



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**MICROINTERVENÇÕES ORIENTADAS PARA O APERFEIÇOAMENTO E
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DO CRUZEIRO EM ITAPIPOCA-CE**

CAIO ARAUJO DE HOLANDA SOUZA

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES ORIENTADAS PARA O APERFEIÇOAMENTO E
QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO
CRUZEIRO EM ITAPIPOCA-CE

CAIO ARAUJO DE HOLANDA SOUZA

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: RAFAEL SOARES DIAS

NATAL/RN
2021

Concluir qualquer projeto é sempre um momento reflexivo. Rever toda a trajetória, com seus desafios e adversidades, todo o aprendizado e as relações emergentes, refletem o caminho árduo que é exercer a Medicina em nosso país, embora tenhamos vitórias ocultas e reconfortantes quando promovemos a saúde em nossa comunidade, resultante daquilo que foi trabalho, principalmente quando em conjunto com a equipe. Por isso, ela é fundamental para esse processo.

Gostaria de iniciar os agradecimentos aos agentes comunitários de saúde, sem eles seria impossível o contato mais próximo com nossos pacientes e ficaria inviável desenvolver estratégias de atuação na comunidade, principalmente no momento atual de pandemia. Gostaria de agradecer as técnicas de enfermagem, por estarem atuando em parceria e em conjunto, sendo uma extensão do cuidado ao paciente.

Agradeço também aos profissionais locados na recepção, em especial, Dona Elenir, pelo desafio que é receber e realizar as escutas iniciais, além da paciência no manejo. Sem vocês, o atendimento e o cuidado já perderiam a qualidade desde o início.

Aos profissionais de enfermagem de ambas equipes (Cruzeiro e Maranhão), gostaria de agradecer em especial a enfermeira Michelyne. Agradeço pela atuação conjunta e parceria no cuidado ao paciente, além do auxílio e pro-atividade. Nossa relação que inicialmente foi de trabalho, transformou-se em amizade pautada no respeito e admiração. Ao colega médico da equipe vizinha, Doutor Matheus, agradecer também a parceria e apoio durante todo esse período, além da relação de amizade desenvolvida.

Agradeço também a Deus por me permitir servir ao próximo, sendo uma extensão Dele. À minha família e amigos, agradeço também pelo apoio e suporte, pois seria árdua essa caminhada sem vocês.

RESUMO

A medicina de saúde da família e comunidade reflete intrinsecamente em uma assistência mais acolhedora ao paciente, portanto, necessita de análise constante sob a demanda do território adscrito e de seus pacientes, bem como, o aperfeiçoamento contínuo da atenção à saúde ali promovidos. Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, e Atenção à Saúde da criança, crescimento e desenvolvimento, tais microintervenções foram as selecionadas com objetivo de organizar e ampliar o acesso de consultas aos profissionais de saúde, visando um atendimento mais equitativo e eficiente, além de orientar e rememorar cuidados ao lactente, bem como, aumentar a adesão das genitoras nas consultas de Puericultura. Com reuniões prévias, seleção dos principais problemas e demandas, discussões de casos, conferências, organização da recepção e acolhimento, protocolos de atendimento e educação em saúde promovida estrategicamente pelos agentes comunitários de saúde, além da sala de situação, logrou-se êxito em ambas intervenções, contudo não podemos desconsiderar as adversidades e necessidade de constante monitoramento e autoavaliação com reuniões mensais da equipe.

SUMÁRIO

1. Resumo -----	4
2. Introdução -----	6
3. Microintervenção 1 -----	7
4. Microintervenção 2 -----	10
5. Considerações finais -----	13
6. Referências -----	15
7. Anexos -----	16

1. INTRODUÇÃO

Localizado no bairro do Cruzeiro na zona urbana de Itapipoca, a Unidade Básica de Saúde do Cruzeiro abrange seu território adscrito em quase toda a totalidade do bairro a qual compartilha o nome. Contudo, por ser o maior e mais populoso bairro do município, necessitou ser fragmentado na atenção à saúde em menor proporção com outras Estratégias de Saúde da Família, tais como, Flores e Coqueiro.

O território adscrito possui em torno de três mil e oitocentos pacientes cadastrados, com renda socioeconômica baixa em sua totalidade, duas praças de lazer, uma igreja católica, duas centros de culto evangélico e um de candomblé. Por isso, a referida Unidade de Saúde há duas Estratégias de Saúde da Família, Cruzeiro e Maranhão, na tentativa de atender a população de forma mais digna.

