municípios envolvidos no projeto. A imersão de cada grupo de discentes durava em média 30 dias, com carga horária de 40 horas semanais e oportunizou observação, vivência e aprendizados nos territórios onde a vida acontece, o que compreende as diversas realidades institucionais nas quais os processos de trabalho também acontecem. O relatório parcial do projeto informa que:

A presença em campo de estrangeiros, leia-se universidade (alunos e professores) produz buracos nos saberes instituídos, desacomoda rotinas nas equipes e gestão, convoca ao novo e a criação, propiciando novas experimentações em ato. Assim também como o conhecimento trazido na bagagem dos alunos e professores que vão a campo, produz rupturas e desassossegos no ambiente acadêmico, alterando a forma como a universidade produz e repassa conhecimento (OLIVEIRA; LOPES, 2020, p. 40, no prelo).

É sobre esse processo, de desacomodação de rotinas e saberes instituídos, que se pretende discorrer, principalmente considerando os “buracos” relacionados ao direito à diferença, em especial à étnico-racial, conforme a Constituição Federal (BRASIL, 2016). A possibilidade de diálogos interdisciplinares e o cotejamento de teorias e normativas legais com as realidades sociais evidenciaram situações que reafirmam a relevância da perspectiva interseccional. A esse respeito, uma estagiária multicampista concluiu em seu relatório de estágio, acerca da UBS onde estagiou:

Apesar da unidade estar localizada em um bairro considerado “nobre”, ao conhecer alguns moradores da região nas visitas domiciliares realizadas foram percebidas diversas demandas de caráter social, econômica, por exemplo: idosos cuidando de idosos ou morando sozinhos, negligência, situação de desemprego, subemprego, informalidade (ROCHA, 2019, p. 2, no prelo).

A perspectiva interseccional possibilita a evidenciação de desigualdades produzidas por opressões de classe, raça, etnia, identidade de gênero, dentre outras clivagens. Nessas desigualdades,

trabalho multiprofissional e intersetorial para elaborar políticas voltadas à saúde da população negra.

14 Abaetetuba, Belém, Bragança, Cametá, Castanhal e Soure.

as crianças certamente estão entre os grupos que mais sentem os reflexos dessas opressões. Diante disso, a interseccionalidade, nas palavras de Crenshaw (2002, p. 177), é:

Uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras.

Embora seja atribuído à Kimberlé Crenshaw a primeira sistematização do termo interseccionalidade, essa perspectiva analítica é compreendida como ferramenta ancestral, tendo sido utilizada por mulheres negras ativistas e intelectuais, a exemplo de Lélia Gonzales. A interseccionalidade dá “instrumentalidade teórico-metodológica à inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo e cisheteropatriarcado” (AKOTIRENE, 2018, p. 19).

Estudo do Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA) demonstra que, por exemplo, os níveis de acessibilidade a serviços de saúde de alta complexidade são determinados por fatores raciais. Em todas as cidades estudadas, dentre elas a capital Belém, observou-se a concentração de equipamentos de saúde neste nível de complexidade em áreas centrais, enquanto a população negra concentra-se em sua maioria em áreas periféricas. Sendo assim, “as desigualdades e a segregação racial também se manifestam territorialmente na desigualdade de acesso a oportunidades nas cidades brasileiras” (PEREIRA *et al.*, 2020, p. 36).

Uma análise sob outro ângulo reitera essas desigualdades, neste caso, olhando para unidades da Atenção Básica (AB), localizadas em áreas periféricas. Foram recorrentes relatos dos discentes sobre a infraestrutura de muitas das unidades, inclusive com afirmação de que essas estariam sujeitas às mesmas questões urbanas, semelhantes às das pessoas usuárias do SUS que residem nas periferias. Acerca de uma unidade de saúde localizada no bairro Montese, o mais populoso de Belém, foi afirmado que “[E]ssa região também é facilmente alagada quando chove, alagando ruas, casas, e até mesmo a Unidade Saúde da Família, segundo relatos da equipe da Unidade. Essa situação além de dificultar a mobilização das pessoas, também propicia as doenças” (MORAES, 2019, p. 2, no prelo).

Objetivando compreender como o SUS se constrói na Amazônia Legal, Oliveira (2008) problematiza a concentração dos serviços de saúde em municípios com economias mais dinâmicas e reivindica a equidade inter-regional, considerando a desigualdade gerada “a partir do processo de integração econômica entre as regiões” do país (OLIVEIRA, 2008, p. 35). Considerando-se a “hegemonia econômica interna” (OLIVEIRA, 2008, p. 35), que marcou essa integração, observa-se na Amazônia iniquidades típicas de áreas periféricas, neste caso, regiões periféricas.

Assim, as Regiões Norte e Nordeste apresentam médias mais elevadas de mortalidade infantil, em especial a Amazônia Legal, e média de óbitos por causas mal definidas, acima da média nacional (OLIVEIRA, 2008). Ainda nesse contexto da Amazônia Legal, a taxa de mortalidade infantil esteve em patamar mais elevado que as demais regiões do país na série histórica de 2010 a

2020, com uma queda nesse último ano de 17,6%. Mesmo apresentando essa redução, ainda permaneceu acima do restante do país. (TAXA, 2020).

Se a unidade dos humanos é a sua diferença, ou seja, aptidão praticamente infinita para inventar modos de vida e formas de organização social extremamente diversos (PIANI, 2010), na Amazônia não é diferente. É nessa região onde vive a maioria da população indígena do país, onde também há expressiva concentração de comunidades tradicionais, a exemplos de ribeirinhos, assentados, acampados, extrativistas e povos da floresta. Particularizando-se o estado do Pará temos 75% da população autodeclarada negra (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

Resultado da ação política dos movimentos sociais, o direito à diferença, reconhecido nos artigos 215 e 216 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2016), reverberou em políticas setoriais com recortes étnico-raciais, no âmbito da saúde, tais como: a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) (BRASIL, 2002); a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) (BRASIL, 2017) ; a Política Nacional de Saúde dos Povos do Campo, das Florestas e das Águas (PNSPCFA) (BRASIL, 2013); e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (BRASIL, 2018a).

Sob a perspectiva da interseccionalidade, entidades do Movimento Negro participaram do movimento da Reforma Sanitária e, data da década de 1980, a mobilização em prol da melhoria da atenção materno-infantil, visando à redução do óbito materno e infantil com maior incidência entre população negra e povos indígenas. As reivindicações – e a mobilização política de várias entidades e movimentos sociais – culminaram no reconhecimento legal do direito à saúde, expresso na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990 (BRASIL, 2016; 1990), cujos princípios éticos de universalidade, integralidade, igualdade propiciaram a elaboração de políticas setoriais promotoras de equidade, a exemplo da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em 2007, e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 2009 (BRASIL, 2017).

Toma-se, como referência para este trabalho, a PNSIPN por ser a primeira política, no âmbito da saúde, a afirmar o racismo como determinante social. Dessa forma, tem como marca o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde com vistas à promoção da equidade em saúde” (BRASIL, 2017, p.24). Usualmente relacionado apenas às pessoas negras, o racismo em suas manifestações individual, institucional e estrutural afeta outros segmentos populacionais não brancos, a exemplo de indígenas, quilombolas e populações ribeirinhas. O racismo estrutural na Amazônia ganha contornos no ambiente, configurando-se também o racismo ambiental, e tem-se, na análise interseccional, a possibilidade para evidenciar as nuances e consequências.

Sendo assim, o conceito ampliado de saúde, que orientou a criação do SUS, abarca o racismo como importante determinante social da saúde-doença. Por isso, a fim de contribuir para a compreensão da determinação social do racismo na produção da saúde-doença, o Multicampi

realizou uma oficina, que contou com a participação de discentes dos cursos envolvidos. Além disso, a atividade teve a participação de docentes dos cursos de enfermagem, biomedicina e serviço social e recebeu a colaboração de profissionais da área da saúde com atuação na assistência à saúde e na pesquisa. Nesse aspecto, a oficina sobre diversidade étnico-racial contribuiu para instigar a reflexão, agregando nova perspectiva para a análise e intervenção nos serviços de saúde.

Abordagem sobre saúde em realidades ribeirinhas – olhares do Multicampi sobre Abaetetuba (PA)

Desde o advento da Constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se, em lei, direito fundamental e social de todos, constituindo-se, como um dever do Estado, assegurar o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde. Como consta no Artigo 196 da Constituição Federal, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2016, p. 118).

Em perspectiva ampliada, o direito à saúde não se restringe ao atendimento em unidades de saúde, mas requer uma garantia da qualidade de vida, devendo ser consideradas as especificidades das populações e seus territórios, aqui destaca-se as ribeirinhas. O termo “ribeirinho” se refere a sujeitos sociais ligados aos rios e afluentes, onde esses tornam-se locais de vivências e sobrevivências. O ribeirinho (caboclo ou cabôco) tem, em suas práticas, diversos saberes e expressões culturais, desenvolvendo em seu cotidiano diversas formas de relações e interações no ambiente com os rios, florestas, humanos e com o sagrado (SANTOS, 2014). Ao referir-se a populações ribeirinhas, Pojo, Elias e Vilhena (2014, p. 182) afirmam que:

O percurso e o movimento das águas marcam e demarcam as relações sociais nas dimensões econômica, política e cultural neste contexto inequivocamente rural/ilhas. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde, de lazer, de educação, entre outras, passam necessariamente pela relação intrínseca com o movimento das águas porque, de algum modo, o rio-mar é o sinalizador da vida.

Em se tratando da saúde, como referido na seção anterior, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) destina-se aos povos e comunidades que se organizam de forma tradicional e possuem “modo de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo” (BRASIL, 2013, p. 22). Configura-se como uma política transversal e objetiva garantir o direito à saúde, promover a equidade, universalidade e a integralidade. Reconhece ainda, a ação de determinantes sociais, culturais e ambientais dessas populações, bem como a importância da descentralização, regionalização e controle social, enquanto princípios imprescindíveis para sua operacionalização.

Quando mais especificamente observada, é possível identificar que o Plano Operativo da PNSIPCFA está “estruturado em quatro eixos estratégicos e incluem ações que incidem sobre os

diferentes condicionantes e determinantes que sustentam a desigualdade social em saúde” (BRASIL 2013, p. 32), desigualdades essas que geram agravos à saúde dessas populações, que são o acesso das mesmas na atenção à saúde, ações de promoção e vigilância em saúde, educações permanente e popular, bem como monitoramento e avaliação desse acesso às ações e serviços de saúde a tais populações.

Desse modo, o Plano Operativo, está incorporado na dinâmica do SUS por intermédio de estratégias de gestão solidária e participativa, na medida em que a integralidade das ações depende, sobremaneira, da atuação de equipes interdisciplinares. Equipes essas que oferecem serviços às populações no seu próprio contexto, contribuindo, de certo modo, para elevar a qualidade de vida; e que atuam na promoção da saúde, na prevenção (vigilância em saúde), na atenção básica, dentre outros níveis de atenção.

Cabe destacar com brevidade o eixo 4 – que trata do monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde –, uma vez que seus indicadores devem ter como referência à morbimortalidade e ao acesso, a atenção integral à saúde, incluindo, dentre outras práticas, as ações de atenção voltadas à criança e outros grupos etários (BRASIL, 2013). Nesse contexto, está inserido o Projeto Multicampi Saúde da Criança, posto que o mesmo, além de se estruturar nesses mesmos princípios e dinâmicas do SUS, tem como foco, conforme dito anteriormente, o atendimento à criança. Desse modo o referido projeto responde plenamente aos interesses e objetivos da PNSIPCFA.

A partir dos pressupostos e dos destaques feitos, considera-se que, na Região Amazônica, constituída por 7.584.421 km², é verificado um grande contraste entre riquezas naturais e desigualdades sociais, exclusão e pobreza, intensificados pelo processo de urbanização e exploração. Historicamente nessa região agregam-se violações de direitos contra populações tradicionais, sina colonial que reverbera até a atualidade, cujos efeitos constituem-se determinantes sociais da saúde (OLIVEIRA, 2008; NASCIMENTO; HAZEU, 2015; PARACAMPO, 2019; ARÊDA-OSHAI *et al.*, 2022).

Dentre os municípios integrantes do Projeto Multicampi, destaca-se Abaetetuba formado por 72 ilhas que constituem a chamada Região das Ilhas. A população, constituída por 141.100 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a), distribui-se, em sua maioria, na área urbana (82.998) e na área rural (58.102) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Em termos étnico-raciais, a maioria da população se declara negra (100.509 pardas e 9.038 pretas); sendo 80 pessoas autodeclaradas indígenas; 30.676 autodeclaradas brancas e 797 autodeclaradas amarelas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a). Da população com 10 anos ou mais, 55.946 pessoas viviam sem rendimento; 8.988 viviam com até 1/4 do salário mínimo; 9.322 viviam com renda que variava entre 1/4 a 1/2 salário mínimo e 24.193 pessoas viviam com mais de 1/2 a 1 salário mínimo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Dentre as pessoas vivendo sem rendimento, destaca-se que a maioria é constituída por pessoas autodeclaradas negras (40.737 pardas e 3.375 pretas), seguido de 11.490 pessoas autodeclaradas brancas, 317

autodeclaradas amarelas e 27 autodeclaradas indígenas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Observa-se expressiva variação das faixas de rendimento entre todos os grupos étnico-raciais, inclusive indicando concentração de renda dentro de cada grupo, exceto entre indígenas, cuja variação oscila entre ‘sem rendimento’ chegando ao máximo à classe de rendimento nominal mensal ‘mais de 1 a 2 salários mínimos’, declarada por 8 pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b).

Dos 30.917 domicílios particulares permanentes existentes no município, apenas 8.244 têm fornecimento de água proveniente de uma rede geral. Os demais utilizam água de poço ou nascente na propriedade (13.044) ou fora dela (2.906) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). Embora o saneamento básico seja um dos principais determinantes sociais de saúde, registra-se uma grande desigualdade no acesso aos serviços de abastecimento de água entre os habitantes das áreas urbanas e rurais. Apesar da presença da água “em muitas situações do cotidiano [...] há uma advertência a ser feita: no mundo aquático que cerca os ribeirinhos, a água não pode ser utilizada para beber. Está poluída” (POJO; ELIAS; VILHENA, 2014, p. 192). Considerando-se a realidade brasileira, apenas 32,8% dos domicílios rurais têm acesso à rede geral de distribuição de água tratada, enquanto 67,2% dessa população utiliza água sem tratamento, provenientes de poços (protegidos ou não) insalubres, o que contribui para proliferação de doenças e aumento da desigualdade social (BRASIL, 2013).

Para a PNISPCFA, “esse cenário contribui, direta e indiretamente, para o surgimento de doenças de veiculação hídrica, de parasitoses intestinais e de diarreias, as quais são responsáveis pela elevação da taxa de mortalidade infantil” (BRASIL, 2013, p. 13). A dificuldade em acessar água potável e saneamento básico, além de ocasionar os agravos mencionados, principalmente nas crianças, propicia o desenvolvimento de vetores de doenças, como a Dengue e *Chikungunya*, conforme destacam Lima, Ferreira e Costa (2020). Vale lembrar, que esses fatores estão presentes e se manifestam também em áreas ribeirinhas, não necessariamente localizadas em áreas longínquas, mas dentro de áreas urbanas centrais, como ocorre na ilha do Combu, no município de Belém. Apesar do potencial turístico e, dessa forma, destino muito procurado por viajantes provenientes de várias regiões do país, a localidade não possui saneamento (água potável e sistema de coleta de lixo).

Objetivando verificar como os objetivos da PNSIPN e PNSPCFA se materializam no município de Abaetetuba, Rangel (2020) realizou pesquisa substancial, bibliográfica e documental, tendo constatado que essa materialização ocorre de forma incipiente, sendo realizadas ações pontuais, que alcançam comunidades ribeirinhas e quilombolas, que somam 18 certificadas pela Fundação Cultural Palmares. Conforme Rangel (2020), Abaetetuba contava, em 2019, com 71 estabelecimentos de saúde, dos quais 29 são postos de saúde instalados em comunidades rurais, porém sem equipes de saúde; e 11 unidades ESF, sendo cinco em funcionamento em áreas urbanas e seis em áreas rurais. Com essa estrutura, a cobertura populacional no referido ano era de aproximadamente 41,20%.

Quando da imersão oportunizada pelo Projeto Multicampi, observou-se que a atenção à saúde das populações ribeirinhas ocorria, principalmente, por meio da ação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) fluvial e uma unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada em uma das ilhas. Embora tenha havido algum progresso, com o estabelecimento dessa UBS e ESF, parecia não ser suficiente para atender os extensos territórios das ilhas de Abaetetuba, para os quais o deslocamento nem sempre é rápido e fácil. A título de exemplo, segundo a própria Prefeitura Municipal de Abaetetuba, a UBS fluvial, no ano de 2020, tinha como planejamento o atendimento em somente 12 comunidades das 76 ilhas. Acrescenta-se elementos da natureza como as marés, que influenciam nas condições para os deslocamentos, determinando o ir e vir.

Outra questão importante para a discussão foi a dificuldade em acessar direitos nas comunidades e a carência de recursos. Durante o Multicampi, em uma roda de conversa com gestantes em UBS localizada em uma das ilhas em Abaetetuba, foram relatados impasses em conseguir o direito a acompanhante durante o parto, consultas regulares de pré-natal e realização de exames. Ademais, alguns recém-nascidos não receberam a Caderneta da Criança, ou estavam com um modelo ultrapassado, sendo raro encontrá-las preenchidas por completo. No entanto, “a inferência dos dados [...] não indica uma ineficiência da atuação da SESMAB, mas procura reafirmar que a Política de Saúde [...] ao ser formulada deve-se levar em consideração a diversidade de povos e culturas e a disposição geográfica do país” (RANGEL, 2020, p. 120). Os estudantes constataram também que, na Caderneta da Criança, não constam as opções quilombola e ribeirinha, por exemplo, nem um espaço para informação adicional. Essa constatação se deu nas atividades práticas. Além disso, opções equivocadas, como ‘negra’ e ‘parda’, não traduzem o Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010).

Nas UBS onde as equipes do Multicampi atuaram na integração entre ensino e serviço resultaram ações de educação em saúde, realizadas por meio da abordagem individual e coletiva em rodas de conversa, das quais participaram famílias usuárias dos serviços. Foram momentos ímpares para o esclarecimento de dúvidas, discussões sobre qualidade de vida, direitos sociais, dentre eles o de acesso à saúde. Também foram realizadas ações de educação na saúde, com discussão e planejamento da atenção em saúde sob perspectiva multiprofissional. Essas atividades, consideradas acolhedoras, contribuíram para evidenciar o princípio da integralidade, ao articular os aspectos biopsicossociais e culturais. Segundo Piani (2010), o termo integralidade foi sendo ressignificado, tornando-se polissêmico. Aqui, o seu uso diz respeito à visão ampliada sobre os sujeitos e o reconhecimento da importância da intersetorialidade como estratégia para promoção, proteção e recuperação da saúde e da interseccionalidade como ferramenta analítica capaz de evidenciar desigualdades sócio raciais que determinam a saúde-doença.

Considerações finais

O Projeto Multicampi Saúde da Criança possibilitou que estudantes de dez cursos da área da saúde conhecessem realidades bastante distintas das que vivenciam cotidianamente no ambiente acadêmico. Esses estudantes atuaram em unidades de saúde localizadas em áreas sem

saneamento básico, onde as crianças, muitas vezes, sofriam de doenças decorrentes das condições adversas presentes em seus territórios. Conheceram, nas entranhas da Amazônia, em áreas rurais e urbanas, inclusive na própria capital do estado, o que as desigualdades socioeconômicas provocam no processo saúde-doença.