Analisando o território e suas peculiaridades, fica notório a demanda por atendimentos, sendo expressivo isto na agenda médica. No início do programa, os atendimentos médicos eram por agendamento, havendo dias específicos para programas e demandas espontâneas, contudo, o tempo médio para marcação de atendimento era mais de um mês, tornando menos resolutivo e equitativo a assistência à saúde dos pacientes. Por isso, o primeiro projeto de microintervenção escolhido foi Acolhimento à Demanda espontânea e à demanda programada.

Sobre o segundo projeto de microintervenção, o escolhido foi Atenção à Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. O principal aspecto para ser escolhido foi o fato de haver uma cultura prévia na própria população em não aderir e comparecer às consultas de puericultura, só acontecendo quando os pacientes apresentavam alguma queixa ou sintoma. Com isso, o trabalho em equipe estratégico com sensibilização e informação repassados nas salas de situação e pelos agentes comunitários de saúde, foram importantes para valorizar a puericultura como ferramenta fundamental para avaliar o crescimento e desenvolvimento do público infantil, despertando assim o interesse pelo acompanhamento médico regular nos genitores e responsáveis.

Portanto, este trabalho está organizado em capítulos onde iremos abordar cada projeto e suas peculiaridades, abordando as adversidades, necessidade de constatar monitoramento e auto-avaliação.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

Para iniciar o projeto de microintervenção, foi abordado previamente em reunião com as equipes (Cruzeiro I e II em 16/10/2020), uma lista de problemas que envolviam ambos os temas a serem abordados pelos projetos de microintervenção. Com isso, ficou notório a presença de intervenção em ambas, mas a que com certeza haverá um impacto no atendimento e na saúde ao paciente seria o Acolhimento a Demanda Espontânea e Programada.

Dentre os principais pontos e problemas enfrentados diante da nossa realidade, tínhamos:

1) Agendamento realizado pela recepcionista, onde, quando acabavam as vagas de consultas do dia, o paciente era agendado em data futura quando houvesse vaga, independente da sua necessidade ou disponibilidade. O que fazia com que geralmente procurasse outro tipo de serviço. Além de não passarem na sala de acolhimento. Geralmente, o paciente relatava sua necessidade ou motivo de consulta na própria recepção.

2) Subutilização da sala de Acolhimento, servindo prontamente para aferir parâmetros para as consultas previamente agendadas e as urgências que surgissem.

3) Agendamento com vagas disponíveis para 1 mês. Mesmo sendo realizado o agendamento, ainda assim, não era possível dar conta da demanda, seja programada ou espontânea, virando uma "bola de neve", sendo contrário a "Lei de Cuidados Inversos", no qual objetiva uma atenção à saúde, bem como, os atendimentos de uma forma priorizada e equitativa, dependendo da necessidade do paciente. Com isso, certos pacientes com problemas mais urgentes não garantem sua consulta no mesmo dia ou na mesma semana.

4) Falta de Profissionais. Infelizmente, não dispomos de muitos técnicos de enfermagem, onde havia um revezamento entre a sala de acolhimento e sala de vacina. Prejudicando ainda mais o aproveitamento total da Sala de Acolhimento, além de demorar no preparo dos pacientes, haja vista que são 6 profissionais de nível superior (3 médicos, 2 enfermeiros e 1 dentista)

5) Há uma demanda de visitas domiciliares importante, contudo é prevalente pacientes sendo visitados que não possuem critérios suficientes para tal acompanhamento, podendo serem acompanhados até na UBS. Portanto, há uma necessidade avaliar com critérios tais indicações, necessidades, prioridades e periodicidades de acompanhamentos.

6) Falta de reunião mensal. Em que agora, servirá para gestão do plano de ação que iremos desenvolver e manter reavaliando periodicamente.

Com isso, buscamos unificar uma logística de atendimento e de melhor funcionamento da nossa UBS, definimos mudanças a serem adotadas.

Mudança na Agenda Médica e de Enfermagem, onde haveria uma diminuição das vagas de programas e aumento para demanda espontânea, sendo 5 e 5, respectivamente. Esta mudança foi adotada inicialmente em meados do novembro (16 de outubro). Já em novembro,

está atualizado para 6 pacientes para programas e 10 para demandas.

Mudança no fluxograma de acolhimento, onde o paciente ao entrar na Unidade Básica de Saúde (UBS), solicitando orientações ou consulta na recepção, será aberto seu prontuário e encaminhado para a sala de acolhimento. Lá será visto qual sua necessidade, problema ou dúvida, sendo assim analisado seus parâmetros, visto se seu problema é agudo ou não, classificando, e , de acordo com sua gravidade, encaminhando imediatamente, no mesmo turno ou no turno seguinte para médico e/ou enfermeiro, agendamento, monitorização ou orientação do mesmo.

Mudança na rotina de enfermagem. Houve uma mobilização valorosa do corpo de enfermagem que se reorganizaram e conseguimos fixar um técnico de enfermagem na Sala de Acolhimento continuamente. A outra técnica de enfermagem fica em rodízio na sala de vacina e de aerossol com a retaguarda das enfermeiras, caso necessite.

Houve também busca ativa dos agentes de saúde pelos pacientes que estavam marcados pela agenda, na tentativa de obter qual era o problema principal da consulta, sendo colhido pelo Relatório Clínico Orientado por Problemas (RCOP), analisado pela equipe e remarcado para uma data mais próxima, a depender da necessidade do paciente.

Por conseguinte, uma “mesa redonda” com todas as equipes, sobre esses planos e métodos a serem adotados, sendo explicado as nuances do acolhimento, da priorização do paciente, da escala de Manchester adaptada a APS com fluxogramas baseados dos Cadernos de Atenção Básica: Acolhimento à Demanda Espontânea volumes 1 e 2, das visitas domiciliares e o "Critério UFES" (Universidade Federal do Espírito Santo), e o Acesso Avançado. Com o objetivo de agregar as mudanças previamente citadas.

Esta última atividade foi realizada no dia 5 de novembro, após meu retorno do recesso, findando nossos planos de ação para este projeto de intervenção. Contudo, ainda mesmo sendo recente, já conseguimos obter resultados interessantes.

Agora, nossa agenda que estava só disponível de vagas para 1 mês, reduziu para 15 dias. Houve uma dificuldade inicial com a realização do fluxograma de acolhimento dos pacientes assim que chegavam, mas após a modificação e fixação da técnica de enfermagem na sala de acolhimento, logramos total êxito.

Um fato inesperado foi a implementação do (Prontuário Eletrônico do Cidadão - Atenção Básica) PEC-AB que, inicialmente, pensaríamos ser algo que atrapalharia nosso desempenho, contudo, com a adequação e adaptação ao novo sistema, houve aumento no número de atendimentos e maior celeridade por já haver no próprio sistema o RCOP e não haver a burocracia com os papéis, mesmo que nas consultas iniciais houvesse esta necessidade.

Já recebemos as fichas de alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS), contudo foi priorizado a realização dos Critérios UFES nas famílias mais vulneráveis em que os mesmos já conhecessem, a fim de já podermos priorizar as visitas domiciliares e atende-los prontamente.

Um ponto que não é objetivo, mas é subjetivo, é o meio de comunicação que ficou mais viável para a comunidade. Nesse plano de ação, foi incorporado o Acesso Avançado e uma de suas ferramentas é o meio de comunicação, em que os ACS's iriam intermediar as dúvidas e interações com a população por meio do Whatsapp (fácil acesso e popular), ajudando a aproximar a população das equipes de saúde da família, bem como, o vínculo com os profissionais, e até diminuindo consultas desnecessárias.

Com isso, retornaremos com nossas reuniões mensais pra que sempre possamos reavaliar nossas metas, além, é claro, do acolhimento ao paciente, seja demanda espontânea, programada ou ainda de visita domiciliar. Este projeto foi uma oportunidade de poder fazer algo além da prescrição, da rotina e do "carimbo". É uma forma de modificar e manter um atendimento de melhor qualidade mais centrado no paciente e elevando o desempenho dos profissionais.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

Ao reunirmos em equipe e dialogando com a enfermeira, decidimos construir o projeto de microintervenção 2 em Atenção à Saúde da Criança.

Descobrimos que temos uma baixa adesão em aleitamento materno, principalmente nos lactentes menores de 6 meses.

É fato que no projeto de microintervenção 1, onde foi abordado o gerenciamento a agenda na demanda espontânea e programada, houve uma modificação: atualmente não temos um dia fixo de “programas agendados”, possuímos uma agenda com demanda livre diária e algumas consultas programadas, seja de grupos específicos ou não. Mesmo assim, não logamos êxito no aumento da adesão das mães e de seus lactentes, em grande parte.