Se no campo da saúde ainda não é usual incorporar fatores relacionados às desigualdades sócio raciais, a experiência do Multicampi na Amazônia nos obriga a pensar a partir da abordagem interseccional, ou seja, considerando o atravessamento de questões relacionadas à classe social, raciais, étnicas, sexuais, de gênero, de território, entre outros elementos, na produção de desigualdades e opressões, sendo interseccionalidade entendida não como um recorte, mas como ferramenta analítica e estratégica para a compreensão do efeito dessas desigualdades na produção da saúde-doença, bem como para a formulação de respostas profissionais visando ao seu enfrentamento e superação.

A Amazônia não é um território exótico, uma parte específica e distante do Brasil. Assim, as pessoas negras, indígenas, quilombolas, ribeirinhas e suas crianças devem ser vistas, reconhecidas e respeitadas como detentoras de direitos, que também têm direito à diferença, não devendo esta ser utilizada para produzir e naturalizar desigualdades. Para que o princípio da integralidade do SUS se efetive, é preciso se atentar às reais necessidades de cada população nas mais diversas formas do cuidado.

Desse modo, entende-se que qualquer ação relativa à saúde da criança deva levar em consideração a diversidade de infâncias e de crianças presentes em nossos territórios, com especial atenção às crianças em situação de vulnerabilidade, crianças dos campos, florestas e águas. A integralidade da atenção à saúde da criança depende da inserção de um debate franco sobre diversidade étnico-racial-territoriais para o planejamento de ações afirmativas e de políticas que, de fato, sejam promotoras de equidade social.

Quanto à Caderneta da Criança, os estudantes se depararam com municípios onde nem havia a distribuição do documento. Um modelo de Caderneta geral (comum e único), pensado para todo o Brasil, pode invisibilizar a diversidade de crianças da Amazônia, que vivem suas infâncias entre a mata e o rio, cabendo menção ao fato de a Caderneta da Criança sequer considerar outras possibilidades de pertença étnica, não constando as opções quilombola e ribeirinha, por exemplo, nem um espaço para esta informação adicional.

Quando não se conhece o território (nem o público estratégico) e se definem políticas a partir de um “cego olhar” é provável que exista a possibilidade de se contribuir para a reiteração de violências, dentre elas o desrespeito aos direitos sociais legalmente instituídos. Destaca-se ainda o equívoco quanto ao quesito raça/cor, identificado na referida caderneta, pois constam as opções ‘negra’ e ‘parda’, o que demonstra o desconhecimento e, talvez, displicência dos elaboradores desse documento, que não se deram ao trabalho de verificar a classificação oficial, conforme o Estatuto da Igualdade Racial (BRASIL, 2010).

Além dessas situações experimentadas pelas crianças, existe ainda a violência que se manifesta no assassinato de trabalhadores rurais. As disputas pela terra, a grilagem e a expropriação continuam ocorrendo e as crianças tendem a ser as maiores vítimas. Pensar e operacionalizar políticas públicas na Amazônia implica compreender e considerar a sua sina colonial que reverbera até a atualidade na intensificação da exploração dos bens da natureza, deslocamentos compulsórios, dentre outros, com incidência direta nos processos de produção da saúde e da doença.

É importante mergulhar no universo amazônico, mas, para isso, é necessária a compreensão sobre a realidade, uma vez que a mesma não é homogênea e nem uniforme, pelo contrário, mascara inúmeras relações sociais diferenciadas. Cabe então retomar o processo histórico de construção e desconstrução do sujeito social em suas inúmeras identidades e as várias infâncias, muitas vezes esquecidas e invisíveis.

O Projeto Multicampi Saúde da Criança, ao possibilitar que estudantes da área da saúde mergulhem nesse universo amazônico, dá aos mesmos a oportunidade de conhecer uma faceta da realidade das populações negra, das florestas, do campo e das águas; interagir e perceber a diversidade; conhecer a realidade dos serviços de saúde e de seus constantes desafios; conhecer e interagir com profissionais da atenção básica de diversas áreas do conhecimento; e, ainda, conhecer os desafios do SUS para o atendimento integral às diversas populações. Instiga também, no estudante, a necessidade de conhecer os sistemas de produções e padrões tecnológicos, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade.

Conhecer esse contexto, em especial as crianças e suas diversidades, é suscitar nos estudantes a compreensão e, principalmente, a necessidade de inserção de profissionais qualificados, humanos e capazes de se despojarem de suas realidades e aceitarem o desafio de adentrar nos extensos territórios da Região Amazônica, muitos de difícil acesso, para atender às necessidades de atenção à saúde destas populações, contribuir para melhorar sempre o nível de saúde, por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, de geração, de raça/cor, de religião, de cultura, de etnia, de orientação sexual, dentre outras, todas caracterizadas pela diversidade.

Reconhecer que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais, culturais e ambientais em que vivem as populações, é compreender que esses determinantes foram incorporados e fazem parte das políticas de atenção integral à saúde das populações, indicando a necessidade de ações intersetoriais consideradas vitais para o impacto sobre a qualidade de vida/saúde das populações, e em especial, das crianças negras, do campo, da floresta e das águas.

Referências

AKOTIRENE, Carla. **O que é interseccionalidade**. Coleção Feminismos Plurais. Belo Horizonte: Letramento; 2018.

AMADO, Jorge. **Capitães da Areia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

ARÊDA-OSHAÍ, Cristina Maria *et al.* Determinação Social da Saúde-Doença em Contextos Amazônicos: reflexões sobre o racismo estrutural no contexto da pandemia de covid-19 *In*: ANDRADE, Roberta Ferreira Coelho de *et al.* (org.). **Campo Minado: crise, trabalho e saúde no Brasil em tempos de pandemia da covid-19**. 1. ed. Manaus-AM; São Paulo-SP: EDUA; Alexa Cultural, 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em: 17 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, nº 9.029, de 13 de abril de 1995, nº 7.347, de 24 de julho de 1985 e nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 21 jul. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112288.htm. Acesso em: 19 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. 1. ed. 1. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 13 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.384, de 28 de dezembro de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani. **Diário Oficial da União**: Edição Extra, Brasília, DF, 31 dez. 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_crianca_orientacoes_implementacao.pdf. Acesso em: 17 nov. 2022.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista estudos feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>. Acesso em: 17 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**: Tabela 3175 – População residente, por cor ou raça, segundo a situação do domicílio, o sexo e a idade. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/Tabela/3175#resultado>. Acesso em: 17 nov. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010:** Universo, características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/abaetetuba/pesquisa/23/27652>. Acesso em: 17 nov. 2022.

LAJOLO, Marisa. Infância de papel e tinta. In: FREITAS, Marcos Cezar de. **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2003.

LIMA, Aline Maria Meiguins de; FERREIRA, Karoena Machado do Nascimento; COSTA, Thais Nayara de Carvalho. Turismo e segurança hídrica: desafios na Ilha do Combu, Pará. **Turismo e Sociedade**, v. 13, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ts.v13i1.72643>. Acesso em: 4 mai. 2022.

LOPES, Adrea Simone Canto. **A construção da identidade da infância na Amazônia Ribeirinha:** Ilha de Cotijuba Belém-Pará. 2012. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Rural) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

MARINHO, Gerson Luiz *et al.* Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 57-63, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0646>. Acesso em: 31 out. 2022.

MORAES, Suellen Souza de. **Relatório final de estágio:** Multicampi Saúde da Criança. Belém: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, 2019. No prelo.

NASCIMENTO, Nádia Socorro Fialho; HAZEU, Marcel Theodor. Grandes empreendimentos e contradições sociais na Amazônia: a degradação da vida no município de Barcarena, Pará. **Argumentum**, v. 7, n. 2, p. 288-301, 2015.

OLIVEIRA Paulo de Tarso Ribeiro de. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

OLIVEIRA Paulo de Tarso Ribeiro de; LOPES Márcia Maria Bragança. **Relatório parcial do Projeto Multicampi Saúde:** saúde da criança paraense na atenção básica: articulação entre ensino, pesquisa, serviço e gestão. Belém: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, 2020. No prelo.

PARACAMPO, Maria Vitória Souza. Serviço Social, Questão Social na Amazônia e os Desafios da Garantia de Direitos na Política de Segurança Pública. In: ABREU, Verônica do Couto; PARACAMPO, Vera de Souza; PARACAMPO, Maria Vitória Souza (org.). **O trabalho social no campo da segurança pública, direitos humanos e educação no contexto amazônico**. Curitiba: CRV. p. 31-54. 2019. (Coleção Segurança pública, direitos humanos e educação no contexto amazônico. v. 1).

PEREIRA, Rafael Henrique Moraes *et al.* **Desigualdades socioespaciais de acesso a oportunidades nas cidades brasileiras - 2019**. Rio de Janeiro: IPEA. 2020.

PIANI, Pedro Paulo Freire. Integralidade das práticas em saúde: experiência da comunidade de Mangueiras na ilha de Marajó (PA) e o Sistema Único de Saúde. In: PINHEIRO, Paulo Sérgio; PINTO, Regina Pahim (org.). **Acesso aos direitos sociais: infância, saúde, educação, trabalho**, São Paulo: Contexto. p. 97-112. 2010.

PINTO, Ziraldo Alves. **O menino maluquinho**. São Paulo: Melhoramentos, 1980.

POJO, Eliana Campos; ELIAS, Lina Gláucia Dantas; VILHENA, Maria de Nazaré. As águas e os ribeirinhos – beirando sua cultura e margeando seus saberes. **Margens**, v. 8, n. 11, p. 176-198, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18542/rmi.v8i11.3249>. Acesso em: 18 nov. 2022.

RANGEL, Tatiane da Silva. **Equidade em saúde na Amazônia paraense: um olhar sobre comunidades quilombolas de Abaetetuba/PA**. 2020. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal do Pará, Belém. 2020.

ROCHA, Regiane de Nazaré de Sousa. **Relatório final de estágio: Multicampi Saúde da Criança**. Belém: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, 2019. No prelo.

SANTOS, Jenijunio dos. **Populações ribeirinhas e educação do campo: Análise das diretrizes educacionais do município de Belém-PA, no período de 2005-2012**. 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Pará, Belém. 2014.

TAXA de mortalidade infantil. **Amazônia Legal em Dados**. 2020. Disponível em: https://amazonialemdados.info/dashboard/perfil.php?regiao=Amaz%C3%B4nia%20Legal&area=Sa%C3%BAde__67&indicador=TX_DATASUS_MORT_INFANTIL_UF__67&primeiro. Acesso em: 31 out. 2022.

CAPÍTULO 11 | Multicampi Saúde na Amazônia como educação emancipatória de estudantes da UFPA: práticas à saúde das crianças no SUS por meio da extensão

Flávia Cristina Silveira Lemos
Leandro Passarinho Reis Júnior
Melina Navegantes Alves
Ronilda Bordó de Freitas Garcia
Anderson Reis Oliveira
Antônio Soares Júnior
Luana Karolina dos Santos Amorim
Pedro Romão dos Santos Júnior
Daniel Castro Silva

Introdução

Este capítulo tem o objetivo de descrever e apresentar alguns resultados entre inúmeros de grande importância que poderiam ser selecionados como indicadores de êxito da formação realizada pelo Projeto Multicampi Saúde, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA). Um destes pontos é a aprendizagem significativa que, segundo Ferla (2021), se dá pela relação entre educação em saúde a partir das atividades realizadas no/pelo trabalho.

Este texto é um recorte de análise, propiciado pelas vivências de estudantes que participaram do Projeto Multicampi Saúde, dirigido, especificamente, às crianças: aspecto que foi delimitado no desenho de planejamento e execução do projeto. Entre as práticas realizadas, é

possível afirmar que a educação interprofissional em saúde foi um dos principais dispositivos de formação pelo trabalho vivo, que pressupõe a invenção materializada em ato. A participação de discentes no projeto se deu a partir de uma imersão, de 30 dias seguidos, em vivências na atenção básica à saúde voltada às crianças, no território amazônico paraense. O projeto foi composto pelos cursos de: Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Biomedicina, Psicologia e Serviço social, vinculados a quatro institutos da UFPA, em uma rede transdisciplinar de saberes que ganharam sentido no contato com o território do SUS, em Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Pará.

A seguir, apresenta-se alguns analisadores de demandas, produzidas nas vivências do Multicampi Saúde, por estudantes de psicologia, nas práticas extensionistas realizadas com a promoção da saúde da criança na Amazônia paraense, nos anos de 2019 a 2021. Durante este período, estes mesmos discentes fizeram disciplinas na graduação; estágios básicos em pesquisa e saúde; estágios de ênfase em saúde; iniciação científica; e trabalhos de conclusão de curso com a professora Flávia Cristina Silveira Lemos e o professor Leandro Passarinho Reis Júnior. As experiências, vividas no Multicampi Saúde, eram relatadas pelos estudantes, que as articulavam aos saberes partilhados e construídos em outros espaços e tempos da formação em saúde. Deste modo, este escrito foi fabricado pelos encontros potentes de formação em saúde, com ressonâncias múltiplas, que entram em composição com o currículo e as histórias de vida, em um diagrama de práticas diversas no qual a educação se efetua como vitalidade.

Aprendendo com o trabalho concreto com a promoção da saúde da criança

Para Yves Schwartz, o trabalho concreto é a possibilidade de aprender e realizar atividades com sentido sócio afetivo de abertura de uma dimensão inventiva das relações cotidianas, que podem ser conectadas a outras experiências e atividades, organizadas como modo de subjetivação singularizante em resistência à alienação capitalística da existência (SCHWARTZ, 2000; 2003; 2007; GOMES; ABRAHÃO; VIEIRA, 2006). Em geral, no capitalismo, a educação se torna abstrata, na medida em que produz práticas alienantes, competitivas, individualistas, isoladas, tecnicistas, empresariais e que alienam estudantes de si mesmos, assim como separam trabalhadores(as) da materialidade do seu próprio ofício. Portanto, o Multicampi Saúde propiciou relacionar os usos de si no trabalho, com a concretude da existência e da sociedade nos territórios em que o Sistema Único de Saúde (SUS) acontece. A mortificação da subjetividade opera concomitantemente ao trabalho abstrato, distanciado da vivacidade e do vigor do trabalho em ato.

Para realizar um atendimento baseado em experiências concretas de emancipação, articula-se a educação em saúde com a equidade e a integralidade na atenção básica. Deste modo, nas vivências, estudantes puderam compreender e observar, *in loco*, as ações de garantia do direito social à saúde da criança no cotidiano, por meio de uma aprendizagem significativa, que articulava a educação pelo trabalho com o cuidado em saúde. Para tanto, foi fundamental singularizar a criança atendida, para que a mesma não fosse transformada em um número, um dado, um corpo, uma coisa

que perde a condição de sujeito em condição peculiar de desenvolvimento, ao ser enquadrada em uma régua que generaliza e universaliza os modos de ser criança, a colocando fora da cultura, da história e dos determinantes sociais e econômicos da saúde.

Os estudantes da UFPA, que participaram do Multicampi Saúde, puderam aprender, no chão da política pública de saúde, sobre a criança real, afirmada como sujeito de direitos ao vivo, diferente de apenas ler manuais do desenvolvimento infantil e discutir, em sala de aula, conteúdos e conceitos a respeito de uma criança idealizada e universal. Não se prescinde das teorias, das técnicas e das aulas em salas, mas, sabe-se que a universidade pública está embasada em um tripé, cujos pilares são: ensino, pesquisa e extensão. Portanto, uma política de formação, com qualidade e crítica, pressupõe uma educação emancipatória tecida enquanto prática inclusiva, democrática, plural e marcada pela diversidade que articula os três pilares citados e que, por sua vez, constituem a política pública da educação na graduação e na pós-graduação.

A aprendizagem se torna significativa quando produz sentido por meio das experiências de coletivização e solidariedade que ocorrem, de modo especial, pelo e com o trabalho. Este pressuposto crucial, para a educação em saúde e promoção da integralidade do cuidado, foi herdado pelos sanitaristas brasileiros no contato com trabalhadores de saúde vinculados à reforma sanitária italiana. Assim, a atenção básica à saúde da criança pressupõe visualizar a criança real, em condições concretas de existência, que se desenvolve em uma sociedade marcada por paradoxos e contradições ligadas ao capitalismo mundial e integrado com suas singularidades territoriais.

O contato de estudantes, com a proposta do Projeto Multicampi Saúde, de atuar com a promoção da saúde da criança na atenção básica, se ancorou na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), aprovada pela Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015 pelo Ministro da Saúde Arthur Chioro (BRASIL, 2015). A PNAISC visa proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, a partir de um conjunto de ações da integralidade do cuidado (da gestação aos nove anos de vida), com prioridade aos primeiros anos, sobretudo, nas situações de vulnerabilidade devido a violações de direitos e violências vividas em contextos de desigualdades sociais e econômicas.

Esta Política nasce como resultado de vários marcos legais anteriores, tais como: os artigos 227 e 228 da Constituição Federal de 1988, que afirmam a criança e o adolescente como prioridade absoluta, devendo receber a proteção integral e a responsabilidade da família, da sociedade e do Estado, zelando-se pelo cuidado à saúde, à segurança alimentar, à educação, aos bens culturais, ao respeito, à convivência familiar e comunitária, à dignidade humana, ao lazer e à profissionalização (BRASIL, 2016). Também se deve assegurar que toda criança e adolescente seja colocada a salvo das práticas de negligência, exploração, discriminação, violência, crueldade e opressão.

Estes princípios foram detalhados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a) aprovado, em 1990, por unanimidade, no Congresso Nacional, como resultado das lutas dos movimentos sociais de defesa, promoção e garantia dos direitos das crianças e dos

adolescentes. Além disso, também em 1990, foi aprovado o Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990, que promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança (BRASIL, 1990c).

Dessa forma, a partir dos Artigos 227 e 228 da Constituição Federal de 1988 e da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), crianças e adolescentes passam a ser concebidos como sujeitos de direitos (BRASIL, 2016; 1990a). Rompe-se com a condição de minoridade, de assistencialismo e coisificação a que esta população estava submetida e é proposto o princípio de proteção integral. Em 1990, também é aprovada a Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990b), que deu origem ao SUS, fruto das movimentações ligadas ao movimento da Reforma Sanitária brasileira. Este novo panorama, de cuidado às crianças, emerge como resultado das lutas pela redemocratização do Brasil, que foram aprovadas por meio de intensas mobilizações coletivas de diversas entidades, movimentos, grupos, organizações e atores sociais.

Este quadro é importante para contextualizar os marcos legais que ampararam a efetivação da política nacional de saúde no país, na interface com os mecanismos do Sistema de Garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes. O cuidado na atenção básica em saúde da criança pressupõe a realização de um trabalho que considere os aspectos dos direitos humanos (especialmente dos direitos das crianças) como condição fundamental de enfrentamentos às desigualdades sociais e econômicas, que produzem processos de vulnerabilização deste segmento populacional.

De acordo com o ECA, crianças e adolescentes devem ter prioridade absoluta no atendimento e no orçamento público (BRASIL, 1990a). Diante deste panorama, observa-se que é relevante oferecer a formação de discentes, guiada por aspectos sinalizados nos marcos legais do Estado Democrático de Direito. Busca-se pensar a importância da análise do cuidado a partir da relação entre normas e leis, em uma determinada sociedade e em uma temporalidade específica. Deste modo, a promoção da saúde da criança ganha materialidade e concretude, no bojo de uma ação política educativa voltada à desnaturalização da infância, como concepção de uma fase do desenvolvimento apenas ou ainda sem fala, portanto, sem direitos garantidos. Assim, para promover a saúde da criança, é importante considerar os direitos deste grupo social e seus marcos jurídicos, sócio comunitários e institucionais.