Não obstante, ainda temos, muitas queixas nas próprias consultas de puericultura, de que as gestantes não realizam extração manual do leite, o que quase sempre resulta na suspensão do mesmo ou com uso de fórmulas infantis ou leite integral em infantes acima de 6 meses. Com isso, temos certa quantidade de lactentes com baixo peso e anemia, mesmo assim nem sempre suas genitoras são assíduas nas consultas.

Ademais, é frequente no município empresas que só concedem licença-maternidade por 4 meses, o que dificulta a continuidade do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida do lactente.

Infelizmente, há um certo costume entre a comunidade de que consultas que são acompanhamento, como a Puericultura por exemplo, não são tão procuradas, mesmo havendo marcação prévia com datas bem definidas. Com isso, é muito comum haver faltas quando marcamos pacientes, principalmente no programa supracitado.

Outro problema não menos importante, contudo crônico, é indisponibilidade de transporte para visitas domiciliares, o que dificulta a visita domiciliar da equipe das puérperas e seus lactentes, principalmente na primeira semana do pós-parto, e dos infantes portadores de deficiência.

Com isso, elaboramos algumas estratégias para abordar os problemas supracitados.

Realizamos uma conferência com as duas equipes da unidade, Estratégia de Saúde da Família (ESF) Cruzeiro e ESF Maranhão, para abordamos o tema Atenção à Saúde da Criança.

Neste encontro, foi comentado sobre a evolução histórica das políticas públicas para a Saúde da Criança e nas melhorias de saúde (ampliação da Atenção Primária à Saúde e acesso a vacinação) e sócio-econômicas (Nível de escolaridade materno), resultando em queda expressiva da taxa de mortalidade infantil (referente a menores de 1 ano de idade) em torno de 70%. Também foi comentado sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com sua aprovação no Conselho Nacional de Saúde, no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e na Comissão Intergestores Tripartite, desenvolvendo a Caderneta de

Saúde da Criança, ferramenta importante para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, além de ter orientações consideráveis tanto para o profissional de saúde como para o responsável do paciente infantil. Ressalta a importância da anotação dos dados e consultas na Caderneta de Saúde da Criança, bem como, do pré-natal com números de consultas satisfatórias, realização dos exames requeridos e identificação dos fatores de risco, afinal o crescimento e desenvolvimento do infante iniciam desde esse momento.

Foi abordado com bastante ênfase, orientações sobre alimentação desde o nascimento até os 2 anos de idade, dirimindo a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e, após, a adição de alimentos pastosos, frutas na dieta, ressaltando a importância no preparo dos alimentos e cuidado com uso de açúcar, sal e demais temperos.

Outro ponto interessante abordado foi a ordenha manual do leite materno, sendo explicado passo a passo. Inicia com a separação dos reservatórios utilizados com nome, data e hora da coleta. Com boa higiene e ambiente adequado, realizar massagens circulares ao redor da auréola, pressionar com os dedos a região areolar contra a mama, sendo então coletado o leite materno. Observação sobre o tempo de armazenamento no congelador, por até 15 dias, e geladeira, por até 12 horas, também foram citados. Além disso, também discutido orientações sobre como realizar a diluição do leite integral em pó diluído para menores de 4 meses, quando não é possível o aleitamento e pelo contexto familiar, a pega correta e seus respectivos sinais tais como: boca bem aberta, lábio inferior evertido, auréola mais visível acima da boca e queixo tocando a mama, e sobre o posicionamento correto na amamentação com suas recomendações: alinhamento da cabeça e tronco do lactente, apoio adequado, aproximação e rosto posicionado de frente para mama. Nesta apresentação, também foi abordado sobre a triagem neonatal com seus testes e particularidades.

Essa apresentação e o material abordado com enfoque mais prático, foi distribuído no final desse encontro aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais participantes, para que os mesmos consigam repassar essas informações importantes às puérperas durante suas visitas, além do que já é feito pelos profissionais em consulta, reforçando esses cuidados e a importância do acompanhamento frequente na Puericultura.

Uma forma encontrada para combater o alto índice de faltas na Puericultura, foi organizando debates nas salas de espera antes da consulta, sendo realizado por um ACS e um profissional de nível superior, abordando um dos temas sobre atenção à saúde da criança. Houve também uma reorganização na agenda programada, agora pactuada com os retornos de consulta de rotina em Puericultura de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde: Primeira semana, primeiro mês, segundo mês, quarto mês, sexto mês, nono mês e décimo segundo mês, décimo oitavo mês e vigésimo quarto mês de vida, e, após 2 anos, consultas anuais. Também houve aumento no número de consultas de puericultura, sendo 12 por semana, além da demanda espontânea já prevista.

Após tais modificações, foi observado um retorno positivo das próprias puérperas, onde obtiveram mais espaço para diálogo, esclarecimento de suas dúvidas e consolidação da relação médico-paciente, bem como, aproximando-as da sua Unidade de Saúde. Com isso, houve uma redução substancial das faltas nas consultas de Puericultura.

Nossas reuniões mensais irão servir também para esse controle e auto-avaliação sobre tais modificações com estatística de taxa de desnutridos, bem como, certos casos de vulnerabilidade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, fica notório que as adversidades tiveram presente influencia nos resultados finais, embora o trabalho em equipe, participação da própria população e as reuniões mensais, servem para lograr êxito nas ações desenvolvidas. Das adversidades principais, a pandemia pelo Covid-19 foi a que mais interferiu nas medidas, pois as modificações previamente definidas, tais como, agendamento dos programas e puericultura, precisaram ser modificadas de acordo com a sazonalidade do aumento e diminuição no número de casos. Com isso, em alguns meses precisamos atender somente demanda espontânea com predileção a casos suspeitos de Covid-19, descontinuando alguns programas, exceto pré-natal. Pelo menos, não prolongou tanto tempo para restabelecer o fluxo prévio de atendimentos e agendamentos.

Outro fator é a falta de carro para realizar visitas e atendimentos domiciliares, com isso, o atendimento aos pacientes idosos acamados e das puérperas na primeira semana ficaram inviáveis de serem realizados, mesmo sendo abordado tais temas nas ações desenvolvidas. Com isso, os agentes comunitários de saúde conseguiram realizar tais visitas limitados as suas capacidades e demandas.

Durante a implementação do primeiro projeto de microintervenção, houve a transição entre a gestão política municipal, fator este que levou a desemprego de grande parte dos funcionários, dificultando a manutenção e gerencia dos protocolos desenvolvidos no referido projeto. Neste período, possuíamos apenas dois médicos, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem para atender toda a demanda da Unidade Básica. Contudo, após a mudança, gradualmente conseguimos restabelecer os protocolos antigos com as novas contratações.

As palestras desenvolvidas, as salas de situação, bem como, todo o conhecimento abordado e repassado também aos agentes comunitários de saúde, serviram para difundir o conhecimento médico e orientar os pacientes de forma estratégica, sendo realizado pessoalmente e também através das mídias digitais com vídeos e imagens. Com isso, além de aumentar a adesão e frequência nos atendimentos em puericultura, houve uma redução de complicações, tais como, mastites, baixo peso em lactentes, dificuldade de manter o aleitamento materno mesmo com genitora retornando ao trabalho e de armazenamento do leite materno. Além disso, realizamos protocolos de atendimento e implementamos o acesso avançado com redução substancial no tempo de agendamento dos pacientes, passando de mais de trinta dias para um a dois dias em média, possibilitando um atendimento mais eficaz e equitativo.

Para manter e possibilitar constatare reavaliação de tais projetos, é necessário realizar mensalmente reuniões, uma com ambas as equipes e outra com a respectiva equipe de saúde, para abordar todos os pontos, demandas e necessidades trazidos pelos funcionários e pela população, que tem maior proximidade dos agentes comunitários de saúde. Com isso, podemos

realizar mudanças nas agendas, elaborar ações, definir problemas e reformular protocolos, bem como, rever o saldo das ações já implementadas. Dessa forma, meu principal objetivo é que as ações desenvolvidas nesse período e as vindouras sejam mantidas e aprimoradas, nesse sistema de protocolo e vigilância constante e autossuficiente desempenhado pelos funcionários e usuários dessa Unidade de saúde.

Participar desse processo e concluir este trabalho, possibilitou obter experiências diferentes e crescer como médico e ser humano, entendo as realidades diferentes e dificuldades presentes na comunidade. Colocar-se no lugar do outro foi a ferramenta fundamental para esse transpassar todas as adversidades, e é reconfortante chegar ao final dessa jornada com reconhecimento de que não estamos apenas exercendo nossa função laboral, mas somos parte desta comunidade.

6. REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, art. 14 – item II, p. 9273, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 20 fev. 2017.

Ministério da Saúde. A Construção da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/.../PoliticaInformacaoSaude1_3_27Nov2003.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

Ministério da Saúde. Perguntas frequentes da estratégia e-SUS AB. BRASILIA, DF, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/FAQ_E_SUS_AB_Versao_preliminar.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2017.

Ministério da Saúde. Caderno de atenção domiciliar. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (2 volumes).

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 28, v 1 e 2).

CANTALE, C. R. História Clínica Orientada a Problemas. [S.l.]: University of Southern.

ALMEIDA, P. V. B.; MAGALHAES, M. L. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. In: São Paulo carinhosa: o que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância. 2016. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/comunicacao/noticias/imagens/2016/Alta_001.jpg>. Acesso em: 24 jul. 2016.

AMARAL, J. J. F. AIDPI para o ensino médico: manual de apoio. Brasília: Organização Pan- - Americana da Saúde (Opas), 2004. 179p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/aidpi/home/manual.html>>. Acesso em: maio 2012.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Presidência da República. 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, Poder Executivo, Brasília, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 135

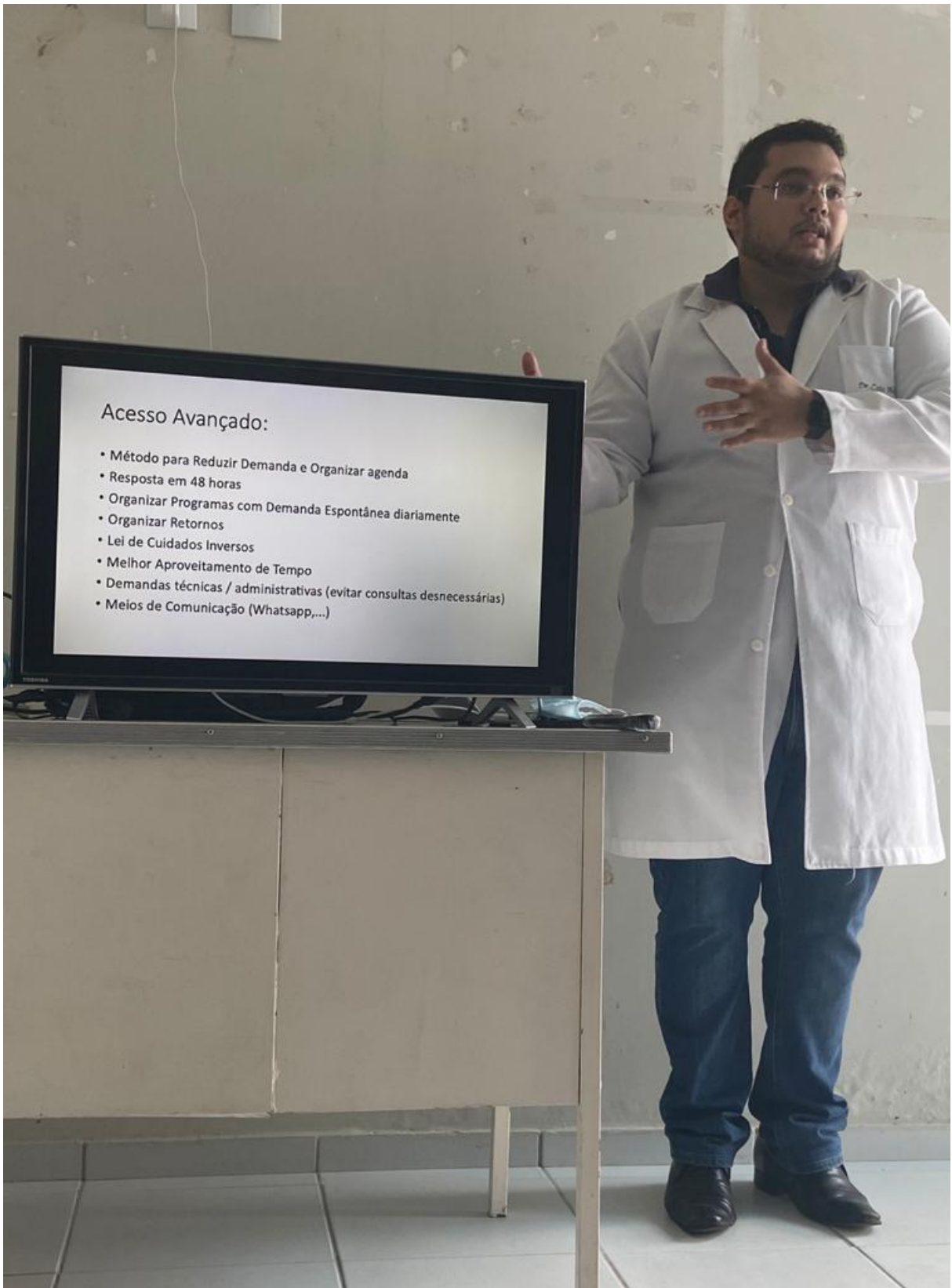
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