A PNAISC orientando o Multicampi Saúde na relação com os marcos éticos e legais da promoção da saúde das crianças

Uma política pública deve ser estruturada e organizada por um conjunto de ações, movimentos, reivindicações e pressupostos que a sustentam e a fazem ser implementada, como agenda ativa, por meio de protagonismos, singularizações e tensionamentos que não cessam de acontecer. Criada em 2015, em um contexto de construção do delineamento das redes de saúde, no mandato da Presidente Dilma Rousseff e na gestão do Ministro da Saúde Arthur Chioro, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2015) nasceu, como fruto de várias outras ações políticas, por meio de lutas (locais, regionais, nacionais e internacionais) de diversos setores da sociedade.

Ações intersetoriais, ligadas ao desafio de romper com iniquidades históricas no país, passam pela educação escolarizada também na vida das crianças brasileiras. Em 2001, no mandato do Presidente Fernando Henrique Cardoso e na gestão do Ministro da Saúde Barjas Negri, foi promulgada, a Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001, que aprovou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001).

Em 2005, sob a presidência de Luiz Inácio Lula da Silva e gestão do Ministro da Saúde Humberto Costa, foi publicada a Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005, instituindo a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança” (BRASIL, 2005), que se tornou um importante dispositivo de imunização de crianças no país. Em 2006, foi aprovada a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que passou a regulamentar o comércio dos alimentos para lactentes e crianças na primeira infância e de produtos vinculados às práticas de puericultura, bem como os seus correlatos (BRASIL 2006). Em 2007, foi promulgado o Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), articulando ações, dos Ministérios da Saúde e da Educação, voltadas à promoção da saúde coletiva, da segurança alimentar, da prevenção e da integralidade do cuidado em saúde de crianças e adolescentes (BRASIL, 2007).

Em 2010, no segundo mandato do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva e gestão do Ministro da Saúde José Gomes Temporão, foi publicada a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, criando as diretrizes de gestão da formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2010). Esta ação foi inovadora e de grande relevância para a organização do SUS, demarcando especificidades e estratégias singulares de cada rede e das regiões, bem como da articulação entre as respectivas redes na atenção à saúde (MENDES, 2010).

Em 2011, sob a presidência de Dilma Rousseff e gestão do Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, promulgou-se a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNAB estabeleceu a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011a). Esta ação política forneceu mais agilidade, foco na equidade e incorporação de princípios da reforma sanitária brasileira no SUS, de modo mais concreto e eficaz. Também em 2011, foi aprovado o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que possibilitou a articulação interfederativa no âmbito do SUS (BRASIL, 2011b).

A gestão da Presidente Dilma Rousseff implicou, sobretudo, em ganhos intangíveis para a primeira infância. Em 2012, sob a coordenação do Ministro da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha, foi publicada a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, delimitando diretrizes e objetivos para a gestão da atenção integral, com foco humanizado ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, além de dispor sobre os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal, no SUS (BRASIL, 2012a). No mesmo ano, ainda foi promulgada a Portaria nº 2.362, de 17 de outubro de 2012, que instituiu os Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, também no contexto do SUS (BRASIL, 2012b).

Esta fase profícuca, de organização política do SUS, teve continuidade sob a liderança da Presidente Dilma Rousseff, sendo que, em 2013, foi publicado o Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013, estabelecendo diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual, tanto para os profissionais vinculados à segurança pública, quanto para os profissionais da rede de atendimento no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013a), que implicou relevante política de prevenção à violência e de atenção às vítimas de diversas formas de violência no país. Ainda em 2013, uma importante vitória dos movimentos sociais foi materializada pela aprovação da Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013, que regulamentou o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual (BRASIL, 2013b). Este ato político foi extremamente importante em um país no qual a violência e exploração sexual eram e são realidades gravíssimas que afetam a vida de muitas crianças e adolescentes. Também em 2013, foi aprovada a Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, que instituiu a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde, nomeada: Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) (BRASIL, 2013c).

Em 2014, houve uma readequação, no funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do SUS, delineada pela Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014). Estas portarias e estratégias permitiram o fortalecimento da integralidade, do cuidado e do enfrentamento às violações de direitos, violências e iniquidades que afetam à saúde coletiva e mental da população e, especialmente, dos grupos mais vulnerabilizados, propiciando ações concretas na atenção ofertada pelo SUS e no desenho de itinerários de cuidado pautados na educação interprofissional em saúde em uma perspectiva de democracia social.

Vale ainda destacar, que há um cenário internacional no qual o Brasil é pressionado, de forma propositiva, a assumir compromissos com a proteção integral às crianças – pela promoção, defesa e garantia dos direitos deste segmento da população – por meio da adoção de ações concretas de efetivação dos direitos fundamentais, sendo que, para tanto, pactuações são realizadas em espaços dos organismos multilaterais, articulados pela Organização da Nações Unidas (ONU); pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), especialmente no caso da realidade das crianças; pela Organização Mundial da Saúde (OMS); pela Organização das Nações Unidas pela Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO); e pela Organização Internacional do Trabalho (OIT).

Alguns dos relevantes documentos de referência, no caso da saúde da criança, foram a Convenção sobre os Direitos da Criança (BRASIL, 1990c) e as metas 4 e 5 dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2010). Deste modo, o Brasil se torna signatário de declarações, pactos, participa de conferências, ocupa espaços diplomáticos e vivencia incidências políticas que tensionam certa lentidão e anestesia brasileira no que tange à democratização, de fato, não só no plano das leis, mas da cultura política para consolidar os valores da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 da Organização da Nações Unidas (ONU) no cotidiano da composição de políticas públicas e de um Estado Democrático de Direitos com alta intensidade de cidadania.

A PNAISC possibilitou, efetivamente, a proteção integral de crianças e adolescentes e – associada à formação de estudantes e profissionais, em uma perspectiva emancipatória de aprendizagem significativa, por meio da formação em/no trabalho – ganhou materialidade, de fato, no cuidado integral às crianças brasileiras. Vale ainda mencionar, que o impacto da referida política também foi significativo na Região Norte e na Amazônia brasileira, face o desafio da garantia do acesso a ações e serviços de saúde para as crianças em situação de vulnerabilidade, tais como as com deficiências; negras e quilombolas; provenientes de inúmeras etnias indígenas; de territórios das águas e florestas; e crianças que vivenciam processos de desfiliação pela situação de rua e de múltiplas modalidades de violências.

Neste panorama histórico, é possível perceber a complexidade de redimensionamento das políticas públicas de saúde no Brasil, entre os mandatos de Fernando Henrique Cardoso, Luiz Inácio Lula da Silva e Dilma Rousseff, para a concretização dos direitos fundamentais, com proposições e gestões focadas no fortalecimento dos eixos temáticos estratégicos do SUS e de uma infinidade de políticas articuladas, de modo atento e com zelo, para a promoção da integralidade do cuidado da criança, fomentando os trabalhos interligados das redes em condições necessárias para a implementação do SUS, nos mais diferentes contextos e aspectos.

A PNAISC estabeleceu a proteção e promoção da saúde da criança da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à chamada primeira infância, em termos das condições peculiares de desenvolvimento deste ciclo de vida. Suas ações devem ser orientadas por diversos princípios, entre eles: direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção; gestão participativa; e controle social. Adicionalmente, a Política deve funcionar por meio de uma gestão interfederativa das ações de saúde da criança na rede de atenção; promoção da saúde; fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; qualificação da força de trabalho do SUS; planejamento e desenvolvimento de ações; incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; monitoramento e avaliação; e intersetorialidade (BRASIL, 2015).

A relação do cuidado ao pleno desenvolvimento da criança com a atenção básica à saúde é crucial na PNAISC e tem na "Caderneta de Saúde da Criança" um importante dispositivo político que implica práticas cotidianas de atenção voltadas ao fortalecimento de vínculos familiares; de ações dirigidas às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas a partir de um diagnóstico precoce; e da atenção e internação domiciliar sempre que possível. Também devem ser considerados aspectos de segurança ligados à prevenção de acidentes e à promoção da cultura de paz e enfrentamento a toda sorte de violências e acidentes por meio da promoção da cultura de paz. É fundamental a organização de metodologias e processos formativos, que qualifiquem profissionalmente para a atenção à criança em situação de violência (sexual, física e psicológica), vítima de situações de negligência e/ou abandono, em uma explícita linha de cuidado na rede de atenção à saúde que efetivamente proteja socialmente as crianças nos territórios em que elas vivem.

Criar e saber lidar com as especificidades da saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas de vulnerabilidade demanda a tessitura de uma rede de estratégias intrassetoriais e intersetoriais, com protocolos de identificação e notificação que possam avaliar, encaminhar, atender e cuidar destas crianças, delimitando as singularidades e propondo uma atenção resolutiva dos casos atendidos e acompanhados. Outro ponto de importância significativa é a ação de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno, a partir do monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal, possibilitando a construção de condutas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis, pois, ainda é forte o desafio de enfrentar a mortalidade infantil e materna no Brasil. Apesar dos esforços que já reduziram estes indicadores, de acordo com os relatórios do UNICEF dirigidos ao Brasil, ainda há muito a ser feito para, de fato, proteger crianças, suas mães e famílias, independentemente do arranjo de parentalidade em que se encontram (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1998; 2001a; 2001b; 2003; 2004; 2006; 2007; 2008; 2009; 2011; 2012a; 2012b; 2015).

Considerações finais

É possível afirmar, de modo incontestável, o compromisso da Universidade Federal do Pará (UFPA), por meio da Pró-Reitoria de Extensão na coordenação do Projeto Multicampi Saúde, com a Educação Interprofissional em Saúde. Especialmente, a oferta de uma proposta voltada especialmente às crianças, tendo como parâmetro a PNAISC e PNAB, foi relevante não apenas para estudantes que participaram das experiências de imersão na formação no contexto da saúde coletiva e na interface com a garantia de direitos sociais, mas para as comunidades dos territórios em que discentes e docentes estiveram presentes, orientando famílias e dialogando com profissionais e gestores, em uma rede complexa, marcada por alteridades e por ética, na política de existência que foi tecida por uma aprendizagem significativa com e pelo trabalho em saúde.

A construção de políticas públicas e de uma sociedade democrática ocorre no cotidiano das práticas concretas de uma cultura política que opera por valores e tem na educação um dispositivo importante de socialização e de formação sob os prismas dos princípios garantistas da Constituição Federal de 1988 e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996 (BRASIL, 2016; 1996). Apesar de muitos passos e decisões políticas concretizarem um quadro de redemocratização durante muitos anos no país, ainda muitos outros são necessários e o cuidado com a efetivação de uma sociedade plural, diversa, inclusiva e de um país com soberania, face às colonialidades da modernidade, implicam políticas educativas de ensino, extensionistas e de pesquisa em indissociabilidade.

Santos (2008) estabeleceu níveis de intensidade para definir processos democráticos e demarcar os paradoxos do processo de democratização das sociedades complexas, sobretudo, nas experiências do hemisfério sul, que luta, veementemente, ainda na atualidade, contra heranças coloniais nefastas, que impactam as existências com as mais diversas mazelas, na base da violência estrutural de gênero, étnico-racial, de classe, de faixa etária, territorial, na sexualidade, nos saberes

e poderes interligados pela modernidade em suas dimensões de colonialidades, que são tecidas no presente sob a insígnia da condição de subalternização dos povos tradicionais, das populações dos países africanos, latino-americanos e do alcance de autonomia e soberania dos mesmos.

Certamente, a universidade pública brasileira e o Sistema Único de Saúde, assim como o Estatuto da Criança e do Adolescente, são indicadores da intensidade democrática do país, analisadores concretos do protagonismo de um povo que faz do trabalho um uso de si pela coletividade nas trincheiras do cotidiano de resistências e inventividade do trabalho vivo em ato.

Referências

BRASIL. Lei nº 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**: seção 1, Brasília, DF, p. 13563, 16 jul. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 16 nov. 2022.

BRASIL. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 nov. 1990c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d99710.htm. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 23 dez. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm#:~:text=L9394&text=Estabelece%20as%20diretrizes%20e%20bases%20da%20educa%C3%A7%C3%A3o%20nacional.&text=Art.%201%C2%BA%20A%20educa%C3%A7%C3%A3o%20abrange,civil%20e%20nas%20manifesta%C3%A7%C3%B5es%20culturais. Acesso em: 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**: seção 1e, Brasília, DF, p. 3, 18 mai. 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0737_16_05_2001.html. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005. Institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 41, 5 jul. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1058_04_07_2005.html. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 4 jan. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11265.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2011.265%2C%20DE%203%20DE%20JANEIRO%20DE%202006&text=Regulamenta%20a%20comercializa%C3%A7%C3%A3o%20de%20alimentos,de%20produtos%20de%20puericultura%20correlatos. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 6 dez. 2007. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 88, 31 dez. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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**: seção 1, Brasília, DF, p. 48, 24 out. 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 29 jun. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 135, 11 mai. 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.362, de 17 de outubro de 2012. Institui Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 45, 18 out. 2012b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2362_17_10_2012.html. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Decreto nº 7.958, de 13 de março de 2013. Estabelece diretrizes para o atendimento às vítimas de violência sexual pelos profissionais de segurança pública e da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p.1, 14 mar. 2013a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/decreto/d7958.htm. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013. Dispõe sobre o atendimento obrigatório e integral de pessoas em situação de violência sexual. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 1, 2 ago. 2013b. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112845.htm. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 64, 6 set. 2013c. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html#:~:text=Institui%20a%20Estrat%C3%A9gia%20Nacional%20para,Estrat%C3%A9gia%20Amamenta%20e%20Alimenta%20Brasil. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 53, 2 abr. 2014. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html. Acesso em 28 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de

Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 6 ago. 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 8 nov. 2022.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 13 nov. 2022.

FERLA, Alcindo Antônio. Um ensaio sobre a aprendizagem significativa no ensino da saúde: a interação com territórios complexos como dispositivo. **Saberes Plurais: Educação na Saúde**, v. 5, n. 2, p. 81-94, 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Infância e Adolescência Brasileira de 1990 a 1998**. Brasília: UNICEF, 1998.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Infância e Adolescência Brasileira**. Brasília: UNICEF, 2001a.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Infância Brasileira: Desenvolvimento Infantil: Os primeiros seis anos de vida**. Brasília: UNICEF, 2001b.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Infância e Adolescência Brasileira**. Brasília: UNICEF, 2003.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Um Brasil para as Crianças: A sociedade brasileira e os desafios do milênio para a infância e a adolescência**. Brasília: UNICEF, 2004.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Ser criança na Amazônia: uma análise das condições de desenvolvimento infantil na região norte do Brasil**. Brasília: UNICEF, 2006.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Infância e Adolescência Brasileira**. Brasília: UNICEF, 2007.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da Infância: Sobrevivência Infantil**. Brasília: UNICEF, 2008. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_mund_inf_2008_sobrevivencia.pdf. Acesso em: 28 nov. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Infância e Adolescência Brasileira: O direito de aprender: Potencializar avanços e reduzir desigualdades**. Brasília: UNICEF, 2009. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef_sowc/sit_inf_brasil_2009_direitodeaprender_completo.pdf. Acesso em 28 nov. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da Adolescência Brasileira 2011: O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades**. Brasília: UNICEF, 2011.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da Infância 2012: crianças no mundo urbano**. Brasília: UNICEF, 2012a.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Todas as Crianças na Escola em 2015: Iniciativa Global pelas Crianças fora da Escola**. Brasília: UNICEF, 2012b. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef/br_oosc_ago12.pdf. Acesso em: 28 nov. 2022.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **#ECA 25 anos**: Estatuto da Criança e do Adolescente: Avanços e desafios para a infância e adolescência no Brasil. Brasília: UNICEF, 2015. Disponível em: https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/unicef/unicef_relatorio_eca25anos_2015.pdf. Acesso em 28 nov. 2022.

GOMES, Luciana; ABRAHÃO, Ana Lúcia; VIEIRA, Mônica. Entrevista: Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 457-465, 2006.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (Ipea). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/odmbrasil/arquivos/odm-4-o-relatorio-nacional-de-acompanhamento-2010>. Acesso em: 29 nov. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

SANTOS, Boaventura de Sousa. A crise do contrato social da modernidade e a emergência do fascismo social. *In*: SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Gramática do Tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo: Cortez, p. 317-340, 2008.

SCHWARTZ, Yves. A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes. **Trabalho & Educação**, v. 7, p. 38-46, 2000.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e saber. **Trabalho & Educação**, v. 12, n. 1, p. 21-34, 2003.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. *In*: SCHWARTZ, Yves; DURRIVE, Louis (org.). **Trabalho e ergologia**: conversas sobre a atividade humana. Niterói: EdUFF, 2007. p. 191-206.

CAPÍTULO 12 |

Os efeitos do Programa Mais Médicos na atenção à saúde das crianças brasileiras

Nayara de Oliveira Maksoud
Antonio Amâncio Barbosa Neto
Mayra Costa Rosa Farias de Lima
Tiótrefis Gomes Fernandes
James Dean Oliveira dos Santos Júnior
Rodrigo Tobias de Sousa Lima

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), entendida como modelo prioritário na reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), é considerada a porta preferencial no cuidado à saúde da criança brasileira (SILVA; VIERA, 2014), e a implantação do Programa Mais Médicos (PMM) buscou oportunizar a ampliação do acesso em áreas prioritárias do SUS, com o intuito de reduzir as desigualdades regionais e promover a equidade e a integralidade na atenção à saúde (BRASIL, 2013a).

As mudanças, ocorridas na saúde da criança, permitiram a redução das iniquidades sociais na população infantil, com um enfoque prioritário na promoção do nascimento saudável (SILVA; VIERA, 2014); acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; incentivo ao aleitamento materno; imunização; e atenção às doenças prevalentes na criança, por constituírem elementos imprescindíveis para proporcionar boas condições de saúde na infância (STÁBILE *et al.*, 2013; MELLO *et al.*, 2009). Grandes desafios ainda persistem, incluindo a redução de nascimentos pré-termo, que possuem relação direta com cuidados infantis, além da necessidade de reduzir ainda mais as desigualdades socioeconômicas e regionais em saúde pela oferta de serviços de saúde (VICTORA *et al.*, 2011).

Assim, a garantia da ESF em locais de maior vulnerabilidade social fortalece o cuidado integral e contínuo (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013) de crianças menores de dois anos. A ESF foi efetiva em alcançar famílias mais pobres, com o aumento da cobertura do sistema de saúde brasileiro, que atingiu comunidades de baixa renda e áreas urbanas e de periferia existentes nas cidades brasileiras (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009). Em nível municipal, estudos concluem que o programa teve um efeito positivo sobre a mortalidade infantil (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006), especialmente pela redução de mortes relacionadas à diarreia e às pneumonias (MACINKO et al., 2007). Entretanto, poucos estudos, até o momento, revelaram a efetividade da atenção básica em crianças e a relação com programas de provimento de profissionais de saúde.

O Programa Mais Médicos representa um marco das políticas públicas, acessório do fortalecimento da atenção básica no Brasil. Por meio de alocação e provimento de profissionais para regiões de grande vulnerabilidade social, estudos demonstraram o aumento da expansão da atenção básica (BRASIL, 2015a; MALTA et al., 2016; PINTO et al., 2017; MENDONÇA; DIERCKS; KOPITTKKE, 2016) e do desempenho do programa (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MACINKO et al., 2007; BRASIL, 2015a; MALTA et al., 2016; PINTO et al., 2017; MENDONÇA; DIERCKS; KOPITTKKE, 2016; LIMA et al., 2016), medidos pela produção de consultas e encaminhamentos médicos e pelas ações de educação em saúde pelas equipes da estratégia saúde da família em especial nos municípios brasileiros mais pobres (BRASIL, 2015b).

Por outro lado, ainda inexistem estudos que comprovam o desempenho do trabalho dos médicos pertencentes ao programa no cuidado cotidiano de crianças cobertas pela estratégia saúde da família. Destaca-se ainda que indicadores de produção ambulatorial médica, destinados à população infantil, são altamente sensíveis para a oferta de serviços de saúde e estratégicos para a redução das desigualdades regionais em saúde (STÁBILE et al., 2013).

Sendo assim, o presente capítulo tem como objetivo descrever o desempenho do profissional médico e de sua equipe de saúde para a assistência infantil a partir de indicadores básicos de saúde da criança, no contexto da estratégia de saúde da família no Brasil, de forma mais específica nas regiões brasileiras prioritárias determinadas pelo PMM, de 2013 a 2014.

Material e métodos

Trata-se de estudo ecológico, descritivo, de abordagem quantitativa, cuja unidade de análise foi a produção mensal de equipes pertencentes ou não pertencentes ao PMM, inseridas na ESF, cujo regime de trabalho era de 40 horas semanais e que aderiram ao programa, no período entre 2013 e 2014. A análise teve como enfoque a produção médico-ambulatorial da atenção à saúde da criança, oriunda dos sistemas de informação da atenção básica (SIAB) e e-SUS, destinado ao PMM.

As etapas metodológicas do trabalho incluíram a técnica de ligação entre bancos para análise dos sistemas informação de dados secundários. Para a realização desta etapa, foi considerada a chave de ligação entre tabelas constituídas pelos códigos do município; os códigos

da unidade de saúde; os códigos da área de abrangência; e, por fim, o ano e mês de produção para os bancos em questão.

A partir da unificação do banco de dados, foi criada uma variável dicotômica, de forma a identificar a equipe que possuía ou não o profissional MM. Com o intuito de minimizar os erros de coleta e notificação ou digitação encontrados, critérios de consistência foram atribuídos, de forma a garantir maior confiabilidade dos dados referentes à produção ambulatorial da atenção básica com enfoque na atenção materno-infantil. Desta forma, foram utilizados dois tipos de critérios de consistência, sendo para: a) em nível horizontal: as produções mensais das equipes repetidos por três ou mais meses (incluindo valores zerados) eram excluídos da análise; b) em nível vertical: para os critérios referentes a cada variável de ‘atendimento e de consulta’ foi estimado 99%, como limite superior, e admitiu-se, como limite inferior, os valores diferentes de zero, pois entendeu-se incorporar o critério de plausibilidade a partir do cotidiano dos serviços na estratégia saúde da família e a diversidade das regiões brasileiras.

Além disso, no critério de consistência de cada variável de ‘população’, admitiu-se os percentis 2,5 e 97,5 como limites inferior e superior aceitáveis, necessários para a construção dos indicadores do estudo (BRASIL, 2015a). Para este estudo foram analisados quatro indicadores da atenção à saúde da criança (quadro 1), considerando parâmetros técnicos oriundos de evidências científicas validadas nacionalmente.

Quadro 1 – Indicadores de saúde da criança na Estratégia de Saúde da Família

Indicador	Conceituação	Fonte	Método de cálculo	Parâmetros
Proporção de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo	Percentual de crianças acompanhadas no domicílio que estão sendo alimentadas exclusivamente com leite materno até os 120 dias de vida, em determinado local e período.	SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.	Número de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo dividido pelo número de crianças de 0 a 3 meses cadastradas pela equipe de ESF	100% da população alvo. Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (BRASIL, 2013b)
Razão de consultas médicas em menores de um ano	Número médio de consultas médicas por criança menor de um ano, em determinado local e período.	SIAB: Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório PMA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB.	Número de consultas médicas realizadas na ESF dividido pelo número de crianças < 1 ano cadastradas na ESF	Três consultas /ano. Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (BRASIL, 2013b)
Razão de atendimento médico e de enfermeiro em puericultura	Número médio de atendimentos de puericultura, realizados por médico ou enfermeiro, por criança menor de dois anos cadastrada na equipe de Atenção Básica, em determinado local e período.	SIAB: Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório PMA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2 do SIAB	Número de atendimento médico e de enfermeiro em puericultura dividido pelo número de crianças < 1 ano cadastradas na ESF	4,5 consultas/ criança/ano. Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (BRASIL, 2013b)
Proporção de crianças menores de um ano com vacinação em dia	Percentual de crianças menores de um ano vacinadas de acordo com o esquema vacinal vigente para essa faixa etária, em determinado local e período	SIAB: Sistema de Informação da Atenção básica Numerador: Relatório SSA2 do SIAB. Denominador: Relatório SSA2	Número de menores de um ano com vacinação em dia dividido pelo número de menores de um ano cadastrados na ESF	100% de cobertura vacinal. Fonte: Ministério da Saúde – PMAQ (BRASIL, 2013b)

Fonte: Autoria própria, 2022.

Foram utilizados os softwares R e SPSS versão 22.0 para Windows. Como não houve padrão de normalidade, foi utilizado o teste de Mann Whitney para a comparação de médias, e intervalos de 95% de confiança (IC95%).

Desse modo, os resultados foram organizados, apresentando análises dos indicadores da linha de atenção à saúde da criança, por região brasileira, entre os municípios prioritários do SUS (20% mais pobres; municípios com mais de 80 mil habitantes e com os piores IDH – G100; regiões metropolitanas; capitais e demais localidades) e análise de produção das equipes integrantes ou não do Programa Mais Médicos, no período entre 2013 e 2014. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Resultados

O banco de dados construído para a pesquisa considerou para análise os registros válidos de todas as equipes da atenção básica, que atuam no modelo de estratégia saúde da família (ESF), na modalidade de 40 horas semanais, sendo excluídos da análise, nas regiões brasileiras, uma proporção de 5%, 6% e 6%, e nos estratos de municípios, 5%, 6% e 5% dos indicadores de razão de consulta médica <1 ano, proporção de aleitamento materno de 0 a 3 meses e cobertura vacinal <1ano, respectivamente. As localidades com maior proporção de perda foram a Região Norte e as capitais. Sendo assim, o estudo analisou um total de 1.349.902 produções mensais, sendo 88,54% produzidas pelas equipes convencionais e 11,46% pelas equipes MM.

Tabela 1 – Indicadores na linha de atenção à saúde da criança das equipes de estratégia de saúde da família por região e perfil de município nos anos de 2013 e 2014 no Brasil

Proporção de crianças < de 1 ano com cobertura vacinal	2013 Média (IC95%)	N	2014 Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)	P
BRASIL	95,83 (95,79-95,87)	181685	95,16 (95,12-95,21)	304078	485763 95,41 (95,38-95,44)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	11673	96,34 (96,21-96,47)	19887	31560 96,65 (96,55-96,74)	< 0,0001
	Nordeste	74148	95,38 (95,33-95,43)	117935	192083 95,20 (95,16-95,24)	< 0,0001
	Norte	20978	95,20 (95,08-95,32)	20978	35514 95,41 (95,32-95,49)	< 0,0001
	Sudeste	52415	94,24 (94,14-94,34)	100446	152861 95,07 (95,00-95,14)	< 0,0001
	Sul	28913	96,13 (96,05-96,22)	44832	73745 96,16 (96,10-96,23)	0,284
Perfil do Município	20% Pobreza	46589	95,78 (95,73 – 95,84)	79036	125625 95,51 (95,46- 95,55)	< 0,0001
	Capital	14534	87,84 (87,61- 88,07)	39164	53698 89,44 (89,26- 89,61)	< 0,0001
	Demais Localidades	76786	96,92 (96,88 – 96,97)	124474	201260 96,94 (96,91-96,98)	0,151
	G100	15454	95,79 (95,68- 95,90)	20688	36142 95,86 (95,78- 95,95)	0,036
	Região Metropolitana	28322	95,32 (95,22- 95,42)	40716	69038 95,20 (95,124- 95,27)	< 0,0001
Proporção de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo	2013 Média (IC95%)	N	2014 Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)	P
BRASIL	75,08	182156	75,16	301248	483404	0,243

		(74,99-75,18)		(75,08-75,23)		75,13 (75,07-75,19)	
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	79,35 (78,99-79,71)	11338	81,39 (81,12-81,66)	19185	30523 80,63 (81,12-81,66)	<0,0001
	Nordeste	69,92 (69,77-70,06)	73428	70,26 (70,14-70,37)	116261	189.689 70,13 (70,03-70,22)	<0,0001
	Norte	81,88 (81,60-82,17)	14193	81,39 (81,14-81,63)	20410	34603 81,59 (81,40-81,78)	,010
	Sudeste	78,04 (77,87-78,21)	54964	77,16 (77,03-77,29)	101890	156.854 77,47 (77,36-77,57)	<0,0001
	Sul	77,65 (77,42-77,87)	28233	77,88 (77,70-78,07)	43502	71735 77,79 (77,65-77,93)	,113
Perfil do Município	20% Pobreza	71,40 (71,22-71,59)	45967	72,80 (72,66-72,94)	77837	12380 72,28 (72,17-72,39)	<0,0001
	Capital	77,58 (77,31-77,86)	18311	74,40 (74,19-74,61)	42377	60688 75,36 (75,19-75,53)	<0,0001
	Demais Localidades	76,06 (75,91-76,21)	75012	76,43 (76,31-76,54)	121211	196223 76,28 (76,19-76,38)	<0,0001
	G100	75,33 (75,01-75,65)	15069	75,04 (74,77-75,32)	20136	35205 75,17 (74,96-75,38)	0,174
	Região Metropolitana	76,77 (76,54-77,00)	27797	76,76 (76,57-76,96)	3968	67484 76,77 (76,62-76,91)	0,979
Razão de consulta médica em < 1 ano		2013 Média (IC95%)	N	2014 Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)	P
BRASIL		2,84 (2,83-2,86)	139332	2,99 (2,99-3,00)	234748	374080 2,94 (2,93-2,95)	<0,001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	3,46 (3,42-3,51)	9281	3,51 (3,47-3,54)	15002	24283 3,51 (3,47-3,54)	0,118
	Nordeste	2,44 (2,42-2,45)	61796	2,56 (2,55-2,57)	98519	160315 2,51 (2,50-2,52)	< 0,0001
	Norte	2,74 (2,70-2,77)	11773	2,96 (2,93-2,99)	17102	28875 2,85 (2,85-2,89)	< 0,0001
	Sudeste	3,14 (3,11-3,16)	36271	3,29 (3,32-3,27)	72692	108963 3,25 (3,24-3,27)	< 0,0001
	Sul	3,34 (3,31-3,38)	20211	3,41 (3,39-3,40)	31433	51644 3,38 (3,36-3,40)	0,001
Perfil do Município	20% Pobreza	2,53 (2,51- 2,55)	39400	2,71 (2,70-2,73)	6705	106453 2,65 (2,63-2,66)	< 0,0001
	Capital	3,11 (3,07- 3,15)	11548	3,48 (3,46-3,51)	31492	4304 3,38 (3,36-3,40)	< 0,0001
	Demais Localidades	2,97 (2,95- 2,99)	57774	3,06 (3,05-3,07)	92189	149963 3,03 (3,01-3,04)	< 0,0001
	G100	2,45 (2,42- 2,49)	11055	2,48 (2,44-2,51)	15571	26626 2,47 (2,44-2,49)	0,4
	Região Metropolitana	3,17 (3,13- 3,20)	19555	3,19(3,17- 3,22)	2844	47998 3,18 (3,16-3,20)	0,23
Razão de atendimento de Puericultura em < 2 anos		2013 Média (IC95%)	N	2014 Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)	P
BRASIL		4,83 (4,81-4,85)	152816	5,08 (5,07-5,09)	258360	411176 4,99 (4,98-5,00)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	4,52 (4,44-4,60)	9333	4,96 (4,90-5,03)	15872	25205 4,80 (4, 90-5,030)	<0,0001
	Nordeste	5,16 (5,13-5,19)	62312	5,44 (5,42-5,47)	100709	163021 5,33 (5,31-5,35)	<0,0001
	Norte	5,19	10785	5,10	15328	26113	0,082

		(5,11-5,27)		(5,04-5,17)		5,14 (5,04-5,17)	
	Sudeste	4,72 (4,69-4,76)	46917	4,94 (4,91-4,96)	89938	136855 4,86 (4,84-4,88)	<0,0001
	Sul	4,13 (4,09-4,17)	23469	4,48 (4,44-4,52)	36513	59982 4,34 (4,31-4,37)	<0,0001
Perfil do Município	20% Pobreza	5,13 (5,09-5,17)	37518	5,47 (5,44- 5,50)	64809	102327 5,34 (5,32- 5,37)	<0,0001
	Capitais	5,33 (5,28- 5,39)	16370	5,5 (5,46- 5,53)	40052	56422 5,45 (5,42- 5,48)	<0,0001
	Demais localidades	4,61 (4,58- 4,64)	61703	4,79 (4,77- 4,81)	101263	162966 4,72 (4,70- 4,74)	<0,0001
	G100	4,86 (4,80- 4,92)	1330	4,92 (4,87- 4,98)	17897	31202 4,90 (4,86- 4,94)	0,122
	Região Metropolitana	4,56 (4,52- 4,61)	23920	4,80 (4,77- 4,84)	34339	58259 4,71 (4,68- 4,73)	<0,0001

Fonte: Autoria própria, 2022.

Na tabela 1, foram considerados as vacinas tetravalente, poliomielite, tuberculose e hepatite B, com esquema vacinal vigente completo, tendo como parâmetro 95% das crianças nesta faixa etária com esquema vacinal completo (BRASIL, 2013b). Observou-se que, entre as regiões brasileiras e os estratos de municípios, foram encontradas coberturas vacinais de menores de 1 ano próximas ou de acordo com o parâmetro nacional, nos anos de 2013 e 2014. As capitais brasileiras, em 2014, registraram uma queda de 5,9%.

Com relação ao indicador aleitamento materno, os resultados regionais apresentaram que, em média, 75% das crianças acompanhadas pelos ACS nessa faixa etária realizavam aleitamento materno exclusivo (AME). A Região Nordeste e os municípios em extrema pobreza, apresentaram o menor desempenho de AME, acompanhado das capitais que, em 2014, obteve baixa cobertura. Estas localidades (Tabela 2) também apresentaram as menores proporções de AME nas equipes pertencentes ao PMM. Conforme apresentado na tabela 1, em 2014, a média de consulta médica em menores de 1 ano é superior a 2013.

Tabela 2 – Indicadores na Linha de Atenção a Criança das Equipes de Estratégia de Saúde da Família segundo o tipo de equipe no período de 2013 a 2014.

	Proporção de crianças < de 1 ano com cobertura vacinal	Convencional Média (IC95%)	N	PMM Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)	P
	BRASIL	95,45 (95,42-95,49)	419193	95,15 (95,07-95,24)	66570	485763 95,41 (95,38-95,44)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	96,64 (96,53-96,74)	28054	96,75 (96,49-97,01)	3506	31560 96,65 (96,55-96,74)	0,459
	Nordeste	95,13 (95,09-95,17)	161254	95,5 (95,45-95,63)	30829	192083 95,20 (95,16-95,24)	<0,0001
	Norte	95,60 (95,51-95,70)	28144	94,65 (94,44-94,86)	7370	35514 95,41 (95,32-95,49)	<0,0001
	Sudeste	95,22 (95,14-95,29)	137273	93,79 (93,52-94,06)	15588	152861 95,07 (95,00-95,14)	<0,0001
	Sul	96,19 (96,12-96,26)	64468	95,96 (95,76-96,15)	9277	73745 96,16 (96,10-96,23)	0,022
Per fil	20% Pobreza	95,48	98423	95,62	27202	125625	0,0140

		(95,43-95,53)		(95,52-95,71)		95,51 (95,46-95,55)	
	Capital	89,69 (89,51-89,87)	47854	87,37 (86,75-88,00)	5844	53698 89,44 (89,26-89,61)	<0,0001
	Demais Localidades	96,97 (96,94-97,01)	181828	96,65 (96,54-96,77)	19432	201260 96,94 (96,91-96,98)	<0,0001
	G100	95,93 (95,84-96,02)	30986	95,45 (95,22-95,68)	5156	36142 95,86 (95,78-95,95)	<0,0001
	Região Metropolitana	95,17 (95,08-95,25)	60102	95,40 (95,19-95,61)	8936	69038 95,20 (95,12-95,27)	0,05
	Proporção de crianças de 0 a 3 meses com aleitamento materno exclusivo	Convencional Média (IC95%)	N	PMM Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)	P
	BRASIL	75,24 (75,18-75,03)	417923	74,41 (74,26-74,57)	65481	483404 75,13 (75,07-75,19)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	80,55 (80,32-80,78)	27145	81,27 (80,62-81,91)	3378	30523 80,63 (80,41-80,85)	0,44
	Nordeste	70,5 (70,05-70,25)	159269	69,98 (69,76-70,21)	30420	189689 70,13 (70,03-70,22)	0,181
	Norte	81,64 (81,43-81,85)	27476	81,40 (80,98-81,82)	7127	34603 81,59 (81,40-81,78)	0,309
	Sudeste	77,52 (77,42-77,63)	141356	76,95 (76,62-77,29)	15498	156854 77,47 (77,36-77,57)	0,001
	Sul	77,92 (77,77-78,07)	62677	76,90 (76,49-77,31)	9058	71735 77,79 (77,65-77,93)	<0,0001
Perfil do Município	20% Pobreza	72,08 (71,95-72,21)	97080	73,00 (72,76-73,25)	26724	123804 72,28 (72,17-72,39)	<0,0001
	Capital	75,75 (75,57-75,93)	54624	71,87 (71,31-72,43)	6064	60688 75,36 (75,19-75,53)	<0,0001
	Demais Localidades	76,32 (76,23-76,42)	177316	75,94 (75,64-76,23)	18907	196223 76,28 (76,19-76,38)	0,015
	G100	75,31 (75,08-75,54)	30162	74,32 (73,79-74,85)	5043	35205 75,17 (74,96-75,38)	0,001
	Região Metropolitana	76,69 (76,53-76,85)	58741	77,25 (76,83-77,66)	8743	67484 76,77 (76,62-76,91)	0,015
	Razão de Consulta Médica em < 1 ano	Convencional Média (IC95%)	N	PMM Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)	P
	BRASIL	2,92 (2,91-2,93)	320325	3,05 (3,04-3,07)	53755	374080 2,94 (2,93-2,95)	<0,0001
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	3,48 (3,45-3,51)	21607	3,60 (3,52-3,68)	2676	24283 3,49 (3,46-3,52)	0,007
	Nordeste	2,45 (2,44-2,46)	133520	2,81 (2,78-2,83)	26795	160315 2,51 (2,50-2,52)	<0,0001
	Norte	2,82 (2,80-2,85)	22857	3,05 (2,99-3,10)	6018	28875 2,87 (2,85-2,89)	<0,0001
	Sudeste	3,24 (3,23-3,26)	97388	3,32 (3,28-3,36)	11575	108963 3,25 (3,24-3,27)	<0,0001
	Sul	3,39 (3,37-3,41)	44953	3,35 (3,30-3,41)	6691	51644 3,38 (3,36-3,40)	0,212
Perfil do Município	20% Pobreza	2,5 (2,54-2,57)	82875	2,96 (2,93-2,99)	23578	106453 2,65 (2,63-2,66)	<0,0001
	Capital	3,39 (3,37-3,42)	38083	3,29 (3,23-3,34)	4957	43040 3,38 (3,36-3,40)	0,001
	Demais Localidades	3,02 (3,00-3,03)	135011	3,12 (3,08-3,15)	14952	149963 3,03 (3,01-3,04)	<0,0001
	G100	2,43	22567	2,70	4059	26626	<0,0001

		(2,40-2,45)		(2,63-2,76)		2,47 (2,44-2,49)	
	Região Metropolitana	3,16 (3,14-3,19)	41789	3,30 (3,24-3,36)	6209	47998 3,18 (3,16-3,20)	<0,0001
	Razão de Atendimento de Puericultura em crianças <2 anos	Convencional Média (IC95%)	N	PMM Média (IC95%)	N	Total Média (IC95%)	P
	BRASIL	4,99 (4,97-5,00)	355478	4,99 (4,93-5,02)	55698	411176 4,99(4,98-5,00)	0,874
Regiões Brasileiras	Centro Oeste	4,81 (4,76-4,86)	22332	4,71 (4,56-4,86)	2873	25205 4,80 (4,75-4,85)	0,207
	Nordeste	5,34 (5,32-5,36)	136669	5,31 (5,26-5,36)	26352	163021 5,33 (5,31-5,35)	0,28
	Norte	5,29 (5,23-5,34)	20822	4,56 (4,45-4,67)	5291	26113 5,14 (5,09-5,19)	<0,0001
	Sudeste	4,86 (4,84-4,88)	123146	4,89 (4,83-4,95)	13709	136855 4,86 (4,84-4,88)	0,301
	Sul	4,33 (4,30-4,36)	52509	4,45 (4,36-4,53)	7473	59982 4,34 (4,31-4,37)	0,07
Perfil do Município	20% Pobreza	5,36 (5,33-5,39)	80190	5,28 (5,23-5,33)	22137	102237 5,34 (5,32-5,37)	0,0090
	Capital	5,52 (5,48-5,55)	50583	4,87 (4,79-4,95)	5839	56422 5,45 (5,42-5,48)	<0,0001
	Demais Localidades	4,72 (4,70-4,74)	147196	4,71 (4,65-4,77)	15770	162996 4,72 (4,70-4,74)	0,681
	G100	4,88 (4,83-4,92)	26793	5,02 (4,91-5,12)	4409	31202 4,90 (4,86-4,94)	0,014
	Região Metropolitana	4,69 (4,66-4,72)	50716	4,79 (4,71-4,88)	7543	58259 4,71 (4,68-4,73)	0,22

Fonte: Autoria própria, 2022.

A tabela 2, demonstra que as equipes pertencentes ao PMM apresentaram melhor desempenho, quando comparado às equipes convencionais em todas as regiões brasileiras e nos estratos de municípios, com o alcance da média nacional de 3,0 consultas por criança. Já a Região Nordeste, extrema pobreza e G100, mesmo apresentando um melhor desempenho em 2014, ainda permanecem abaixo do preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b). O preconizado para atendimento em puericultura, que envolve o médico e o enfermeiro, são de 4,5 consultas em crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2013b). Na tabela 1, pode ser observado o alcance deste indicador em todas as regiões e estratos de municípios.

Na tabela 2, quando comparado os resultados de atendimentos de puericultura entre as equipes, não houve relevância, com exceção da Região Norte, tendo um melhor desempenho as equipes convencionais.

Discussão

Os achados encontrados no estudo contribuem para ampliar as evidências sobre a atenção à população infantil <2 anos na ESF, nos diversos cenários em que as equipes estão inseridas, tais como o desempenho positivo dos indicadores de cobertura vacinal e incentivo ao aleitamento

materno e o alcance do parâmetro nacional nos indicadores de consulta médica e atendimento de puericultura, além de retratar os efeitos do PMM nos diferentes contextos loco regionais.

Os resultados de cobertura vacinal encontrados refletem o número de crianças vacinadas, e não apenas a quantidade de doses aplicadas (característica do SIAB), que retrata o diagnóstico do território (BITTAR et al., 2009; MORAES; RIBEIRO, 2008), onde observa-se que, em média, 95% das crianças menores de 1 ano, acompanhadas pela ESF estariam com o esquema vacinal completo, além da ausência de disparidades entre as regiões brasileiras e os estratos de municípios, como os 20% mais pobres e G100 considerados como os de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2013a), o que sugere a efetividade da oferta de serviço de vacinação na promoção da equidade em saúde (TERTULIANO; STEIN, 2011; QUEIROZ et al., 2013).

Municípios de médio e grande porte, apresentam diversidade de condições de vida e de cobertura vacinais internamente. Isto pôde ser observado em nosso estudo, como no caso das capitais brasileiras, mesmo em áreas cobertas pela atenção básica (BRASIL, 2017), e a baixa cobertura vacinal nas capitais em 2014, refletindo um desafio a ser enfrentado com relação ao controle das doenças imunopreveníveis, principalmente por se tratar da faixa etária de maior risco para as doenças imunizáveis (BRASIL, 2017). Trata-se de um fato que merece ser melhor investigado, identificando as características e atitudes das famílias e dos serviços de saúde.

A busca pelo bom desempenho nos indicadores de cobertura vacinal deve perpassar pela responsabilidade de todos os integrantes da ESF (BRASIL, 2015b; QUEIROZ et al., 2013). A ESF parte do pressuposto de atuação em equipe multiprofissional, em uma população adstrita e com estabelecimento de vínculo com a família e comunidade, sendo estes, fatores que influenciam na adesão do usuário às ações ofertadas no serviço de saúde (KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016; BATTAUS; LIBERALI, 2014). Conforme Tertuliano e Stein (2011), o distanciamento entre o cuidador e os profissionais é um dos fatores para o atraso vacinal, o que amplia o olhar para a ESF como campo propício para o desenvolvimento de medidas preventivas como a vacinação, sendo que, para a criança, a decisão de buscar a vacinação é controlada pela própria família (TERTULIANO; STEIN, 2011; BRASIL, 2017; KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016).

Assim como a cobertura vacinal, o indicador aleitamento materno (AME) é influenciado pela relação da equipe de saúde da família com o usuário (CALDEIRA et al., 2007; MERHY; FEUERWERKER, 2016). Segundo Merhy e Feuerwerker (2016), é de domínio de todos os tipos de trabalhadores que atuam na área da saúde (e inclusive dos usuários e de suas famílias) produzir atos de saúde cuidadores, nos quais o usuário deve ser ativo na produção de sua saúde e na sua relação com o trabalhador de saúde.

O incentivo ao AME pelos profissionais de saúde contribui para a promoção de boas condições de saúde e sobrevivência de crianças, principalmente em países pouco desenvolvidos (CALDEIRA et al., 2007). Ao avaliar os conhecimentos e práticas das equipes de SF em relação ao aleitamento materno, Caldeira et al. (2007) observaram que existe a necessidade dos médicos

ampliarem a sua participação em atividades que incentivem o AME e que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram os que mais se declararam empenhados nas atividades de sua promoção.

De acordo com o resultado da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno, realizada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), a Região Norte apresenta a maior prevalência desta prática (45,9%), seguida da Centro-Oeste (45,0%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a Região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%). De acordo com os achados da pesquisa, o comportamento das regiões se apresentou semelhante (tabela 1), mas as crianças cobertas pela ESF, apresentam um resultado mais próximo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde, para o AME, nos seis primeiros meses de vida (OLIVEIRA, et al., 2013).

Assim, como a Região Nordeste, os municípios com 20% mais pobres (tabela 1) e as equipes pertencentes ao PMM nas capitais brasileiras (tabela 2), apresentaram resultado inferior aos demais no indicador de AME. Isto posto, é sugestivo dos reflexos das baixas condições socioeconômicas, idade da mãe (inferior a 20 anos), solteiras e com menor grau de instrução, realidade vivenciada nestas localidades, conforme afirma Ribas (2016), em pesquisa realizada nos municípios com baixo índice de desenvolvimento no Nordeste brasileiro, além de ser um indicativo de que o PMM, atendeu a prerrogativa do princípio da equidade, ao contribuir com a expansão da atenção básica para as áreas de periferia dos grandes centros urbanos (BRASIL, 2013a; RIBAS, 2016).

A cobertura da atenção básica, no ano de 2014, quando comparada com 2012, ampliou significativamente, passando de 66,6% para 72,6%, estimulada pelo efeito do Programa Mais Médicos, que, só no ano de 2014, ampliou em 10,5% a oferta de médicos na rede básica, principalmente em áreas prioritárias para o SUS (MALTA et al., 2016; PINTO et al., 2017; MENDONÇA; DIERCKS; KOPITTKKE, 2016), o que pode ter influenciado na ampliação do número de consultas médicas em <1 ano no ano de 2014 (Tabela 1).

Os resultados também evidenciaram um melhor resultado na produção de consultas médicas em <1 ano nas equipes MM (Tabela 2), em todas as regiões e estratos de municípios, contribuindo para o alcance do parâmetro nacional (MALTA et al., 2016). Sugere-se que o perfil do médico, em 2014, possa ter contribuído para o resultado encontrado, no qual 63% do total de médicos do PMM eram de nacionalidade cubana e 32% brasileira, e, entre os brasileiros, 13% não terem concluído seus estudos no Brasil (MALTA et al., 2016).

Pesquisas realizadas revelaram que, com a chegada do médico estrangeiro, houve maior acesso e melhora na atenção profissional durante a consulta, além de maior cumprimento da carga horária e maior satisfação do usuário pela presença constante do médico na unidade de saúde, além de maior fixação do médico em uma mesma equipe, proporcionado uma relação de vínculo e maior proximidade com os usuários e contribuindo para o alcance da integralidade e da longitudinalidade (BATTAUS; LIBERALI, 2014; MENDES, 2018).

Resultados apresentados por estudo de Lima et al. (2016), em uma análise sobre a produção das consultas médicas nas ESF com enfoque no PMM, evidenciaram uma maior produção

de consultas médicas nas equipes MM, em categorias de municípios mais vulneráveis socialmente, quando comparado com as capitais. Esses resultados, ao serem analisados em conjunto com os achados de consultas em <de 1 ano, demonstram que, no universo da produção de consultas médicas realizadas nas equipes de saúde da família, o acesso das crianças <1 anos, no cuidado as doenças prevalentes nessa faixa etária, é uma realidade.

O indicador consulta médica em <1 ano deve ser visto além do biológico. Os atendimentos de puericultura, quando realizados pelo médico, foram inseridos no cálculo deste indicador, ampliando o olhar do profissional para além da presença de doença, e, sobretudo, o cuidado das crianças para que não adoçam (BLANK, 2003), e pressupondo a atuação de toda equipe, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos (SOUSA et al., 2007). Mesmo a puericultura não sendo uma ação limitada às crianças menores de dois anos, esta faixa etária era a priorizada pela Rede Cegonha, o que justifica a análise do indicador neste grupo de crianças (MALTA et al., 2016).

O alcance do parâmetro de 4,5 consultas de puericultura por criança <2 anos, conforme o preconizado (MALTA et al., 2016) e encontrado no estudo em todas as regiões brasileiras e estratos de municípios, oportunizou as equipes em colocar em prática um conjunto de ações de acompanhamento periódico. Mas ainda há muito que avançar, ao considerar que, possivelmente, o número de crianças atendidos em uma unidade de saúde da família é superior ao número de cadastrados em uma determinada áreas da ESF, ampliando a demanda da equipe, e podendo ser um reflexo da insuficiente cobertura da ESF ainda existente no Brasil (SILVA; VIERA, 2014; PINTO et al., 2017; KEMPER; MENDONÇA; SOUSA, 2016), e que, conseqüentemente, pode influenciar em um resultado superestimado nos indicadores de consulta médica e puericultura.

De acordo com o escopo do estudo, no ano de 2014, houve um aumento de 62% nas consultas em puericultura, o que representa a efetividade da promoção a saúde infantil motivado pela expansão da cobertura da atenção básica, e que impacta na redução das barreiras de acesso na cobertura de puericultura, como as condições geográficas e o meio de transporte disponível e a dinâmica do processo de trabalho implantado na unidade de saúde (BLANK, 2003).

Conforme demonstrado, em apenas 2 anos de programa, as equipes pertencentes ao MM ampliaram em 13% as consultas de puericultura no Brasil e, destas, 47% foram observadas nos municípios mais pobres e com mais baixo IDH, o que eleva a oportunidade do setor saúde em contribuir com a redução das iniquidades sociais a partir das necessidades das crianças, famílias e em grupos com maior necessidade. Como uma ação multiprofissional, e em conjunto com família e comunidade, a atuação das equipes nos atendimentos em puericultura vem sendo muito discutida (SOUSA et al., 2007; SOUZA et al., 2013).

Segundo Blank (2003), enfermeiros investem mais tempo nas ações de promoção de saúde do que médicos. Já Souza et al. (2013), revela falhas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pela ausência de atendimento intercalado entre as consultas médicas e de enfermagem, sendo a concentração de consultas de acordo com a dinâmica de cada ESF e pouca

construção de vínculo entre eles. Isto resulta na baixa contribuição da equipe nos cuidados da mãe com a criança.

A qualidade na atenção prestada a criança contribui para que o processo de trabalho não seja apenas reativo, mas que a oferta do cuidado possa ser planejada a partir do encontro de saberes entre as categorias profissionais e a comunidade (SILVA et al., 2014). A análise dos indicadores que o estudo se propôs, nos leva a refletir sobre a relevância do agir intersetorial na atenção à criança que, para ser integral, deve se conectar a outros dispositivos e não apenas ao setor saúde (FURTADO et al., 2016). Educação, assistência social, saúde e meio ambiente demandam planos estratégicos conjuntos e territorializados, colocando em prática o conceito de território que vai além de uma área geográfica, mas que é feito por pessoas (BRASIL, 2009; FURTADO et al., 2016).

Em virtude das questões relacionadas ao processamento de dados, o uso de base de dados secundários é um limitador do nosso estudo, somado à extensão e heterogeneidade de informações que o banco utilizado no estudo possibilitou, além das inconsistências encontradas no banco provenientes do Ministério da Saúde. O SIAB, no período do estudo, encontrava-se em transição, o que pode ter influenciado no número de equipes participantes do estudo.

Considerações finais

A saúde infantil está presente na agenda política do país há várias décadas, e a implantação da ESF acompanhou essa evolução, contribuindo para um maior enfoque das ESF na criança brasileira e, provavelmente, permitindo um avanço positivo nos resultados dos indicadores infantis, principalmente em áreas de maior vulnerabilidade social, que além de reduzirem o coeficiente de mortalidade infantil, melhoraram a qualidade de vida das crianças.

O estudo elucidou que o PMM contribuiu para reduzir as desigualdades no acesso em localidades que ainda apresentavam baixa cobertura da ESF e um desafio na atenção à saúde. O desempenho do profissional médico do MM contribuiu para o aumento da oferta de serviços de saúde nas diversas regiões e quebrou um paradigma por se tratar de uma estratégia de provimento, na qual, na sua maioria, eram médicos estrangeiros.

Avançar nos cuidados básicos de saúde, para que a AB seja coordenadora das redes de atenção à saúde, é uma postura que perpassa não só pela presença do profissional médico ou nos processos de trabalho isolados das equipes de saúde, mas como um disparador da gestão em cada município brasileiro em investimento na cobertura da AB. Além disso, cabe destacar que serão necessários outros estudos, com ênfase em uma análise qualitativa, que possam evidenciar os efeitos do PMM nos atributos da AB nos cuidados à criança.

Referências

AQUINO, Rosana; OLIVEIRA, Nelson F. de; BARRETO, Maurício L. Impact of the Family Health

Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. **American Journal of Public Health**, v. 99, n. 1, p. 87-93, 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BATTAUS, Maria Raquel Brazil; LIBERALI, Rafaela. A promoção do aleitamento materno na Estratégia de Saúde da Família – revisão sistemática. **Revista de APS**, v. 17, n. 1, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15177>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BITTAR, Telmo Oliveira *et al.* O Sistema de Informação da Atenção Básica como ferramenta da gestão em saúde. **Revista da Faculdade de Odontologia - UPF**, v. 14, n. 1, p. 5, 2009.

BLANK, Danilo. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria*, v. 79, p. S13-S22, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/jped/a/63smtJxfg5RqD5rnBtYCYsL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 23 out. 2013a. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 11 jul. 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos, dois anos**: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. Disponível em: http://maismedicos.gov.br/images/PDF/Livro_2_Anos_Mais_Medicos_Ministerio_da_Saude_2015.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo do PMAQ** para as equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e NASF, 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf. Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 nov. 2022.

CALDEIRA, Antônio Prates *et al.* Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em Equipes de Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1965-1970, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/mp6kyZwTN3Mqy9LLtKpmTgx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

- FURTADO, Juarez Pereira *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. 1-15, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00059116>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- KEMPER, Elisandréa Sguario; MENDONÇA, Ana Valeria Machado; SOUSA, Maria Fátima de. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2785-2796, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.17842016>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- LIMA, Rodrigo Tobias de Sousa *et al.* A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2685-2696, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.15412016>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- MACINKO, James; GUANAIS, Frederico C.; SOUZA, Maria de Fátima Marinho de. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990+2002. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <https://jech.bmj.com/content/jech/60/1/13.full.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2022.
- MACINKO, James *et al.* Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. **Social science & medicine**, v. 65, n. 10, p. 2070-2080, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.06.028>. Acesso em: 21 nov. 2022.
- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 327-338, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- MELLO, Débora Falleiros de *et al.* Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 6, p. 748-754, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000600004>. Acesso em: 21 nov. 2022.
- MENDONÇA, Claunara Schilling; DIERCKS, Margarita Silva; KOPITTKKE, Luciane. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2871-2878, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.16622016>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, Emerson Elias *et al.* (org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, p. 59-72. 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5531196/mod_resource/content/1/Livro%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20compartilhada%20do%20cuidado%20volume%201.pdf#page=61. Acesso em: 10 nov. 2022.
- MORAES, José Cassio de; RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio de Almeida. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inquéritos domiciliares. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, p. 113-124, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rbepid/a/7LVm96t5JssG46Bw5sRD74Q/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.
- OLIVEIRA, Mirella Gondim Ozias Aquino de *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno em dois municípios com baixo índice de desenvolvimento humano no Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 1, p. 178-189, 2013. Disponível em: [- 170 -](https://doi.org/10.1590/S1415-</p></div><div data-bbox=)

790X2013000100017. Acesso em: 10 nov. 2022.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>. Acesso em: 10 nov. 2022.

PINTO, Hêider Aurélio *et al.* Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 1087-1101, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0520>. Acesso em: 10 nov. 2022.

QUEIROZ, Lorena Lauren Chaves *et al.* Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 294-302, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200016>. Acesso em: 10 nov. 2022.

RIBAS, Antonio Neves. Programa Mais Médicos: uma avaliação dos resultados iniciais referentes ao eixo do provimento emergencial a partir da teoria da avaliação de programas. 2016. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/20577>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SILVA, Rosane Meire Munhak da; VIERA, Cláudia Silveira. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 5, p. 794-802, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670518>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SILVA, Isabel Cristina Araújo *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 4, p. 966-973, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9767>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de *et al.* Educação em saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2007.829/223>. Acesso em: 10 nov. 2022.

SOUZA, Rosana Santana de *et al.* Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 65-103, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/653>. Acesso em: 10 nov. 2022.

STÁBILE, Ariela Petramali *et al.* Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Revista de Ciências Médicas**, v. 22, n. 1, p. 31-41, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v22n1a1999>. Acesso em: 10 nov. 2022.

TERTULIANO, Gisele Cristina; STEIN, Airton Tetelbom. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 523-530, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/FcyQ8NXpGw6ZvyxkSrLtt3F/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2022.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60138-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4). Acesso em: 10 nov. 2022.

MENDES, Eugênio Vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-3, 2018. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7839>. Acesso em: 10 nov. 2022.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

Melquíades José dos Reis
Arquivo e catalogação fotográfica



Equipe do Projeto Multicampi Saúde



Equipe técnica e discentes em Belém



Prof. Paulo de Tarso explica o SUS aos discentes em Belém



Horta em Cametá



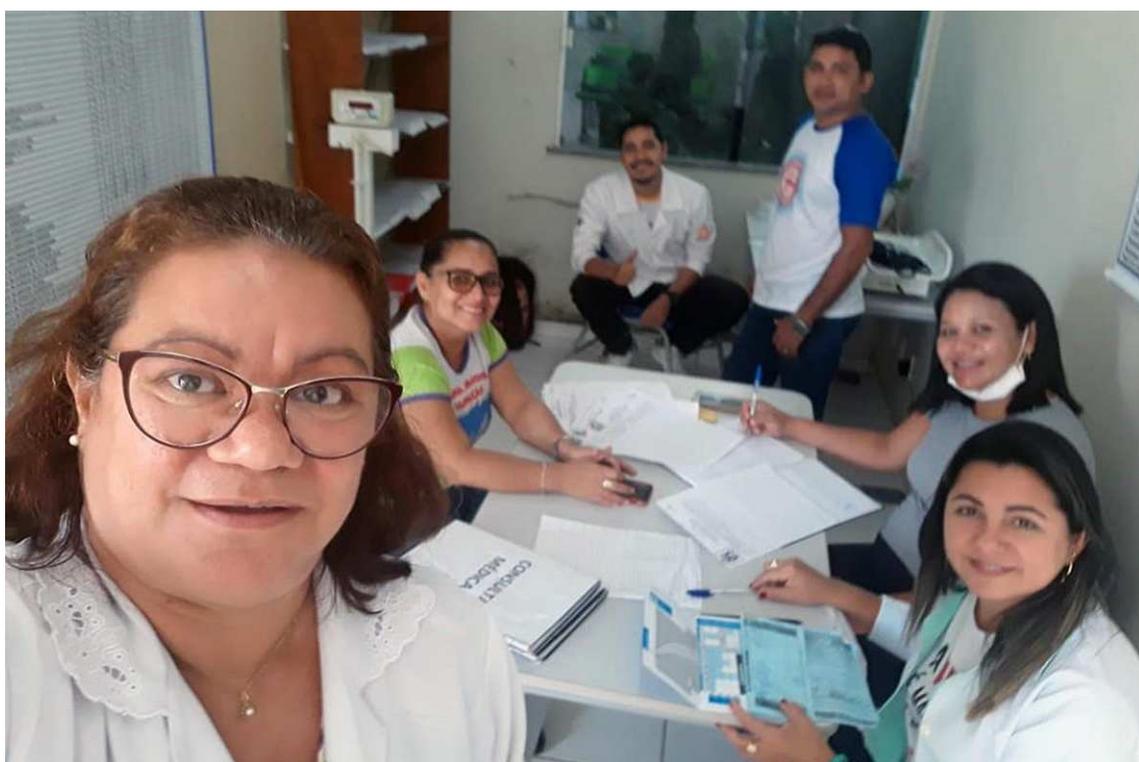
Horta em Cametá



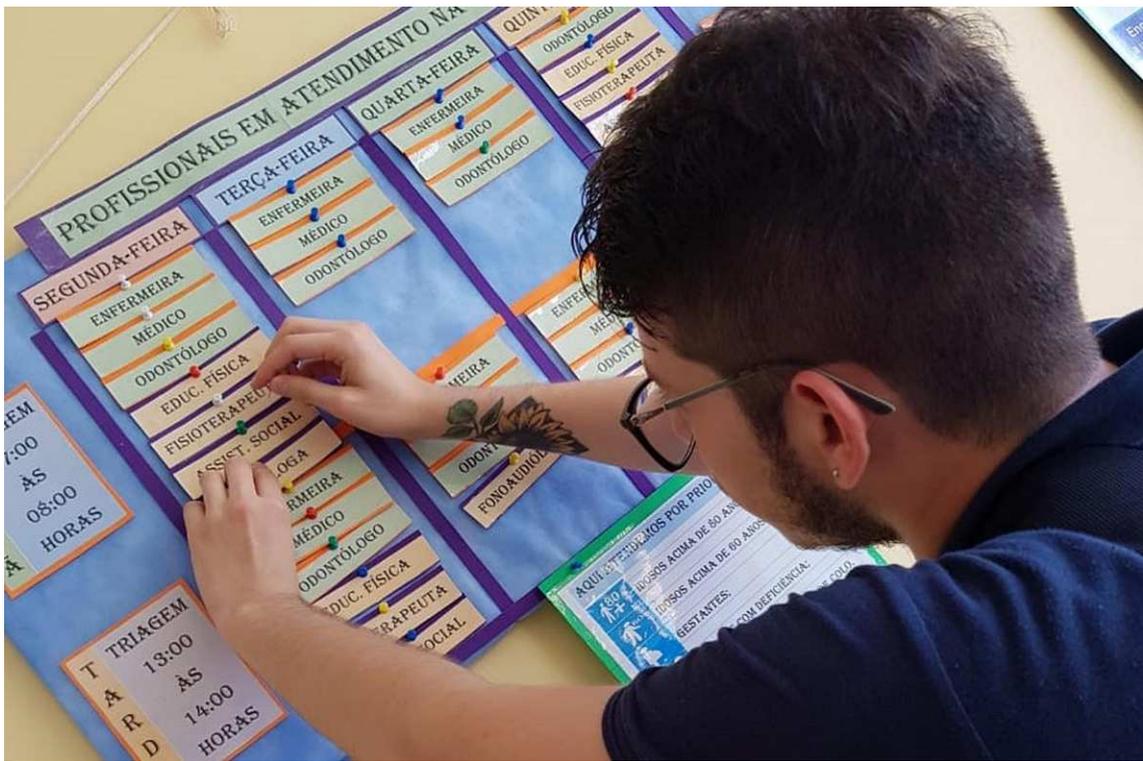
Horta em Cametá



Equipe Multicampi em Cametá



Capacitação sobre a Caderneta da Criança em Cametá



Debate sobre a Caderneta da Criança em Cametá

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA MARAMBAIA

HORÁRIO DE ATENDIMENTO:
7:00hs as 18:00hs
Segunda a Sexta Feira
Telefones Úteis:
Ouvidoria Geral do SUS: 136
Ouvidoria da SMS - CAMETÁ
Rua Dr. Freitas, 1298 - B. Novo - Cametá/Pa

- 1- Acolhimento
- 2 - Assistência
 - Saúde da Gestante;
 - Saúde da Criança;
 - Saúde do Adolescente;
 - Saúde do Adulto;
 - Saúde da Mulher;
 - Saúde do Homem;
 - Saúde do Idoso;
 - Saúde Mental;
 - Saúde Sexual e Reprodutiva;
- 3 - Doenças Crônicas (Diabetes, Hipertensão e outros);
- 4 - Doenças Infecciosas e Parasitárias;
- 5 - Primeiro atendimento às Urgência e Emergência
- 6 - Consulta Odontológica;
- 7 - Consulta de Enfermagem;
- 8 - Consulta Médica
- 9 - Procedimento de Enfermagem; Curativo; Administração de Medicamentos; Nebulização; Retirada dos Pontos; Teste do Pezinho; Imunização.
- 10 - Dispensação de Medicamentos Básicos;
- 11 - Dispensação de preservativos e contraceptivos
- 12 - Exames preventivos (câncer de colo de útero);
- 13 - Grupo de Saúde em Família;
- 14 - Visita domiciliar

Escala de Profissionais:
Médico: **DR JADSON WANZELER**
Enfermeiro: **ENFª GHEYSA**
- Cirurgião dentista:
- Técnico em Saúde Bucal:
- Auxiliar de Saúde Bucal:
- Técnico de enfermagem:

ACS1:	CHARLIA
ACS2:	GRACIANE
ACS3:	JOÃO
ACS4:	VALDIRENE
ACS5:	ROGÉRIO
ACS6:	SILVIA
ACS7:	BENEDITA
ACS8:	ANA
ACS9:	

Placa da UBS da Marambaia em Cametá



Equipe Multicampi em Cametá



Roda de conversa em Cametá



Equipe Multicampi em Cametá



Visita domiciliar em Castanhal



Visita domiciliar em Castanhal



Equipe de Saúde da Família em Castanhal



Farmácia Viva em Castanhal



Farmácia Viva em Castanhal



Farmácia Viva em Castanhal



Montando fluxograma de atendimento à criança e mural de serviços (UMS Condor)



Montando fluxograma de atendimento à criança e mural de serviços (UMS Condor)



Consulta a criança no controle de atualização de saúde do programa bolsa família



Consulta a criança no controle de atualização de saúde do programa bolsa família



Mutirão de Saúde da Criança em Castanhal



Mutirão de Saúde da Criança em Castanhal



Mutirão de Saúde da Criança em Castanhal



Mutirão de Saúde da Criança em Castanhal



Debate sobre consequências das drogas (PSE Parque Amazônia)



Debate sobre consequências das drogas (PSE Parque Amazônia)



Debate sobre tipos de acidentes que ocorrem na infância (UMS Jurunas)



Cineminha na inauguração Espaço Kids (USF São Sebastião)



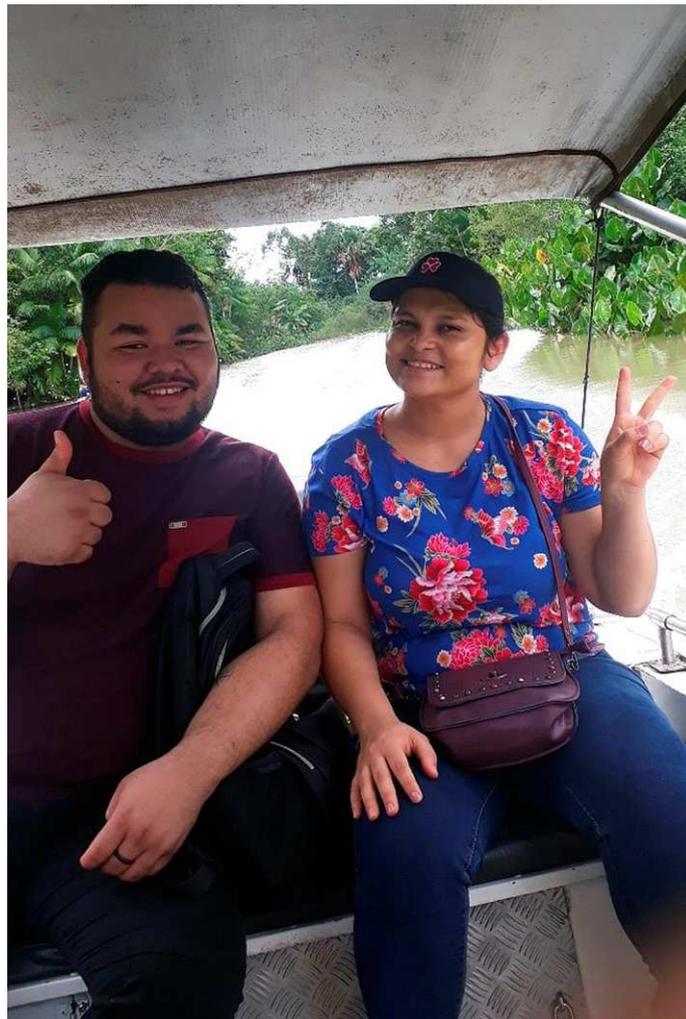
Cineminha na inauguração Espaço Kids (USF São Sebastião)



Treinamento de profissionais/educadores em saúde na Faculdade de Medicina da UFPA



Acolhimento com prefeito e secretária de Saúde em Abaetetuba



Visita à comunidade quilombola em Abaetetuba



Visita à comunidade quilombola em Abaetetuba



Equipe Multicampi em Abaetetuba



Equipe Multicampi em Abaetetuba



Conversa com a comunidade em Abaetetuba



Equipe do Multicampi em Abaetetuba



Capacitação do método canguru em Abaetetuba



Roda de conversa com estagiários da UFPA



Atendimento de saúde bucal infantil



Segundo grupo do Multicampi embarcando para Soure



Reunião com autoridades eclesíásticas, Secretária de Saúde e trabalhadores de Soure



Reunião com autoridades eclesiais, Secretária de Saúde e trabalhadores de Soure



Final do Multicampi Saúde em Soure com a presença do pró-reitor Nelson e da prof.ª Roseneide



Alunos do Multicampi no CAPS AD em Bragança



Atividade com jogos infantis em Bragança



Visita domiciliar em Bragança



Visita domiciliar em Bragança



Equipe do Multicampi em Bragança



Práticas Integrativas e Complementares em Saúde em Bragança



Visita domiciliar em Bragança



Visita domiciliar rural em Bragança



Visita domiciliar rural em Bragança



Planejamento de ação educativa com diretora de uma escola em Bragança



Reunião de supervisão semanal em Bragança



Farmácia em Bragança



Equipe do Multicampi em Bragança



Atendimento multiprofissional em Belém



Evento de prevenção ao suicídio - Setembro Amarelo (NASF Marambaia)



Evento de prevenção ao suicídio - Setembro Amarelo (NASF Marambaia)

APÊNDICES E ANEXOS

Proposta de Projeto apresentada ao Ministério da Saúde

Modelo de Diário de campo

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Fundo Nacional de Saúde

Proposta de Projeto
Nº.: 34621.7480001/18-008
Data de impressão: 26/08/2018 11:16:32

Identificação do Órgão ou Entidade

CNPJ	Nome do Órgão ou Entidade
34.621.748/0001-23	UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARA
Esfera Administrativa	Tipo de Órgão ou Entidade
FEDERAL	06-ORGÃO FEDERAL
População	Ano Censo
1.428.368	2006

Endereço Completo do Órgão ou Entidade

Município	Caixa Postal	CEP	UF
BELEM	459	66075110	PA
Endereço	Bairro		
CAMPUS UNIVERSITARIO AV. AUGUSTO CORREA - 01	GUAMA		
Complemento	E-mail		
	REITOR@UFPA.BR		
DDD	Telefone	Ramal	FAX
091	32017115		32017675

Relação dos Objetos

Objeto	Conceito
CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	CAPACITAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Plano de Aplicação

Conceito	Objeto do Gasto	Tipo Despesa	Valor Solicitado Concedente	Valor Solicitado Contrapartida	Valor Total
Este objeto refere-se à utilização dos recursos para o pagamento de despesas decorrentes da prestação de serviços por pessoas jurídicas para órgãos públicos	SERV DE TERCEIROS-PESSOA JURIDICA	CORRENTE	2.000.000,00	0,00	2.000.000,00

Totais Solicitados

Concedente Capital	0,00	Proponente Capital	0,00	Total Capital	0,00
Concedente Corrente	2.000.000,00	Proponente Corrente	0,00	Total Corrente	2.000.000,00
Total Concedente	2.000.000,00	Total Proponente	0,00	Total	2.000.000,00

Cronograma de Execução

Meta	Unidade de Medida	Qtd Solic.	Dt. Início Solic.	Dt. Final Solic.
2	PERCENTUAL	1	10/2018	03/2020
Etapa	Unidade de Medida	Qtd Solic.	Dt. Início Solic.	Dt. Final Solic.
1	PERCENTUAL	1	10/2018	03/2020

Cronograma de Execução

Meta	Unidade de Medida	Qtd Solic.	Dt. Início Solic.	Dt. Final Solic.
1	PERCENTUAL	1	08/2018	08/2020
Etapa	Unidade de Medida	Qtd Solic.	Dt. Início Solic.	Dt. Final Solic.
1	PERCENTUAL	1	08/2018	08/2020

Cronograma de Execução

Meta	Unidade de Medida	Qtd Solic.	Dt. Início Solic.	Dt. Final Solic.
3	PERCENTUAL	1	09/2018	08/2020
Etapa	Unidade de Medida	Qtd Solic.	Dt. Início Solic.	Dt. Final Solic.
1	PERCENTUAL	1	09/2018	08/2020

Cronograma de Desembolso

Meta	Mês/Ano	Valor Solicitado Concedente	Valor Solicitado Proponente
1	08/2018	1.720.000,00	0,00
2	10/2018	170.000,00	0,00
3	09/2018	110.000,00	0,00
Totais		2.000.000,00	0,00

Aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?

NÃO

Comunicou ao Conselho de Saúde Local sobre a proposta de projeto?

NÃO

Incluiu os subprojetos ou subatividades contemplados pelas transferências na Lei Orçamentária da esfera de governo a que estiver subordinada a unidade beneficiada ou em créditos adicionais abertos, ou em tramitação no Legislativo local ?

Não informado.

Justificativa da Proposição

ESTA PROPOSTA DE FORMAÇÃO (CAPACITAÇÃO) VISA INTEGRAR O ENSINO E O SERVIÇO COM A FINALIDADE DE QUALIFICAR A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DOS DISCENTES E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA, DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE OS PROCESSOS FORMATIVOS DOS GRADUANDOS DOS CURSOS DA ÁREA DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA, QUE TEM COMO PROPOSTA LEVAR OS ALUNOS DO PENÚLTIMO SEMESTRE DOS 10 (DEZ) CURSOS (MEDICINA, ENFERMAGEM, FISIOTERAPIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA, ODONTOLOGIA, FARMÁCIA, NUTRIÇÃO, BIOMEDICINA, PSICOLOGIA E SERVIÇO SOCIAL) QUE FORMAM PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA REALIZAREM VIVÊNCIAS EM SAÚDE DA CRIANÇA EM BELÉM, ABAETETUBA, BRAGANÇA, CAMETÁ, CASTANHAL E SOURE, ESCOLHIDOS PELA EXTENSÃO TERRITORIAL, DIVERSIDADE REGIONAL E PELA DEMANDA POPULACIONAL, EM ESPECIAL, AÇÕES DE ENSINO, PREVENÇÃO, E ATENDIMENTO NAS DIVERSAS ÁREAS QUE ABRANGEM A SAÚDE DA CRIANÇA DE ACORDO COM A NECESSIDADE OBSERVADA NO SERVIÇO. A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A DISCUSSÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE PODEM AJUDAR A REFLETIR NA ARTICULAÇÃO ENTRE O ENSINO-SERVIÇO NA RELAÇÃO COM A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E ORIENTANDO PARA AS NECESSIDADES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A QUALIDADE DA ATENÇÃO DISPENSADA AOS USUÁRIOS. EM UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AS CAUSAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DE CRIANÇAS BRASILEIRAS PEDRAZA E ARAÚJO (2017) DEMONSTRARAM QUE: DOENÇAS DO PARELHO RESPIRATÓRIO INFECÇÕES PARASITÁRIAS E AFECÇÕES PERINATAIS FORAM AS CAUSAS DE INTERNAÇÕES MAIS FREQUENTES NOS ARTIGOS REVISADOS. ENTRE OS ESTUDOS QUE ANALISARAM AS SITUAÇÕES SENSÍVEIS PNEUMONIAS, GASTROENTERITES E ASMAS BRÔNQUICA FORAM AS CAUSAS MAIS APONTADAS E REPERCUTEM A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA BÁSICA DAS REGIÕES BRASILEIRAS, VISTO QUE, SÃO CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ESSE NÍVEL DE ATENÇÃO. SOMAM-SE A ESSA REALIDADE OUTROS DADOS RELEVANTES A PARTIR DO PACTO DE METAS QUE ENVOLVEM O GOVERNO FEDERAL, ESTADOS E MUNICÍPIOS (2015). TAIS DADOS DEMONSTRAM QUE A COBERTURA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PARÁ ESTÁ ENTRE AS MENORES DA REGIÃO NORTE, 58,03% ENQUANTO O TOCANTINS ALCANÇA PATAMARES ACIMA DA MÉDIA NACIONAL, 91,29%. EM RELAÇÃO ÀS INTERNAÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO BÁSICA, O PARÁ APRESENTA O MAIOR PERCENTUAL DE 41,07%, ENQUANTO NO AMAPÁ OS DADOS APRESENTADOS SÃO DE 21,43%. COMO CENÁRIO AMAZÔNICO EM QUE VÁRIOS MUNICÍPIOS PARAENSES ENCONTRAM-SE COM BAIXO IDH, A FORMAÇÃO DOS ALUNOS DA SAÚDE E O ENVOLVIMENTO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DOS MUNICÍPIOS TORNAM-SE ESTRATÉGICOS PARA A SUPERAÇÃO DESTAS ASSIMETRIAS E DESIGUALDADES REGIONAIS. O FOCO NA POLÍTICA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA ENTENDE DE FORMA AMPLA A INSERÇÃO NA PRÁTICA DO ACOMPANHAMENTO E VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL; A UTILIZAÇÃO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA COM PRÁTICAS DE PUERICULTURA E ALEITAMENTO MATERNO E ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA (AIDPI). POR TRATAR-SE DE QUESTÃO RELEVANTE PARA A SAÚDE COLETIVA, AS VIVÊNCIAS, EXPERIÊNCIAS E FORMAÇÃO DOS ALUNOS DOS CURSOS DA ÁREA SAÚDE NESTA TEMÁTICA, SERÃO DE GRANDE COLABORAÇÃO, TANTO PARA OS MUNICÍPIOS QUE RECEBERÃO O PROGRAMA MULTICAMPI SAÚDE, QUANTO PARA A POPULAÇÃO. NESSA PERSPECTIVA A UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ PROPÕE O PROGRAMA MULTICAMPI SAÚDE DA UFPA QUE TEM COMO OBJETIVO OPORTUNIZAR AOS ALUNOS PARTICIPANTES DOS CURSOS ELENCADOS VIVENCIAR PRÁTICAS NA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE, EM ESPECIAL DA ATENÇÃO BÁSICA, NOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS E AOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA A OPORTUNIDADE DA AÇÃO-REFLEXÃO DAS AÇÕES NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS. AS TEMÁTICAS ESTARÃO EM CONSONÂNCIA COM A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA E A REALIDADE DO TERRITÓRIO. ESTA RELAÇÃO ENSINO-SERVIÇO POSSIBILITA A TRANSFORMAÇÃO DO APRENDIZADO NA FORMAÇÃO DOS ALUNOS, QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS NOS SERVIÇOS POSSIBILITANDO A MUDANÇA DE PRÁTICAS INADEQUADAS E IMPACTO NA REALIDADE DOS USUÁRIOS, INCORPORANDO TECNOLOGIAS DO SERVIÇO PARA O ENSINO E VICE-VERSA.

Objetivos da Proposição

ESTE PROJETO DE FORMAÇÃO TEM COMO OBJETIVO INTEGRAR ALUNOS DAS ÁREAS DE SAÚDE DA UFPA AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM SEIS MUNICÍPIOS SELECIONADOS DO ESTADO DO PARÁ, SUBDIVIDIDOS EM TRÊS METAS, A SABER: META 1: REALIZAR VIVÊNCIAS DOS ALUNOS E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE QUE ATUAM NOS 6 (SEIS) MUNICÍPIOS ENVOLVIDOS NO PROJETO, COM ÊNFASE NAS TEMÁTICAS ESPECÍFICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA; META 2 é ELABORAR 1 (UM) SUPLEMENTO EM

REVISTA CIENTÍFICA E/OU 1(UM) LIVRO E/OU CAPÍTULO DE LIVRO PARA PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS A GESTORES, PROFISSIONAIS, DISCENTES E À SOCIEDADE. META 3 é PARTICIPAR DE SEMINÁRIOS, CONGRESSOS, LOCAIS, REGIONAIS, NACIONAIS E/OU INTERNACIONAIS SOBRE A TEMÁTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA PARA A APRESENTAÇÃO E PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS

Acompanhamento da Proposição

O ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DA EXECUÇÃO DESTA PROPOSTA DAR-SE-ÃO POR MEIO DA PRÓ-REITORIA DE EXTENSÃO e PROEX/UFPA, ATRAVÉS DE TÉCNICOS DESTA UNIDADE, QUE UTILIZARÃO OS RELATÓRIOS APRESENTADOS NOS PORTFÓLIOS E NAS AÇÕES DESCRITAS EM RELATÓRIOS, PARCIAIS E FINAIS, QUALITATIVOS E QUANTITATIVOS, DOS RESULTADOS ALCANÇADOS. AO DAPES/MS, POR MEIO DA COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO -CGSCAM, É FACULTADO O DIREITO DE SOLICITAR, A QUALQUER TEMPO, INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS AO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA PESQUISA DIRETAMENTE AO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, OU REALIZAR VISITAS TÉCNICAS IN LOCU, QUANDO ACHAR NECESSÁRIO. AO FINAL DESTA, SERÁ REALIZADO UM SEMINÁRIO DE APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS A CGSCAM/DAPES/MS, AOS MUNICÍPIOS, A SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, REPRESENTANTES DOS CONSELHOS DE SAÚDE E ASSOCIAÇÃO DE USUÁRIOS. ALÉM DO QUE, OS DADOS SERÃO DIVULGADOS EM EVENTOS LOCAIS, REGIONAIS, NACIONAIS E/OU INTERNACIONAIS

Informações da Proposição sobre Curso, Congresso, Estudo, Evento e Pesquisa

Título do projeto:

Saúde da Criança Paraense na Atenção Básica: Articulação entre ensino, pesquisa serviço e gestão

Nome, perfil profissional e filiação institucional do Coordenador da equipe responsável pelo gerenciamento e execução do projeto:

Nelson José de Souza Júnior - Pró-Reitor de Extensão

Justificativa:

O tema da formação em saúde e da educação permanente na área saúde tem sido constantemente debatidos em fóruns que discutem a consolidação do Sistema Único de Saúde a partir da compreensão de que os trabalhadores e seus processos de trabalho têm grande relevância na definição dos modelos de atenção e gestão do sistema. Em uma revisão da literatura sobre as causas de internação de crianças brasileiras Pedraza & Araújo (2017) demonstraram que as causas de internações mais frequentes nos artigos revisados foram aquelas sensíveis a atenção básica. Outro fato importante é que a cobertura da atenção primária no Pará está entre as menores da região Norte. Em relação as internações sensíveis a esse nível de atenção o Pará apresenta o maior percentual de 41,7% para auxiliar na mudança desse cenário o projeto se justifica.

Descrição do Objeto:

A Universidade Federal do Pará apresenta o programa Multicampi Saúde, que tem como proposta levar os alunos dos cursos da área saúde para realizarem vivências em saúde da criança em Belém, Abaetetuba, Bragança, Cametá, Castanhal e Soure, por meio de metodologias ativas de capacitação e de ações de educação permanente envolvendo dez cursos: Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Biomedicina, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Entre os conteúdos que serão desenvolvidos estão: Orientações da saúde da criança no pré-natal das gestantes e puerpério, vacinas essenciais; triagens neonatais, acompanhamento do desenvolvimento infantil; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e todo o conteúdo da caderneta de saúde da criança.

Os objetivos gerais e específicos:

Ob.Geral: Integrar alunos de áreas da UFPA aos serviços de AB para atuarem com foco na política de atenção à saúde da criança. Ob. Específicos: 1 Realizar curso introdutório na política de atenção integral à saúde da criança para os docentes supervisores, preceptores e discentes dos cursos selecionados com auxílio da Coordenação Estadual de Saúde da Criança e Coordenação Geral de Saúde da Criança/Ministério da Saúde; 2) Utilizar base de dados secundários dos indicadores e da rede de AB dos municípios selecionadas; 3) Realizar visita técnica na rede de atenção à saúde da criança dos seis municípios selecionados; 4) integrar os alunos nas ações de saúde da criança no pré-natal das gestantes e puerpério, vacinas essenciais; triagens neonatais, acompanhamento do desenvolvimento infantil; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e todo o conteúdo da caderneta de saúde da criança e 5) Utilizar como uma das estratégias de execução permanente investigação e discussão do âmbito na AB

Público alvo:

Alunos de 10 cursos de graduação da área de saúde da UFPA, descritos acima, supervisionados por professores dos respectivos cursos e tendo como preceptores os profissionais de saúde que atuam nas unidades de saúde dos municípios selecionados.

Qtd.600

Nº de vagas:

Qtd.600

Instituições envolvidas:

Universidade Federal do Pará, Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Pará e Secretarias Municipais de Saúde dos Municípios Selecionados.

Localização:

Belém, Abaetetuba, Bragança, Cametá, Castanhal e Soure

Metas físicas:

1) 600 alunos e 15 professores supervisores capacitados no curso introdutório de atenção integral à saúde da criança para atuarem nas unidades básicas dos seis municípios selecionados 2) Diagnóstico da situação da rede de atenção à saúde realizado; 3) 600 alunos com práticas integradas nas unidades de saúde com foco na

atenção da criança; 4) Publicar um suplemento científico em revista indexada e/ou 1 (um) livro e /ou capítulos de livros de acordo com as experiências e tecnologias desenvolvidas no projeto.

Orçamento Detalhado:

Serviço de terceiros de Pessoa Jurídica R\$ 2.000.000,00 (Dois milhões de reais).

Metodologia/Estratégias operacionais:

A capacitação será por meio de estratégias ativas preconizadas nas ações de educação permanente dos alunos nos seis municípios. A abordagem será a da integração ensino-serviço-gestão. O Multicampi Saúde nasce sobre a égide dos princípios institucionais da UFPA como: integração com a sociedade; reestruturação do modelo de ensino; desenvolvimento amazônico e modernização da gestão. Para qualificar a reflexão sobre a prática do público-alvo, serão utilizadas entrevistas individuais e coletivas com os profissionais de saúde; rodas de conversa com usuários, diário de campo e capacitações e a utilização de bancos de dados secundários do SUS sobre as temáticas do projeto. Os temas trabalhados na vivência de 15 dias estarão de acordo com os princípios, diretrizes e eixos estratégicos, cada um dos eixos com suas respectivas ações estratégicas da PNAISC. Sendo a carga horária de 40 horas semanais para a imersão nas unidades de saúde durante 15 (quinze) dias e 20 horas para o curso introdutório

Carga horária:

Qtd.40

Tempo de execução do Projeto:

24

Resultados esperados:

600 alunos capacitados de forma teórica e prática para atuação e fortalecimento na Atenção Integral e Integrada à Saúde da Criança; 6 (seis) municípios do Pará com Unidades de Saúde aprimoradas na gestão e na atenção integral à saúde da criança; 50 profissionais de saúde e da gestão dos municípios integrados à educação como atores permanentes e atualizados quanto às melhores evidências da área da saúde; 1 (um) suplemento científico em revista indexada e/ou 1 (um) livro e/ou capítulos de livros com as experiências e tecnologias desenvolvidas no projeto; produzir e distribuir materiais de educação tendo como tema a saúde da criança.

Condições de inscrições:**Local:**

Belém, Abaetetuba, Bragança, Cametá, Castanhal e Soure

Documentação exigida:

RG, CPF e Comprovante de matrícula.

Requisito mínimo:

Ser aluno regularmente matriculado a partir do quinto semestre ao oitavo semestre e internato em um dos dez cursos selecionados que formam profissionais para área de saúde da UFPA.

Condições de seleção:

Os alunos devem estar regularmente matriculados em um dos 10 (dez) cursos de graduação selecionados e que formam profissionais de saúde na UFPA. Anualmente será publicado edital específico para a seleção dos participantes no site da Pro-Reitoria de Extensão da UFPA/PROEX. Serão levadas em consideração para seleção o desempenho acadêmico nas temáticas de atuação do projeto de acordo com o descrito no Sistema Integrado de Gestão Acadêmicas SIGAA onde estão registrados todo o desenvolvimento, desempenho e históricos dos alunos na UFPA e que gera um coeficiente de rendimento. A primeira etapa de seleção será por meio do coeficiente de rendimento do aluno contido no histórico acadêmico; a segunda etapa consistirá em uma entrevista com os alunos candidatos. Os professores selecionados serão os que atuam nos cursos da área de atuação do projeto e os preceptores serão selecionados pelas respectivas secretaria Estadual e secretarias municipais de saúde.

Acompanhamento:

O acompanhamento e monitoramento da execução deste projeto dar-se-ão por meio da pró-reitoria de extensão e PROEX/UFPA, através de técnicos desta unidade, que utilizarão os relatórios apresentados nos portfólios e nas ações descritas em relatórios, parciais e finais, qualitativos e quantitativos, dos resultados alcançados. Ao DAPES/MS, por meio da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno - CGSCAM, é facultado o direito de solicitar, a qualquer tempo, informações necessárias ao acompanhamento e avaliação da pesquisa diretamente ao pesquisador responsável, ou realizar visitas técnicas in loco, quando achar necessário. Ao final deste, será realizado um seminário de apresentação dos resultados a CGSCAM/DAPES/MS, aos municípios, a Secretaria Estadual de Saúde, representantes dos Conselhos de Saúde e associação de usuários. Além do que, os dados serão divulgados em eventos locais, regionais, nacionais e/ou internacionais.

Formas de avaliação:

Portfólio de observação do aluno participante do projeto; Relatórios pormenorizados da equipe de profissionais docentes e técnicos sobre as atividades desenvolvidas ao final da vivência e Relatório Conclusivo; Relatório de Rodas de conversas com usuários, gestores de unidades, profissionais das unidades, e alunos do projeto Multicampi para avaliar o desenvolvimento do projeto e os resultados alcançados.

Unidade Assistida não cadastrada.

Área de Abrangência da Unidade Assistida não cadastrada.

Tipo de Profissional não cadastrado.

Informações Complementares**Cadastro de Informações Complementares Não informado!****Material de Consumo****Não informado.****Material Médico-Hospitalar** **Não informado.****Declaração de Situação do Imóvel** **Não informado.****Dados Bancários** **Não informado.****Contato**

Nome:	NELSON JOSÉ DE SOUZA JUNIOR	CPF:	558.043.222-49	Sexo:	Masculino
Identidade:		Emissor:		Data de emissão:	
Email:					
Cargo/Função:	Pró-Reitor de Extensão				
Endereço:	TV: Gentil Bittencout 544, Apto 206				
Complemento:	Entre Benjamin Constante e Rui				
Bairro:	Nazaré	CEP:	66035340	Telefone:	91 32017127
UF:	PA	Município:	BELEM		



**PROJETO MULTICAMPI SAÚDE
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

DIÁRIO DE CAMPO

1. DADOS DO ALUNO

Nome:

Matrícula:

Curso:

Preceptor:

Supervisora:

2. CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

Percepção do aluno:

2.1 Dados do serviço

Estrutura física:

Equipe:

Acesso:

Fluxos:

3. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO DE REDE

Dados demográficos da região (*quantos são?*):

Gênero:

Raça/cor:

Faixa etária:

Determinantes sociais (*o que protege e o que pode colocar em risco a saúde da população adstrita?*):

Escolaridade:

Trabalho/renda:

Saneamento básico:

Ambiente (doenças infecciosas e parasitárias):

Redes de Atenção em Saúde presentes no território:

Populações específicas em situação de iniquidade?

Capacidade instalada na AB (quantos serviços presentes em território?):

O serviço no qual você está faz rede com algum deles? Quais?

4. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Dados epidemiológicos de morbimortalidade (do que adoecem e do que morrem as crianças nesta região?):

Caderneta da criança:

Atividades desenvolvidas no campo:

Obs. 1 - O aluno deve fazer entrevista com um profissional sobre o uso da caderneta da criança.

Obs. 2 - O aluno deve observar, durante o acompanhamento das rotinas na unidade, o uso da caderneta da criança e escolher uma "criança guia" para acompanhar e fazer o registro em seu diário de campo.

Gênero:

Raça/cor:

Faixa etária:

Saneamento básico:

SOBRE OS AUTORES

ÁDREA SIMONE CANTO LOPES

Pedagoga, especialista em Problemas Regionais e mestre em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA); doutoranda em Desenvolvimento Rural pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); professora, cedida para o Programa Infância e Adolescência (PIA), do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Pará (ICSA/UFPA).

ORCID: 0000-0003-4929-9560 | E-mail: adreacanto@yahoo.com.br

ADRIELE RODRIGUES DE OLIVEIRA

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialista em Gestão e Planejamento de Políticas Públicas em Serviço Social pela Escola Superior da Amazônia; participou do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0003-3791-4087 | E-mail: adrioliveira32147@gmail.com

ALCINDO ANTÔNIO FERLA

Médico e doutor em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); professor associado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); professor na Universidade Federal do Pará (UFPA) e na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS); pesquisador visitante do Instituto de Pesquisas Leônidas e Maria Deane (ILMD / Fiocruz Amazonas) e da Università di Bologna; pesquisador convidado da Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; líder do Grupo de Pesquisas da Rede Internacional de Políticas e Práticas de Educação e Saúde Coletiva (Rede Interstício); titular da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações do Trabalho do Conselho Nacional de Saúde e da Câmara Técnica de Pesquisas do Conselho Nacional de Saúde.

ORCID: 0000-0002-9408-1504W | E-mail: alcindoferla@gmail.com

ALESSANDRO CARNEIRO DA SILVA

Estudante de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0002-6467-3146 | E-mail: alessandrocs343@gmail.com

ANDERSON REIS DE OLIVEIRA

Psicólogo e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); membro do Grupo de Ensino, Pesquisa-Intervenção e Extensão Transversalizando; interesse nas áreas de relações étnicas raciais, gênero, sexualidade e psicologia social e comunitária.

ORCID: 0000-0002-3818-2757

ANNA BÁRBARA LIMA

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0002-5976-991X | E-mail: annabarbaralima@hotmail.com

ANTONIO AMÂNCIO BARBOSA NETO

Odontólogo pela Faculdade do Amazonas (IAES); especialista em Saúde Pública com ênfase em Estratégia Saúde da Família pelo Instituto de Ciências, Educação e Tecnologia de Votuporanga; mestrando em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD) da Fiocruz Amazônia.

E-mail: drantonioamancioneto@gmail.com.

ANTÔNIO SOARES JÚNIOR

Psicólogo e especialista em Docência do Ensino Superior pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialista em Educação Ambiental pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC/PA); especialista em Psicologia Hospitalar e da Saúde pela Faculdade Única; mestrando em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); arte educador do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos do Centro de Referência de Assistência Social do Guamá (CRAS/Guamá); membro do Grupo de Ensino, Pesquisa-Intervenção e Extensão Transversalizando da Universidade Federal do Pará (UFPA); voluntário do Projeto de Extensão Saúde na Comunidade: estratégias multidisciplinares de educação em saúde com ênfase em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens adultos.

ORCID: 0000-0003-0432-6772

BRUNA MORAES LEITE

Estudante de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0002-8880-5692 | E-mail: bruna.leite@ifch.ufpa.br

CAMILA DE CÁSSIA DA SILVA FRANÇA

Enfermeira; especialista em Atenção Básica à Saúde pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); mestre em Gestão e Saúde pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; coordenadora da Saúde da Mulher da Prefeitura Municipal de Ananindeua e membro da equipe do Grupo Condutor Rede Cegonha do município; participou como preceptora do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0002-1012-2015 | E-mail: camiladecssia@yahoo.com.br

CARLA CAROLINE MALCHER GOMES

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA); foi bolsista de extensão pelo Projeto Conexões de Saberes: diálogo entre a universidade e a comunidade (2018-2019) e de iniciação científica pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) (2019-2021); participou do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0002-9012-1812. | E-mail: carlamalcher.ufpa@gmail.com

CRISTINA MARIA ARÊDA-OSHAÍ

Graduada em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de Belo Horizonte (PUC-Minas); especialista em Serviço Social e Políticas Sociais pela Universidade de Brasília (UnB); mestre em Serviço Social e Política Social e doutora em Antropologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); professora adjunta do Instituto de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Pará (ICSA/UFPA).
ORCID: 0000-0001-7426-041-X | E-mail: cristinareda@ufpa.br

DANIEL CASTRO SILVA

Estudante de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA).
ORCID: 0000-0002-2451-6525 | E-mail: daniel.castro.silva@ifch.ufpa.br

DANIELLE TUPINAMBÁ EMMI

Odontóloga pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialista em Saúde Coletiva e mestre em Odontologia (Saúde Coletiva) pela Universidade Federal do Pará (UFPA); doutora em Odontologia (Dentística) pela Universidade de São Paulo (USP); professora associada do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA).
ORCID: 0000-0002-6046-0717 | E-mail: dtemmi@ufpa.br

DEBORAH HELEN ALMEIDA KIEDERLE

Estudante de Serviço Social da Universidade Federal do Pará (UFPA); participou como bolsista do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).
E-mail: deborah.kiederle07@gmail.com

DEBORAH RIBEIRO FRAZÃO

Cirurgiã dentista, mestre em Odontologia e doutoranda em Odontologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou como bolsista do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).
ORCID: 0000-0001-9168-2606 | E-mail: deborahfrazao@hotmail.com

DENISE DA SILVA PINTO

Fisioterapeuta pela Universidade do Estado do Pará (UFPA); especialista em Fisioterapia e em Clínica Médica e mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); doutora em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará (UFPA); professora associada da Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (ICS/UFPA).
ORCID: 0000-0003-4940-8114 | E-mail: denisepinto@ufpa.br

ELIANE APARECIDA DA CRUZ

Graduada em Serviço Social, mestre em Direitos Humanos e Cidadania e doutora em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB); foi Secretária-Executiva do Conselho Nacional de Saúde (2003-2008); Chefe de Gabinete do Ministro da Saúde (2012-2014); Secretária de Estado da Criança do Governo do Distrito Federal (2014); e consultora para participação social no Ministério da Saúde (2015).
ORCID: 0000-0002-2264-5550 | E-mail: elianecruz40@gmail.com

ELAINE CRISTINA SOUZA BONITO

Nutricionista pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou como bolsista do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0002-1856-9444 | E-mail: elaine.bonito@ics.ufpa.br

ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS

Médica pela Universidade de Brasília (UnB); mestre em Saúde Pública/Epidemiologia, pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); PhD em Community Health pela Universidade de Illinois (EUA); participou do desenvolvimento (2005) do 1º mestrado profissional em monitoramento e avaliação no Brasil, em parceria com o Ministério da Saúde, o Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e a Tulane University (EUA); chair do Evaluation Advisory Committee do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS); professora visitante na Universidade de Tulane; pesquisadora colaboradora no Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Laser/ENSP/Fiocruz).

ORCID: 0000-0002-2137-7048 | E-mail: betuca51@gmail.com

ERIC CAMPOS ALVARENGA

Psicólogo, mestre em Psicologia e doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); professor da Universidade Federal do Pará (UFPA); coordenador do Grupo Tramas (Trabalho e Masculinidades) no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0002-1803-2356 | E-mail: ericsemk@gmail.com

FLÁVIA CRISTINA SILVEIRA LEMOS

Psicóloga, pedagoga, especialista em Psicopedagogia Clínica e Institucional, mestre em Psicologia e Sociedade e doutora em História Cultural pela Universidade Estadual Paulista (Unesp); pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF); professora associada da Universidade Federal do Pará (UFPA); coordenou (2011-2013) o Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA); integrante dos Grupos de Trabalho de Psicologia Política da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (Anpepp) e Deleuze & Guattari da Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia (Anpof); atua com metodologias: histórico-culturais, genealogia, arqueologia, cartografia, pesquisa documental, etnografia e pesquisa-intervenção.

ORCID: 0000-0003-4951-4435 | E-mail: flaviacslemos@gmail.com

FERNANDA CALS DEOLIVEIRA CARACIOLO

Enfermeira pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); especialista em Doenças Tropicais pela Universidade Federal do Pará (UFPA) e em Pediatria e Neonatologia pela Universidade da Amazônia (Unama); responsável técnica e enfermeira do programa saúde da mulher no município de Belém.

ORCID: 0000-0003-4522-0704 | E-mail: fernandacals@yahoo.com.br

FRANCISCO TIAGO DE VASCONCELOS MELO

Biomédico, mestre em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários e doutor em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários pela Universidade Federal do Pará (UFPA); doutorado com período sanduíche no Harold Manter Laboratory of Parasitology da Universidade de Nebraska-Lincoln (EUA); professor Adjunto I de Parasitologia na Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0001-8935-2923 | Email: ftiago@ufpa.br

GISELE MEDEIROS DA SILVA

Nutricionista pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou como bolsista do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0001-5324-0372 | E-mail: giselemeiros2019@gmail.com

INGRID JANETH DIAS DE FREITAS SARMANHO

Cirurgiã dentista pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou como bolsista do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0003-3684-8209 | E-mail: ingrid.odontoufpa@outlook.br

IZABELLA SYANE OLIVEIRA PEREIRA

Nutricionista, especialista em Nutrição Clínica e mestrandia em Neurociências e Comportamento pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialista em Alimentação e em Nutrição na Atenção Básica pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

ORCID: 0000-0002-1633-0069 | E-mail: izabella.pereira@ntpc.ufpa.br

JAMES DEAN OLIVEIRA DOS SANTOS JUNIOR

Estatístico pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM); mestre em Estatística pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); professor da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

ORCID: 0000-0002-0627-6126 | E-mail: james@ufam.edu.br

JAMILA JOHANA MARTINS GATINHO

Odontóloga pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou como bolsista do Programa de Educação pelo Trabalho PET-Saúde/Interprofissionalidade e do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0003-3476-4458 | E-mail: milagatinho@gmail.com

JOANNY EMANOELLY CAMPOS DO NASCIMENTO

Enfermeira pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou como bolsista do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0002-7623-9427 | E-mail: camposnascimento34@gmail.com

JOSÉ FRANCISCO FERREIRA DA SILVA

Enfermeiro e especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); enfermeiro da Estratégia Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Belém (PA); participou como preceptor do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0002-8511-2436 | E-mail: francisco2047@hotmail.com

KAROL VEIGA CABRAL

Psicóloga; especialista em Teoria Psicanalítica e em Gestão, Atenção e Participação no Âmbito da Saúde Mental no Sistema Único de Saúde; mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); doutora em Antropologia pela Universitat Rovira i Virgili (com validação nacional em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul); pós-doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); professora e pesquisadora em saúde mental, saúde coletiva, acompanhamento terapêutico, psicanálise, reforma psiquiátrica, experiência urbana; professora adjunta da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0001-5678-78590 | E-mail: karolveigacabral@gmail.com

LAURILENE DE FÁTIMA PINTO DA SILVA

Enfermeira pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); especialista em Gestão em Saúde pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000.0002.6784-9178 | E-mail: laurilene28@gmail.com

LEANDRO PASSARINHO REIS JÚNIOR

Psicólogo e biólogo pela Universidade Federal do Pará (UFPA); pedagogo pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); mestre em Educação pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); doutor em Educação – Currículo, Epistemologia e História pela Universidade Federal do Pará (UFPA); pós-Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP); professor adjunto III da Universidade Federal do Pará (UFPA); professor pesquisador da Universidade Federal do Pará (UFPA); membro da Associação Brasileira de Psicologia Social (Abrapso) e da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (Anpepp); coordenador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e psicólogo supervisor da Clínica Psicológica Virtual da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0001-9505-7808 | E-mail: leandro.passarinho28@gmail.com

LÍDIA DIAS GONÇALVES

Médica pela Universidade Federal do Pará (UFPA); residente em Medicina de Família e Comunidade pelo Centro Universitário do Estado do Pará (Cesupa).

ORCID: 0000-0003-3461-6041 | E-mail: lidiadias87@yahoo.com.br

LUANA BORGES TEIXEIRA

Psicóloga pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0001-5869-2212 | E-mail: psi.luana.bt@gmail.com

LUANA KAROLINA DOS SANTOS AMORIM

Psicóloga pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

LUANA MICHELY CARDOSO BARROS

Graduada em Letras – Língua Portuguesa pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); graduanda em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0003-0620-7857 | E-mail: luana_michely@yahoo.com

LUCAS FALCÃO SILVA

Graduado em Ciência e Humanidades, em Ciências Econômicas e mestre em Economia pela Universidade Federal do ABC (UFABC); doutorando em Administração Pública e Governo pela Fundação Getúlio Vargas (FGV); experiência na área de economia, com ênfase em Economias Agrária e dos Recursos Naturais.

ORCID: 0000-0003-2419-1748 | E-mail: Lucas.falcão9113@gmail.com

LUIZ MARQUES CAMPELO

Farmacêutico pela Universidade Federal do Ceará (UFC); especialista em Avaliação pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); doutor em Informação e Comunicação em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); servidor público federal (Analista Técnico de Políticas Sociais) com atuação na gestão e planejamento estratégico, com foco no monitoramento e avaliação de políticas públicas; desenvolve ações estratégica na implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas, com foco no planejamento ascendente e estratégia de saúde digital na Superintendência Estadual do Ministério da Saúde no Estado do Ceará (SEMS).

ORCID: 0000-0003-0439-2403 | E-mail: luiz.marques@yahoo.com.br

MÁRCIA MARIA BRAGANÇA LOPES

Enfermeira obstetra e especialista em Saúde Pública e Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Estado do Pará (UFPA); mestre em Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); professora associada da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID:0000-0001-6232-9985 | E-mail: mmb1@ufpa.br

MARIA CLARA ACÁCIO DE OLIVEIRA BRASIL

Psicóloga e mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); integra o Grupo de Pesquisa Trabalho e Saúde na Amazônia: subjetividade, instituições e políticas certificado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (Propesp/UFPA).

ORCID: 0000-0003-4783-1330 | E-mail: mariaclara.drive@gmail.com

MARIA LUCIA CHAVES LIMA

Psicóloga e mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP); professora de Pós-Graduação em Psicologia e coordenadora do Grupo Inquietações: arte, saúde e educação da Universidade Federal do Pará (UFPA); pesquisadora com experiência na área de Psicologia Social, atuando nos temas: sexualidade e relações de gênero, feminismos contra coloniais e modos de subjetivação; membro da Associação Brasileira de Psicologia Social (Abrapso).

ORCID: 0000-0003-3062-2399 | E-mail: marialuciacl@gmail.com

MARÍLIA DE FÁTIMA VIEIRA DE OLIVEIRA

Enfermeira pela Universidade Federal do Pará (UFPA); mestre em Enfermagem e doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); professora da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0003-4303-9434 | E-mail: mariliafvo@ufpa.br

MAYRA COSTA ROSA FARIAS DE LIMA

Enfermeira pela Universidade Paulista (Unip); graduada em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA); especialista em Gestão Hospitalar e Auditoria em Saúde; mestranda em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia).

ORCID: 0000-0002-5137-4470 | E-mail: mayracrfarias@gmail.com

MELINA NAVEGANTES ALVES

Psicóloga pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialista em Saúde Mental: Política, Clínica e Práxis pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-Minas); participante dos Projetos de Extensão “Atenção Psicológica ao Adolescente: promoção de saúde e prevenção de riscos a partir da escola” e “Psicologia nas Ruas”; participante do Projeto de Pesquisa “Práticas integrativas e complementares em saúde: uma pesquisa-intervenção em saúde mental em Belém”; participou do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0002-9099-2706 | E-mail: melinanavegantesalves@gmail.com

MELQUIADES JOSÉ DOS REIS

Jornalista pela Universidade Metodista de São Paulo (Metodista); especialista em Gestão de Cidades e Sustentabilidade pela Universidade Federal do Pará (UFPA); trabalha na assessoria de Comunicação da Comissão de Regularização Fundiária da Universidade Federal do Pará (UFPA); experiência na área de Comunicação Social, com ênfase para o trabalho de assessoria de comunicação e produção de textos jornalísticos para os setores público, empresarial, sindical, parlamentar, acadêmico, terceiro setor e agência de cooperação internacional, além do conhecimento na produção fotográfica e com as ferramentas do planejamento estratégico.

E-mail: kiddosreis@gmail.com

MICHELLE CRISTINA RIBEIRO SODRÉ

Graduada em Serviço Social, especialista em Oncologia e mestranda em Serviço Social e Direitos Humanos na Amazônia pela Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0001-5959-0322 | E-mail: michellesodre68@gmail.com

NAIARA CARVALHO ROCHA

Nutricionista e residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) da Universidade Federal do Pará (UFPA); participou como bolsista do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0001-7932-120X | E-mail: naiaracarvalho498@gmail.com

NAÍZA NAYLA BANDEIRA DE SÁ

Nutricionista e especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Federal do Pará (UFPA); mestre em Nutrição Humana e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB); professora adjunta da Universidade Federal do Pará (UFPA); atua com os temas: epidemiologia de doenças crônicas não transmissíveis, nutrição em saúde pública, aleitamento materno, segurança alimentar e nutricional e comportamento alimentar.

ORCID: 0000-0002-1267-1624 | E-mail: Naizasa@ufpa.br

NAYARA DE OLIVEIRA MAKSOUD

Enfermeira pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS); especialista em Saúde Pública para Gestores do SUS no Amazonas pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia); especialista em Processos Educacionais na Saúde pelo Instituto Sírrio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL); mestre em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia); enfermeira na Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas; assessora técnica na Secretaria Municipal de Saúde de Manaus.

E-mail: maksoudna@gmail.com

NELSON JOSÉ DE SOUZA JÚNIOR

Filósofo pela Universidade Federal do Pará (UFPA); mestre em Filosofia e doutor em Filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS); professor adjunto e diretor Adjunto do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (IFCH) da Universidade Federal do Pará (UFPA); membro do Grupo de Trabalho Heidegger da Associação Nacional de Pós-Graduação em Filosofia (Anpof); experiência na área de Filosofia, com ênfase em hermenêutica, fenomenologia e dialética; Pró-Reitor de Extensão da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0002-1257-2001 | E-mail: nelsonjosedesouzajunio363@gmail.com

PAULO DE TARSO RIBEIRO DE OLIVEIRA

Psicólogo pela Universidade Federal do Pará (UFPA); mestre em Saúde Pública e doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); professor associado IV da Universidade Federal do Pará (UFPA); atua nos seguintes campos: saúde do trabalhador, sofrimento psíquico, análise institucional, política de saúde e monitoramento e avaliação; membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); integrante do Conselho Editorial da

Revista Saúde; membro do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes); membro do Grupo de Trabalho de Psicodinâmica do Trabalho da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (Anpepp); coordenador da Região Norte da Rede Unida.

ORCID: 0000-0002-1969-380XO | E-mail: pttarso@gmail.com

PEDRO ROMÃO DOS SANTOS JÚNIOR

Psicólogo pela Universidade Federal do Pará (UFPA); residente em Nefrologia pela Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna (FHCGV) e pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); experiência na área de Psicologia, com ênfase em psicoterapia, ansiedade, depressão, desenvolvimento humano, direitos humanos, etnopsicologia, saúde mental e povos indígenas.

ORCID: 0000-0003-0949-9197

RAYANNE CASTILHO MESQUITA

Estudante de Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0003-3542-6258 | E-mail: rayanne.mesquita@ifch.ufpa.br

REGINA FEIO BARROSO

Dentista pela Universidade Federal do Pará (UFPA); mestre e doutora em Odontologia Social pela Universidade Federal Fluminense (UFF); professora titular aposentada da Universidade Federal do Pará (UFPA); foi Vice-Reitora da Universidade Federal do Pará (UFPA); coordenou, no Pará, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-PA), o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS-PA) e o Projeto Versus do Ministério da Saúde (MS) e da Organização Pan-americana da Saúde (Opas); coautora e inventora do produto “Composição Evidenciadora de Biofilme Dental com Corante de Açaí”, patenteado pelo United States Patent and Trademark Office (USPTO); superintendente do Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Pará (CHU-UFPA).

ORCID: 0000-0002-8875-2957 | E-mail: reginafeio26@gmail.com

RODRIGO TOBIAS DE SOUSA LIMA

Dentista pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialista em Saúde Coletiva pela Associação Brasileira de Odontologia (BO); especialista em Bioética pela Universidade de Brasília (UnB); mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pelo Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia); doutor em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz Pernambuco); pesquisador e professor do Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD/Fiocruz Amazônia).

ORCID: 0000-0002-4098-5276 | E-mail: rodrigo.sousa@fiocruz.br

RONILDA BORDÓ DE FREITAS GARCIA

Psicóloga e mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (UFPA); foi membro da Coordenadoria de Comunicação do Centro Acadêmico de Psicologia Nise da Silveira da Universidade Federal do Pará (CAPSI/UFPA); integrante do Grupo de Pesquisa Transversalizando da Universidade Federal do Pará (UFPA); participou como voluntária do Projeto de Extensão Acolher da Universidade Federal do Pará (UFPA); membro do Núcleo do Pará da Articulação Nacional de Psicólogas(os) Negras(os) e Pesquisadoras(es) (Anpsinep).

ORCID: 0000-0003-1917-8573 | E-mail: nilda_missionaria@hotmail.com

ROSÂNGELA DE LIMA FARIAS

Enfermeira pela Faculdade Pan Amazônica (FAPAN); especialista em Urgência e Emergência e Ênfase na Estratégia Saúde da Família pela Faculdade Integrada da Amazônia (Finama); enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Belém; participou do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0003-1111-1585 | E-mail: rosangeladelimafarias@gmail.com

ROSENEIDE DOS SANTOS TAVARES

Enfermeira pela Universidade Federal do Pará (UFPA); mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); professora associada II da Universidade Federal do Pará (UFPA); coordenadora do Curso de Especialização em Enfermagem em Terapia Intensiva da Universidade Federal do Pará (UFPA); coordenadora do Projeto de Extensão “Conhecendo as redes de apoio de pessoas com doenças crônicas”, desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) na Unidade Municipal de Saúde do Guamá; participou como coordenadora do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0003-4556-2683 | E-mail: rstavares@gmail.com

SANDRA HELENA ISSE POLARO

Enfermeira pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialista e mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); professora associada da Universidade Federal do Pará (UFPA); professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0001-5026-5080 | E-mail: shpolaro@ufpa.br

SÁVIO FELIPE DIAS SANTOS

Enfermeiro e mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA); enfermeiro do Programa de Promoção e Prevenção a Saúde - Viver Bem em Atenção Primária à Saúde da Unimed Belém; terapeuta holístico pela Associação Brasileira dos Terapeutas Holísticos (ABRATH).

ORCID: 0000-0003-4066-5878 | E-mail: saaviiofelipe@gmail.com

SILVIA HELENA ARIAS BAHIA

Biomédica pela Universidade Federal do Pará (UFPA); especialista em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP); especialista em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz); doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); professora associada III da Universidade Federal do Pará (UFPA).

ORCID: 0000-0003-2201-8909 | E-mail: bahias@ufpa.br

TIÓTREFIS GOMES FERNANDES

Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); especialista em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); doutor em

Ciências Médicas pela Universidade de São Paulo (USP); professor da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

ORCID: 0000-0002-8563-9529 | E-mail: tiotrefis@ufam.edu.br

TÚLIO BATISTA FRANCO

Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG); especialista em Saúde Pública, mestre e doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); pós-doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de Bolonha (Itália); professor titular da Universidade Federal Fluminense (UFF); integrou o Grupo de Pesquisa Europeu do Projeto Knowledge Identity Language Tools (KILT); recebeu (2022) o prêmio Sérgio Arouca de Saúde e Cidadania, da Associação dos Servidores da Fiocruz, por sua participação no enfrentamento à Pandemia de covid-19; cientista ranqueado como um cientistas mais influentes da América Latina e do Brasil, publicado pela AD Scientific Index.

ORCID: 0000-0001-7372-52620 | E-mail: tuliofranco@gmail.com

VANESSA KHRISLLEN PINHEIRO FERREIRA

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Pará (UFPA); participou do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, coordenado pela Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará (PROEX/UFPA).

ORCID: 0000-0001-6450-6578 | E-mail: vanessakhrisllen59@gmail.com

PUBLICAÇÕES DA EDITORA REDE UNIDA

Séries:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA A SUA DOAÇÃO E COLABORE
www.redeunida.org.br