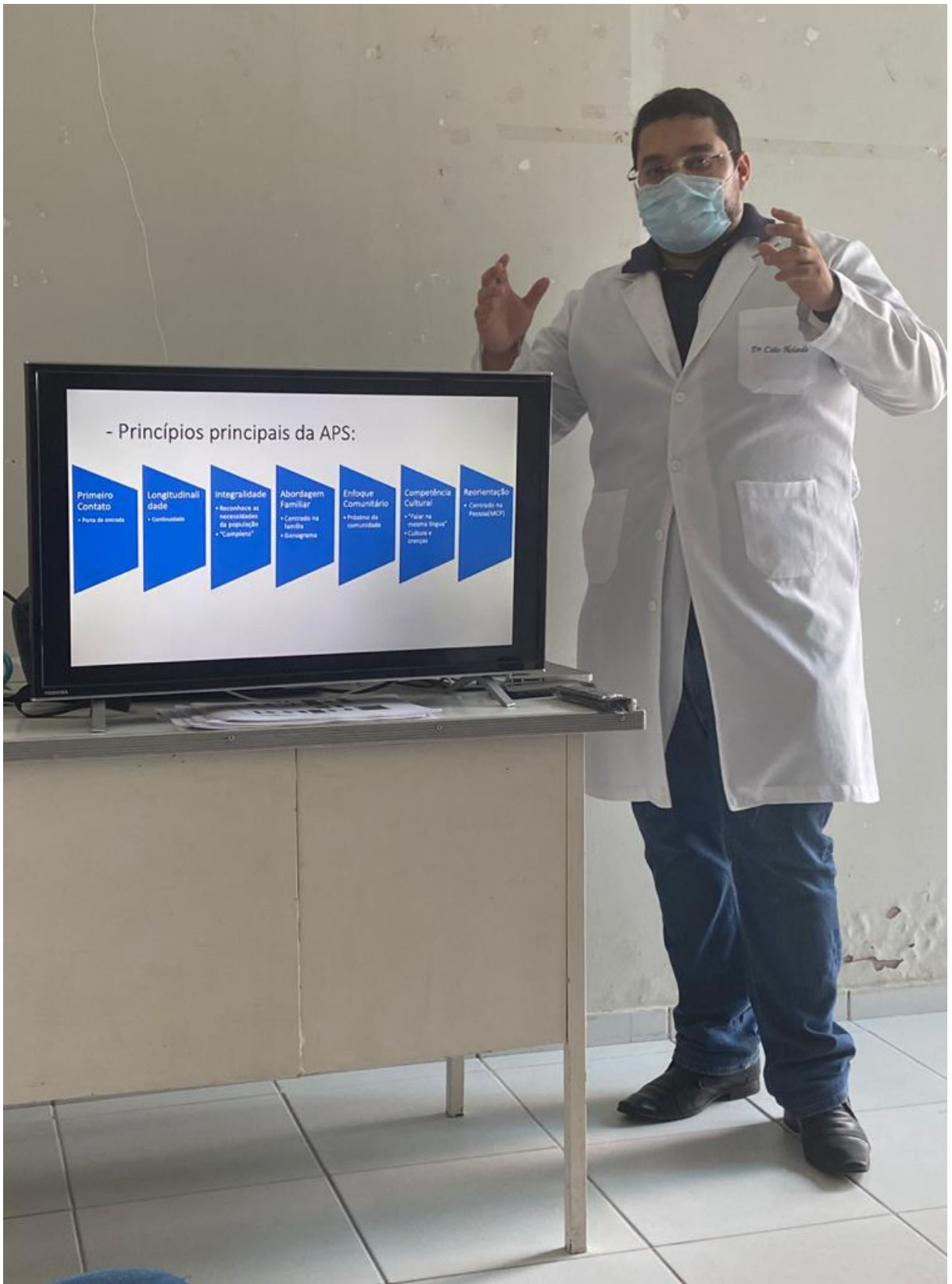
BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004

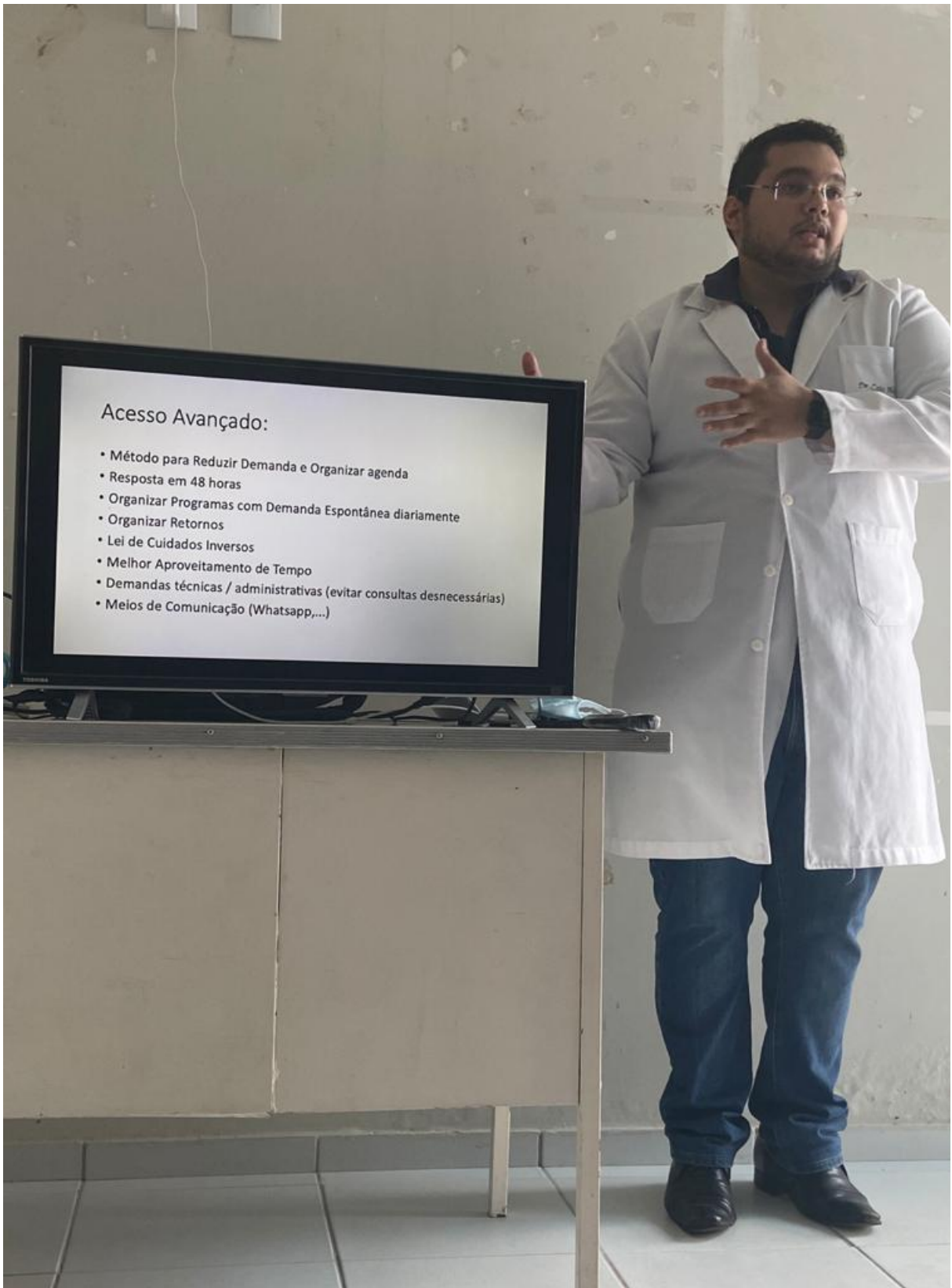
7. ANEXOS

Fotos da Reunião com as Estratégias de Saúde da Família Cruzeiro e Maranhão no Projeto de Microintervenção 1:











Fotos da Reunião com as Estratégias de Saúde da Família Cruzeiro e Maranhão no Projeto de Microintervenção 2:

