



**Levantamento Exploratório em Centros de Saúde de
Campoane, Beluluane e Boane Sede
Oportunidades e desafios para Integração de
Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI) (0 a 3 anos)¹**

Relatório Final - Versão Final

Responsável pela elaboração deste Relatório: Silvia de Aquino

Maputo, 03/6/2015

¹ Nossos agradecimentos à Path pela oportunidade de realização deste trabalho. Agradecemos, também, às/aos profissionais de saúde, conselheiras/os e serventes pela atenção e pronta disponibilidade em nos receber e oferecer as muitas informações solicitadas, assim como entrevistas. E, ainda, ao público atendido que, generosamente, autorizou nossa presença durante os serviços prestados e nos concedeu entrevistas.

Sumário Executivo

Este relatório traz os resultados alcançados através de um Levantamento Exploratório, que durou 04 meses, sobre o funcionamento de 03 Centros de Saúde situados no Distrito de Boane (Província de Maputo), a saber: Centros de Saúde de Campoane, Beluluane e Boane Sede. O objetivo desse Levantamento era conhecer o fluxo de atendimento dos serviços referentes à Saúde Materno Infantil (SMI) para que sirvam de apoio à implementação do Projeto de Expansão de Desenvolvimento da Primeira Infância (I-DPI). O Projeto I-DPI é liderado pela organização internacional PATH e almeja promover, de forma integrada, o desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos.

No período em que estivemos em campo, entre Setembro de 2014 e Janeiro de 2015, realizamos:

- 14 visitas técnicas aos Centros de Saúde, totalizando 60 horas e 58 minutos de imersão nesses espaços;
- 131 observações diretas de atendimentos relacionados à SMI;
- 71 entrevistas semi estruturadas com profissionais clínicos e não clínicos e com o público atendido.

Como produto desse trabalho, conseguimos reunir um conjunto de recomendações, diferenciadas conforme cada setor, sobre como integrar a componente DPI no fluxo de atendimento desses provedores/as de saúde, tendo em conta o cotidiano profissional existente e a perspectiva de quem usufrui desses atendimentos. Por exemplo:

- **Apresentação e conversa sobre o conteúdo do Cartão de Saúde da Criança.** O Cartão de Saúde inclui o desenvolvimento psicomotor como uma das áreas para avaliação. Portanto, ele pode ser usado para estimular atenção para essa área, desde a avaliação até a discussão de práticas parentais que promovam um bom desenvolvimento.

- **Promoção de um sistema simples e sustentável de avaliação e registro de desenvolvimento psicomotor:** em um dos Centros de Saúde observados, uma técnica "pilotou" um sistema simples de avaliação e registro de desenvolvimento psicomotor (aos 3, 9 e 18 meses), proposto pela PATH. Constatamos que o sistema é fácil e não resulta em sobrecarga de trabalho.
- **Observação de sinais de violência doméstica e depressão materna durante a consulta e, em especial, durante o exame físico.** A ocorrência de violência e depressão trazem graves consequências para o desenvolvimento da criança. O exame físico da mulher grávida, assim como aconselhamentos na maternidade e no pós-parto oferecem oportunidades de verificação de sinais de violência e depressão e as necessárias intervenções e referências.
- **Montagem de uma estante ou sacola com brinquedos reciclados nos gabinetes de consultas para usar no avaliação de desenvolvimento psicomotor e aconselhamento em DPI.**
- **Envolvimento de profissionais dos Centros de Saúde em atividades com caixas de brincar nas salas de espera, a exemplo de Conselheiras/os e Serventes de Limpeza.** Estes demonstraram interesse em adquirir conhecimentos em DPI e em interagir com o público em espera, em determinados horários, quando não estão totalmente tomadas/os pelas tarefas diárias.
- **Observação da interação entre mãe/utente e bebê/criança,** nas atividades com caixas de brincar e/ou atentar para uma cuidador/a que chama a atenção pela expressão de irritação, zanga, agressividade para com bebê/criança.
- **Uso de situações rotineiras na US, como o momento do choro do bebê / da criança (por exemplo, após ser vacinado) como oportunidades para integração de DPI,** tal como para verificar a resposta da cuidadora ao bebê estressado e aconselhar interações mais sensíveis, caso seja necessário.

Índice

	Siglas e Abreviaturas	07
	Lista de Tabelas	09
	Livro Código	11
1.	Introdução	14
1.1.	O nosso objetivo	14
1.2.	De qual contexto estamos falando?	16
1.2.1.	Algumas informações sobre o campo de saúde	17
1.3.	Percurso Metodológico	21
1.4.	Análise dos dados	29
2.	Descrição Geral das Unidades Sanitárias	30
2.1.	Centro de Saúde de Campoane	30
2.2.	Centro de Saúde de Beluluane	31
2.3.	Centro de Saúde de Boane Sede	33
2.4.	Breve descrição das salas de espera	36
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI nas Salas de Espera	38
3.	Descrição Geral das intervenções por setor	40
3.1.	Consulta Pré Natal (CPN)	41
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em CPN	45
3.2.	Maternidade	46
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI na Maternidade	47
3.3.	Consulta Pós Parto (CPP)	48

	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em CPP	49
3.4.	Consulta da Criança Sadia (CCS/PAV)	50
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em CCS/PAV	55
3.5.	Consulta da Criança em Risco (CCR)	55
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em CCR	58
3.6.	Tratamento Anti Retroviral Pediátrico (TARV)	58
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em TARV Pediátrico	61
3.7.	Triagem	62
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em Triagem	64
3.8.	Enfermaria de Pediatria	64
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em Enfermaria de Pediatria	66
3.9.	Palestras Matinais	66
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em Palestras Matinais	70
3.10.	Aconselhamento	71
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em Aconselhamento	73
3.11.	Grupos de Mães	74
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em Grupos de Mães	76
4.	Conhecimentos e experiências de provedores de serviços	77
4.1.	Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI)	78
4.2.	O que nos dizem provedores de saúde sobre Depressão Materna e Violência Doméstica	82

	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI - Ocorrência de Depressão Materna e Violência Doméstica	91
5.	Comentários e Propostas de Cuidadoras/es	93
	Oportunidades e Desafios para Integração de DPI - A perspectiva de cuidadores	97
6.	Principais Achados e Recomendações	98
7.	Referências	109
8.	Anexos - Ferramentas elaboradas para coleta de informações	112

Siglas e Abreviaturas

APE	Agente Polivalente Elementar
CCR	Consulta de Criança em Risco
CCS	Consulta da Criança Sadia
CPP	Consulta Pós Parto
CPN	Consulta Pré Natal
DPI	Desenvolvimento da Primeira Infância
HIV/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
INE	Instituto Nacional de Estatística
MISAU	Ministério da Saúde
OCB	Organização Comunitária de Base
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
SMI	Saúde Materno Infantil
TARV	Tratamento Anti Retroviral
TMG	Técnico/a em Medicina Geral
TMP	Técnico/a em Medicina Preventiva
TSM	Técnico/a em Saúde Mental

UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
US	Unidade Sanitária

Lista de Tabelas

Número	Título	Página
01	Profissionais Clínicos no País por Especialidade e em Maputo Província e Maputo Cidade	18
02	Taxa de cobertura Componentes de SMI pela Maputo Província e Maputo Cidade (2013), em números absolutos (#) e percentual (%), e Meta para taxa de cobertura (%) (2011)	19
03	Carga Horária empregada na Observação Direta e Entrevistas por Centro de Saúde - com data e horários atingidos	25
04	#Observações Diretas realizadas por serviço prestado nos Centro de Saúde selecionados	26
05	#Entrevistas realizadas por profissional nos Centro de Saúde selecionados	27
06	Tempo de espera por atendimento por Centro de Saúde e serviço	36
07	Tempo dispendido pela Enfermeira em cada Consulta observada - Campoane	42
08	Tempo dispendido pela Enfermeira em cada Consulta observada - Beluluane	42
09	Tempo dispendido pela Enfermeira em cada Consulta observada - Boane Sede	43
10	Tempo dispendido em cada atendimento de CCS observado - Beluluane	51
11	Ciclos e etapas do atendimento de CCS - Beluluane	52
12	Número de utentes desagregado por sexo a acompanhar Palestras Matinais por Centro de Saúde	67
13	Sessões de Aconselhamento observadas por Centro de Saúde com duração em minutos	71
14	Marcos do Desenvolvimento da Criança por Faixa Etária/Idade	78
15	Conhecimentos sobre DPI para 3 e 6 meses por profissional/sector e Centro de Saúde	79
16	Conhecimentos sobre depressão materna, por profissional/setor e Centro de Saúde	84

17	Conhecimentos sobre Violência Doméstica por profissional/setor e Centro de Saúde	87
18	Principais Achados e Recomendações	98

LIVRO CÓDIGO

O Livro Código foi elaborado como uma alternativa para identificação completa, e ao mesmo tempo sintética, de informações coletadas durante o trabalho de campo nos Centros de Saúde. Além disso, oferece a possibilidade, concomitante, de melhor preservar a identidade de profissionais e cuidadoras/es que se dispuseram a conceder entrevistas a representantes da Path.

O processo de codificação sugerido consiste na combinação de determinadas abreviaturas e números que indicam a procedência e o tipo de dado citado, conforme os elementos abaixo:

- Tipo de coleta utilizado - observação ou entrevista;
- Tipo de serviço observado e/ou tipo de profissional entrevistado/a;
- Um número cardinal de identificação para cada observação e/ou entrevista;
- Centro de Saúde correspondente.

No caso das entrevistas, é possível camuflar ainda mais a identidade dos/as profissionais, caso seja necessário, se a última etapa da codificação - em que se evidencia o Centro de Saúde - for retirada.

Assim, o processo de codificação aqui proposto é o seguinte:

Técnica de Coleta e Abreviações Correspondentes

Observação Direta	Obs.		
	Serviço Observado		
	Consulta Pré Natal	CPN	
	Consulta de Criança Sadia	CCS	

	Consulta de Criança em Risco	CCR	
	Triagem	Tr	
	Triagem Pediátrica	TrPed	
	Consulta Pós Parto	CPP	
	#Observação	Numeração cardinal sequencial.	
		Centro de Saúde	
		Campoane	CP
		Beluluane	BL
		Boane Sede	BS

Exemplo:

Consulta Pós Parto de número 03 observada no Centro de Saúde de Boane Sede -
Obs.CPP03.BS

Técnica de Coleta e Abreviações Correspondentes

Entrevista Semi Estruturada	Ent.		
	#Entrevista por profissional	Numeração cardinal sequencial, conforme relatórios de campo.	
	Profissional Entrevistada/o		
	Enfermeira/o	Enf.	
	Técnica/o em Medicina Preventiva	TMP	

	Técnica/o em Medicina Geral	TMG	
	Técnica em Saúde Mental	TSM	
	Conselheira/o	Cons.	
	Servente	Ser.	
		Centro de Saúde	
		Campoane	CP
		Beluluane	BL
		Boane Sede	BS

Exemplo:

Entrevista de número 01 com Conselheira/o lotada no Centro de Saúde de Campoane -
Ent01.Cons.CP

1. Introdução

"Duzentas milhões de crianças em todo o mundo não estão a alcançar o seu potencial de desenvolvimento. Garantir um início de vida sólido para as crianças contribui para que possam manter uma vida saudável e produtiva²."

1.1. O nosso objetivo

O presente Levantamento tem por intenção explorar o funcionamento dos Centros de Saúde de Campoane, Beluluane e Boane Sede, situados no Distrito de Boane, Província de Maputo³. O conhecimento do fluxo de atendimento dos serviços prestados nesses Centros servirá de apoio à implementação do Projeto de Expansão de Desenvolvimento da Primeira Infância (E-DPI), liderado pela organização internacional PATH⁴.

O Projeto de Expansão do Desenvolvimento da Primeira Infância (E-DPI), Fase 2 (2014-2017), tem por objetivo geral promover, de forma integrada, o desenvolvimento de crianças de 0 a 3 anos, atendidas pelo setor público de saúde, especialmente aquelas expostas e/ou infectadas pelo vírus do HIV.

Definimos o sector de saúde pública moçambicano como o contexto mais apropriado para a execução do Projeto, através das Unidades Sanitárias e Centros de Saúde, em razão do tipo de atendimento prestado e do nível de contato com a população em foco, a partir do pré-natal:

² Fonte: <http://www.globalhealthlearning.org/program/early-childhood-development>. Acesso em 28/3/2015.

³ A Província de Maputo fica na região sul de Moçambique, que se divide política administrativamente em 10 Províncias, contando com a recém citada, a saber: Niassa, Cabo Delgado, Nampula, Zambézia, Tete, Manica, Sofala, Inhambane, Gaza. Em Maputo Província se localiza a Capital do País, de mesmo nome. As províncias, por sua vez, são organizadas por Distritos. Fonte: Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico 2013 – Moçambique. Maputo, Instituto Nacional de Estatística (INE), 2014. pp. 13-14. http://www.ine.gov.mz/estatisticas/publicacoes/anuario/nacionais/anuario_2013.pdf/view., acesso em 08 de outubro de 2014.

⁴ Path é uma organização internacional, sem fins lucrativos, interessada em "*salvar vidas e promover saúde, especialmente entre mulheres e crianças (...)*", potencializando ideias, práticas e soluções inovadoras, com o apoio de parcerias firmadas pelo mundo todo. Foi criada em meados da década de 70, com um enfoque diferenciado sobre o tema do "*controle populacional*", segundo o qual as mulheres podem e devem tomar suas próprias decisões a respeito de contraceção. [Tradução livre da autora]. Fonte: <http://www.path.org/>. Acesso em 08 de outubro de 2014.

"O sector de saúde é o único sector que garante atingir a mãe grávida, o cuidador e a criança de 0 a 3 anos com frequência suficiente (até 24 contatos)"⁵

Com uma previsão de funcionamento até 2017, destacamos como objetivos específicos desse Projeto:

- Reforçar capacidades técnicas e práticas de profissionais de saúde em promoção de DPI, desde a fase pré natal;
- Fomentar a identificação e referência de casos de atrasos ou problemas de desenvolvimento da primeira infância;
- Fortalecer conhecimentos e práticas de cuidadoras/es em DPI, desde a fase pré natal, através de orientações que possam ser executadas em casa.

Esperamos que esse Projecto proporcione lições que venham a contribuir para um necessário reconhecimento, em âmbito nacional, do Desenvolvimento da Primeira Infância como um eixo integrante da política pública de saúde. Uma política pública em uma perspectiva de integralidade, ou seja, com o envolvimento, articulado, dos sectores de saúde, acção social e da sociedade civil, em benefício do público alvo.

Assim, para a execução do Projeto DPI da Path, gestores de políticas públicas, profissionais de saúde, Agentes Polivalentes Elementares (APE), Organizações Comunitárias de Base (OCB), Comitês de Proteção da Criança, Comitês de Saúde e cuidadoras/es constituem-se em sujeitos estratégicos, pois estão diretamente ligados à potencial oferta de cuidados sensíveis e estimulantes, assim como à intervenção, em casos de atrasos de desenvolvimento.

⁵ Projeto I-DPI: Passando da fase 1 para fase 2. Apresentação no encontro provincial de parceiros, 24/6/2014. Conrad N. Hilton Foundation, Path. Material organizado por Svetlana Drivdal (Assessora Regional para Desenvolvimento da Primeira Infância).

1.2. De qual contexto estamos falando?

De acordo com o último Índice de Desenvolvimento Humano (IDH, 2012), apurado a partir de dados provenientes de 187 países, a República de Moçambique se encontra na ante penúltima posição, mantendo a mesma situação do ano anterior⁶.

País independente do domínio português desde 25 de junho de 1975, Moçambique teve uma população projetada para 2013 em 24.366.112 habitantes, sendo 12.614.263 mulheres e 11.751.849 homens⁷.

Essa população apresenta uma esperança de vida de 53,1 anos, com cerca de 04 anos a mais no caso das mulheres. Trata-se de uma população predominantemente jovem, em que mais da metade desta (56%) possui até 19 anos de idade. Em termos de faixas etárias, o grupo relevante para o Projecto (entre 00 e 04 anos de idade), constitui 17,4%, ou 4.232.436 crianças.

A faixa etária de 00 a 04 anos divide-se em 2.117.507 crianças do sexo feminino e 2.114.929 crianças do sexo masculino. Em termos de mortalidade infantil, o país apresenta um número de 93,6 para 1.000 nascidos vivos, sendo 97,2 para meninos e 89,9 para meninas.

As províncias com maior densidade populacional estão localizadas na região Norte, a saber Nampula, em primeiro lugar, com 4.767.442 habitantes, o que representa 19,6% da população total. E a Zambézia vem em seguida, com 4.563.098, representando 18,7% da população nacional. Juntas, essas províncias concentram quase 40% da população moçambicana (38,3%), que é predominantemente rural.

⁶ Brasil continua na 85ª posição no ranking mundial de IDH; veja resultado de todos os países. Uol Notícias, 04/2/2014. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/infograficos/2013/03/14/brasil-fica-na-85-posicao-no-ranking-mundial-de-idh-veja-resultado-de-todos-os-paises.htm>. Acesso em 23/03/15.

⁷ De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2015, a população moçambicana alcançou o número de 25.727.911 pessoas, sendo 13.308.897 mulheres e 12.419.014 homens (Fonte: <http://www.ine.gov.mz/>. Acesso em 26/3/15.). No entanto, para os fins deste relatório, vamos tomar por referência o número base para o ano de 2013, uma vez que os dados apresentados no item "De qual contexto estamos falando?" foram extraídos do Anuário Estatístico 2013. Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico 2013 – Moçambique. Maputo, Instituto Nacional de Estatística (INE), 2014. Disponível em: http://www.ine.gov.mz/estatisticas/publicacoes/anuario/nacionais/anuario_2013.pdf/view. Acesso em 08 de outubro de 2014.

Para a Província de Maputo, onde foi realizado o Levantamento nos Centros de Saúde, foi constatada uma população de 1.571.095 habitantes, dos quais 752.475 são do sexo feminino e 818.620 do sexo masculino. Isto sem incluir a capital - Maputo Cidade -, que possui 1.209.993 habitantes.

Embora a Constituição da República de Moçambique indique o Português como língua oficial, o governo também reconhece as línguas nacionais/maternas, as quais variam conforme a região do país.⁸ No caso da Província de Maputo, a língua materna local é o Xichangana. Aproveitamos para ressaltar que, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística, 64,2% da população do distrito de Boane sabe falar Português. No que se refere às mulheres, público central das unidades sanitárias em foco, 29% delas falam a língua portuguesa⁹. Como veremos mais frente, a dimensão linguística se fez presente durante a realização do Levantamento Exploratório nos Centros de Saúde de Campoane, Beluluane e Boane Sede.

1.2.1. Algumas informações sobre o setor de saúde

Apenas para fins de breve ilustração, gostaríamos de registrar que no campo da prestação de serviços de saúde em Moçambique, foram realizados 80.985.515 serviços em 2013, dos quais 15.146.418 se referiram à Saúde Materno Infantil (SMI), em Moçambique, conforme dados do Anuário Estatístico de 2013. Para a província de Maputo, foi apurado o número de 819.447 atendimentos em SMI e 685.481 para Maputo Cidade.

Esses serviços foram prestados, no país, através das seguintes infra estruturas das unidades sanitárias:

- Hospitais Centrais e Provinciais;

⁸ Constituição da República de Moçambique. 16/11/2004. Disponível em: http://www.portaldogoverno.gov.mz/Legisla/constituicao_republica/constituicao.pdf. Acesso em 30/3/2015.

⁹ Fonte: Instituto Nacional de Estatística. Dados do Censo de 1997. In: República de Moçambique. Ministério da Administração Estatal. Perfil do Distrito de Boane. Província de Maputo. Edição 2005. Ministério da Administração Estatal, Série Perfis Distritais, 2005. p. 10. http://www.portaldogoverno.gov.mz/Informacao/distritos/p_maputo/Boane.pdf, em 17 de setembro de 2014.

- Hospitais Distritais Rurais e Gerais;
- Centros de Saúde;
- Postos de Saúde;
- Farmácias Licenciadas.

No ano de 2013, existiam 1.448 infra estruturas nas unidades sanitárias pertencentes ao serviço nacional de saúde. Desse total, a maior parte é composta por Centros de Saúde (1.233). Das 87 infra estruturas situadas na Província de Maputo, 75 são Centros de Saúde e das 35 localizadas na cidade de Maputo, 30 são desse mesmo tipo.

Para executar os serviços pertinentes a essas infra estruturas, existe um quadro de pessoal formado por 40.405 profissionais, dos/as quais 2.432 estão lotados/as na Província de Maputo, além dos/as 4.790 atuantes em Hospitais Centrais e outros órgão centrais da área de saúde.

Cabe atentarmos para o fato de que, quanto maior o grau de especialização, menor o número de profissionais disponíveis, como se pode perceber através dos números abaixo:

Tabela 01 - Profissionais Clínicos no País por Especialidade e em Maputo Província e Maputo Cidade

Profissionais Clínicos por Especialidade	Maputo Província	Maputo Cidade	Total no País
Médicos/as Especializados/as	14	97	981
Médicos/as não-especializados/as	74	146	1.741
Enfermeiros/as	298	395	6.395
Parteiras	159	235	4.133

Fonte: Anuário Estatístico 2013, p. 36.

No que se refere à Saúde Materno Infantil (SMI), transpomos, logo abaixo, tabela produzida a partir de dados divulgados pelo Ministério da Saúde, através do Anuário Estatístico 2013 e do Inquérito Demográfico e de Saúde 2011:

Tabela 02 - Taxa de cobertura Componentes de SMI pela Maputo Província e Maputo Cidade (2013), em números absolutos (#) e percentual (%), e Meta para taxa de cobertura (%) (2011)

Componente SMI	Maputo Província		Maputo Cidade		Meta
	%	#	%	#	%
Partos Institucionais	40,6	28.733	91,5	49.833	50
CPP	47,4	33.537	56,6	30.828	50
Consulta da criança sadia (0-4 anos)	15,3	41.234	32,5	67.161	60

Fonte: Anuário Estatístico 2013, p. 37 e IDS, 2011, p. 09.

Percebemos que o governo moçambicano ainda trabalha por atingir um número de partos institucionais e de consultas pós parto que chegue à metade dos casos. Quanto à aderência às consultas da criança sadia até 04 anos de idade, a meta desejada se mostra ainda mais longe de ser atingida. Complementando essa contextualização, pertinente aliarmos tais dados às informações abaixo destacadas¹⁰:

- *"Próximo de 40% das adolescentes de 15 a 19 anos já estão em união, sejam casadas (23%) ou em união marital (14%). Esta proporção chega a 74% no grupo etário de 20 a 24 anos e a 79% no grupo etário seguinte."*
- *"...a percentagem de mulheres que morrem por causa materna é maior nas mulheres mais novas. Uma em cada quatro mortes (24%) entre as mulheres de 15 a 19 anos é atribuída a causa materna, mas esta proporção diminui a 16% nas mulheres de 25 a 29 anos e a 8% nas mulheres de 45 a 49 anos. No total, 14% das mortes de mulheres em idade de procriação são atribuídas a causa materna."*

¹⁰ Ministerio da Saude (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI. Disponível em: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>. Acesso em: 07/10/14. p. 123.

Esse quadro envolve diretamente o desenvolvimento das suas crianças, acrescido de outros fatores de risco, tais como a depressão materna e a ocorrência de violência doméstica. Fatores estes reconhecidos, inclusive, pelo governo moçambicano como demonstra, por exemplo, o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, volume I, produzido pelo MISAU, em 2011¹¹.

Foi constatado que *"quase uma de cada quatro mulheres em idade fértil afirmam que se justifica o esposo bater na esposa"*, através do IDS 2011. A tolerância a esse tipo de violência decresce proporcionalmente a um maior acesso aos bancos escolares¹². O nosso trabalho de campo mostrou que as/os profissionais contactadas/os possuem poucos conhecimentos sobre a depressão materna, o que fundamentaremos posteriormente.

Em relação às mortes infantis, é verificado que 01 em cada 10 crianças moçambicanas vem a falecer antes de completar o quinto aniversário¹³. Devemos acrescentar que dados produzidos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apontam para um avanço global: entre 1990 e 2012, a mortalidade de crianças de até 05 anos caiu de 12 milhões para 6,6 milhões. No entanto, o mesmo não ocorre com recém nascidos, pois são registrados 2,9 milhões de óbitos de bebês com até 01 mês de vida, dos quais 1 milhão não conseguem sobreviver às primeiras 24 horas. Isto representa uma estagnação no índice de mortalidade de recém nascidos¹⁴.

¹¹ Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição. Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional - Volume I. Maputo, MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição, 2011. p. 98. Disponível em: http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Mozambique_Manual_PRN_Voll_Aug2011_0.pdf. Acesso em 26/3/2015.

¹² Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI. Disponível em: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>. Acesso em: 07/10/14. p. 239.

¹³ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI. Disponível em: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>. Acesso em: 07/10/14. p. 113.

¹⁴ Carvalho, Marcus Renato de. Temos agora um Plano de Ação Global para Proteger os Recém Nascidos. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/noticias/conteudo.asp?cod=1944>. Acesso em: 14/4/15. Esse Plano foi desenvolvido pela UNICEF e pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e lançado em julho de 2014, em Johannesburgo, por Graça Machel.

1.3. Percurso metodológico

Este relatório foi produzido com base em trabalho de campo desenvolvido entre Setembro de 2014 e Janeiro de 2015, nos Centros de Saúde de Campoane, Beluluane e Boane Sede, sites no Distrito de Boane, Província de Maputo. Esse trabalho consistiu em visitas agendadas previamente, com o consentimento das médicas dra. Luisa Lambo, dra. Amimableth Moniz e dra. Olivia Chissaque, responsáveis pelas respectivas unidades sanitárias.

A equipe do trabalho, pelo lado da PATH, consistiu de Svetlana Drivdal (Assessora Regional para Desenvolvimento da Primeira Infância), Domingos Mahangue (Coordenador de Programa I-Desenvolvimento da Primeira Infância) e Silvia de Aquino (Consultora de Pesquisa).

Durante o período em que a equipe Path se fez presente nos Centros, efectuou:

- observações diretas sobre a atuação das/os profissionais de saúde em SMI, através do acompanhamento de palestras e de consultas;
- observações diretas sobre o público em espera e em processo de atendimento em SMI;
- entrevistas semi estruturadas com profissionais de saúde, conselheiras/os e serventes de limpeza;
- entrevistas semi estruturadas com utentes após consultas pertinentes à SMI.

Para tanto, foram elaboradas e disponibilizadas ferramentas específicas para uso em observações e em entrevistas, a saber:

1. Ficha de observação de uma palestra;

2. Ficha de observação de consultas / aconselhamento na Unidade Sanitária (US) - o formulário pode ser utilizado para vários tipos de consultas: CPN (Consulta Pré Natal), Maternidade, CPP (Consulta Pós Parto), CCS (Consulta para Aferição de Curva de Peso), CCR (Consulta de Criança em Risco), TARV (Tratamento Antiretroviral), Triagem, Nutrição, Enfermaria de Pediatria, Aconselhamento. Basta circular o tipo de consulta que será objeto de observação para distinguir o uso do formulário;
3. Informação sobre a Sala de Espera de SMI de...;
4. Informação sobre a Maternidade de ...;
5. Informação sobre a Enfermaria de Pediatria de ...;
6. (Roteiro de) Entrevista com Profissional de SMI (Saúde Materno Infantil);
7. (Roteiro de) Entrevista com Conselheiro na US (Unidade Sanitária);
8. (Roteiro de) Entrevista com Cuidador ao sair da consulta da US (Unidade Sanitária);
9. (Roteiro de) Entrevista com Cuidador ao sair da Palestra;
10. Ficha de Consentimento Informado.

Todos os instrumentos de coleta acima elencados estão disponíveis no item Anexos deste Relatório. Esses instrumentos foram utilizados na medida em que foi possível o acesso aos atendimentos chave para o trabalho de campo. Acesso no sentido de o centro de saúde ofertar determinado serviço e também no sentido de coincidir a presença de representantes da Path e a ocorrência da consulta que desejávamos observar, ou a disponibilidade da/o profissional e utente que desejávamos entrevistar¹⁵.

Quanto aos setores chave para o Levantamento Exploratório, foram selecionados os seguintes serviços, considerados prioritários:

- a) Palestra da manhã;
- b) Aconselhamentos feitos pelas/os conselheiras/os;
- c) CCS / PAV;
- d) CCR;

¹⁵ Todas as visitas aos Centros de Saúde foram agendadas com o cuidado de termos observância em relação aos dias e horários em que serviços e profissionais estavam disponíveis. No entanto, por questões que por vezes fugiram ao nosso controle, nem sempre foi possível acessar os atendimentos e/ou profissionais por nós procurados.

- e) CPN;
- f) CPP;
- g) Triagem Pediátrica;
- h) TARV/Pediátrico;
- i) Nutrição (suplementação);
- j) Maternidade;
- k) Enfermaria de Pediatria.

Em relação ao público assistido, Sr. Domingos Mahangue assumiu a tarefa de realizar as entrevistas com cuidadores, uma vez que fala XiChangana, a língua materna da maioria que procura as unidades sanitárias. Como mencionado anteriormente, o aspecto linguístico se impôs como parte indispensável do trabalho em campo, pois:

- a) influenciou diretamente a definição das estratégias adotadas para a observação exploratória (quem coleta quais informações, quem observa o quê...);
- b) constituiu-se em elemento componente do próprio acompanhamento dos atendimentos prestados. Por exemplo, uma profissional podia decidir por falar em português, durante uma consulta, em função da presença de observadoras externas; ou uma utente podia ter seu relacionamento com profissionais prejudicado, pelo fato de falar um dialeto local de outras regiões de Moçambique;
- c) testemunhamos atendimentos e grupos de mães realizados em Xichangana. O que nos leva a crer, portanto, que a alternância entre a língua portuguesa e a língua local é parte do cotidiano nos Centros de Saúde.

A partir do momento em que o Sr. Domingos não pôde mais nos assessorar nas entrevistas com cuidadoras/es, tivemos de desenvolver novas estratégias para complementar essa parte do trabalho de campo. Por exemplo, tornamos a fazer observações de consultas, mesmo após a conclusão desta etapa, com a intenção de verificarmos as utentes que falavam a língua portuguesa e para facilitar uma aproximação com as utentes, realizando a entrevista logo após a consulta.

Outras alterações ao longo do trabalho foram feitas a partir de avaliações parciais dos resultados alcançados, através de leituras críticas de notas de campo, dos instrumentos de coleta preenchidos e troca de experiências. O que levou à implementação de algumas mudanças nas ferramentas, na abordagem aos sujeitos de estudo e nas estratégias de inserção em campo, como:

a) Identificação dos dias de maior e menor demanda pelos serviços, de forma a conseguir realizar maior número de observações e a facilitar o agendamento de entrevistas com profissionais, respectivamente. Quanto a entrevistas individuais com funcionárias/os, foram indicados os dias de terça e quinta-feira, no início do turno da tarde (por volta das 12:00h).

b) Solicitação de que representantes da Path fossem apresentadas/o à equipe e ao público em espera, de forma a minimizar eventuais constrangimentos por conta da presença de pessoas estranhas ao funcionamento dos serviços, tanto para profissionais, como para utentes.

c) Aproximação com utentes que estavam nas filas de espera, de forma a oportunizar coleta de informações pertinentes ao projeto e, ainda, para oferecer informações estratégicas. Neste caso, surgiu a proposta de sondagem de conhecimento de utentes sobre o conteúdo do Cartão da Criança, mais especificamente, o item dedicado ao Desenvolvimento da Criança, para estimular interesse no tema e provocar perguntas às/aos profissionais de saúde.

Assim, desse processo de reconhecimento exploratório, nos centros de saúde selecionados, atingimos a seguinte carga horária:

Tabela 03 - Carga Horária empregada na Observação Direta e Entrevistas por Centro de Saúde - com data e horários atingidos

	Data das Visitas	Horários	Duração
Campoane	16/9/14 (Quarta-feira)	07:00h/12:50h	04h50'
	12/11/14 (Quarta-feira)	07:35h/13:15h	5h40'
	19/11/14 (Quarta-feira)	07:05h/13:55h	6h40'
	09/12/14 (Terça-feira)	09:00h/13:45h	3h45'
	09/01/15 (Sexta-feira)	08:50h/12:30h	3h40'
Subtotais	05 visitas		19h45'
Beluluane	30/09/14 (Terça-feira)		1h
	06/10/14 (Segunda-feira)	07:55h/13:20h	5h15'
	30/10/14 (Quinta-feira)	11:30h/13:30h	2h
	02/12/14 (Terça-feira)	07:15h/12:00h	4h45'
	23/01/15 (Sexta-feira)	08:28h/12:00h	3h28'
Subtotais	05 visitas		16h28'
Boane Sede	12/11/14 (Quarta-feira)	07:35h/13:15h	5h40'
	19/11/14 (Quarta-feira)	07:05h/13:55h	6h50'
	09/12/14 (Terça-feira)	09:00h/13:45h	3h45'
	09/01/15 (Sexta-feira)	08:50h/12:30h	3h40'
Subtotais	04 visitas		19h55'
Totais	14 visitas		60h58'

Como podemos perceber, realizamos entre 04 e 05 vistas aos centros de saúde no período entre 16 de setembro de 2014 e 09 de janeiro de 2015 (04 meses). Atingimos uma carga horária presencial que variou entre 16h28' e 19h55' em cada sítio, totalizando 60 horas e 58 minutos de trabalho de observação direta e realização de entrevistas com utentes e profissionais, as quais estão explicitadas nas tabelas a seguir:

Tabela 04 - #Observações Diretas realizadas por serviço prestado nos Centro de Saúde selecionados

#Observações/Centro de Saúde/Tipo de Serviço	Campoane	Beluluane	Boane Sede	
Atendimento Clínico				
CPN	04	07	04	15
CCS/PAV	10	30	11	51
CCR	03	05	03	11
Triagem	03	04	04	11
CPP	03	05	03	11
TARV Pediátrico		01		01
Maternidade	01	01	01	03
Enfermaria de Pediatria			01	01
Atendimento Não Clínico				
Palestra da manhã	01	01	01	03
Grupo de mães	01	01	01	03
Demonstração Nutricional			01	01
Aconselhamento	03	04	03	10
Outras observações				
Sala de Espera SMI	01	02	01	04
Sala de Espera CCS/PAV	01	01	02	04

Aconselhamento geral para utentes que vão abrir ficha		01	01	02
Totais	32	62	37	131

Como revelado na tabela acima, realizamos um total de 131 observações em Campoane, Beluluane e Boane Sede, durante as quais elaboramos notas de campo orientadas pelos instrumentos de coleta de informação, produzidos especialmente para isso.

Aproveitamos para explicar que o número bastante maior de observações diretas verificado no item CCS/PAV, em Beluluane, se deve ao fato de que houve uma intervenção direta por parte da Path junto à profissional responsável por esse setor. Através dessa intervenção, que consistiu em uma breve explicação sobre a importância de DPI, a técnica em medicina preventiva envolveu-se ativamente no tema e passou a exercitar a integração dessa componente em sua atividade diária. Por essa razão, definimos por fazer uma segunda rodada de observações colher elementos que pudessem mostrar se houve mudança na abordagem às/aos utentes e suas crianças, incorporando algumas diretrizes de DPI, o que será descrito posteriormente.

Todas as observações foram efetuadas com a autorização da/o profissional que estava à frente do setor e com a permissão da/o utentes em atendimento, sempre que possível. Uma vez dentro das salas, procurávamos saudar as/os utentes quando entravam e fazíamos anotações. Tomamos o devido cuidado para nos posicionarmos no ambiente da consulta de maneira a provocar o mínimo de constrangimentos durante o exames físico e/ou a conversa com as/os profissionais.

A próxima tabela, logo abaixo, traz informações a respeito do conjunto de entrevistas semi estruturadas realizadas:

Tabela 05 - #Entrevistas realizadas por profissional nos Centro de Saúde selecionados

#Entrevistas/Centro de Saúde/Tipo de Profissional	Campoane	Beluluane	Boane Sede	
Pessoal Clínico				
Enfermeira/o SMI	02	01	01	04
Técnica/o em Medicina Preventiva	01	01	01	03
Técnica/o em Medicina Geral	01	01	01	03
Técnica/o em Saúde Mental			02	02
Médica/o Responsável US	02	02	02	06
Fisioterapeuta Distrital				01
Fisioterapeuta Provincial				01
Terapeuta Ocupacional Distrital				01
Terapeuta Ocupacional Provincial				01
Subtotal	06	05	07	22
Pessoal Não Clínico				
Conselheira/o	01	01	03	05
Nutricionista			02	02
Servente	01	01	01	03
Subtotal	02	02	06	10
Cuidadores após...				
Palestra da manhã	02		01	03
Triagem	02	02	03	07

CCS/PAV	02	01	03	06
Consulta Pós Parto	02	01		03
Consulta Pré Natal	03	03	01	07
Consulta de Criança em Risco	03	01		04
Triagem Pediátrica	02	01		03
Consulta de Criança Sadia	04			04
Sobre Cantos de Brincar		01	01	02
Subtotal	20	10	09	39
Total				71

Como vemos acima, realizamos um total de 71 entrevistas semi estruturadas com profissionais clínicos, não clínicos e utentes. Tais entrevistas foram orientadas por um roteiro e as respostas oferecidas foram anotadas à mão, assim como as observações diretas.

Os contatos com profissionais obedeceram aos horários por estes/as estipuladas/os e as conversas com utentes foram sempre precedidas pelo questionamento se concordariam em falar conosco, no que respeitamos aquelas/es que responderam negativamente e, mesmo, quando não se sentiram à vontade para oferecer maiores detalhes durante a coleta de informações.¹⁶

1.4. Análise dos dados

As informações coletadas em campo, anotadas à mão, foram digitadas por cada observador/a e entrevistador/a. Esse material foi reunido e organizado por Centro de Saúde e posteriormente analisado de acordo com os seguintes eixos temáticos:

¹⁶ Por vezes foi perceptível uma demonstração de tensão por parte de utentes, ao serem perguntadas/os a respeito do serviço oferecido pelos centros de saúde. Em algumas situações, essa tensão foi dissipada ao explicarmos mais detalhadamente os objetivos do nosso trabalho. Em outros, não obtivemos tanto sucesso nesse sentido, a exemplo de uma entrevistada em Boane Sede que ficou perguntando "*mas para que serve isso?*" e, ao final, não se sentiu à vontade para dizer seu nome à entrevistadora. O que foi prontamente acatado.

- Descrição geral da US's;
- Descrição dos atendimentos por setor;
- Conhecimento e experiências de provedores/as de serviços;
- Comentários e Propostas de utentes.

Os dados foram categorizados e analisados em aspectos quantitativos e qualitativos, permitindo identificação de frequências, comparações, interpretações e inferências. A leitura crítica das informações através deste processo analítico possibilitou a produção do relatório que se segue, e que se encontra organizado conforme os 04 eixos temáticos básicos acima elencados.

Ao final de cada um dos capítulos, procuramos destacar elementos síntese em torno de "Oportunidades e Desafios para Integração de DPI". Além disso, oferecemos uma parte final, conclusiva, na qual reunimos os principais achados e correspondentes sugestões de ações para integração de DPI.

2. Descrição Geral das US's

As descrições a respeito das infra estruturas e ambientes físicos nos quais realizamos o trabalho de campo não se pretendem exaustivas. Temos por objetivo ilustrar, brevemente, os espaços nos quais atuaram as/os profissionais e nos quais as/os utentes estiveram em atendimentos pertinentes ao nosso Levantamento.

2.1. Centro de Saúde de Campoane



Visão da parte da frente do Centro Médico. À esquerda, o setor de CCS/PAV. À direita, onde lemos "Maternidade", funciona como entrada principal do Centro para utentes e sala de atendimento de Aconselhamento. Crédito da foto: Silvia de Aquino (04/2/2015).

Inaugurado em Janeiro de 1991, é possível situar o Centro de Saúde de Campoane como uma edificação térrea em terreno amplo, não asfaltado, assim como a rua que dá acesso ao serviço. Há uma entrada principal, na parte da frente, através da qual se chega a uma pequena sala, onde trabalha 01 Conselheira. Do lado direito, 03 cadeiras para público assistido, sendo a do meio desprovida do assento.

Passando por outra porta, surge o principal espaço de circulação e espera por atendimento. Conjuntos de cadeiras plásticas alocadas junto às paredes não possibilitavam a todas as pessoas - na sua grande maioria mulheres e crianças - se sentarem. Muitas se acomodavam no chão, sobre suas capulanas. Os assentos se tornavam mais disponíveis somente a partir das 12:15h/12:20h, quando o público em espera começa a diminuir. Esse espaço dá acesso a

outros serviços, a exemplo da sala de parto, sala de descanso pós-parto e atendimento CPN e CCR, e o gabinete de digitação.

À esquerda da porta de entrada, outra passagem para um corredor. Ao longo deste, mais salas para atendimento (Triagem). Outra fila de espera se formava para atendimento na parte dos fundos. Quatro ou cinco fileiras de cadeiras estavam dispostas, em ambiente coberto, porém apenas duas ou três possuíam realmente assento. Circulando pelo lado de fora, pela esquerda, de volta à entrada principal, vemos a Farmácia e, a seguir, a sala de CCS/PAV.

2.2. Centro de Saúde de Beluluane



Imagem do prédio onde funciona o setor de SMI do Centro Médico de Beluluane. Em primeiro plano, vemos utentes em espera. Em segundo plano, as salas de atendimento de CCS/PAV, CPN, CCR, CPP. Nesse mesmo prédio, à direita, funciona a Maternidade. Crédito da foto: Silvia de Aquino (04/2/15).

Esse Centro de Saúde data de Dezembro de 2001 e foi construído com recursos de uma das empresas instaladas no Parque Industrial de Beluluane¹⁷. Está localizado em rua não asfaltada, em terreno de pouca sombra natural, onde estão dispostos quatro prédios térreos, independentes, com as entradas direcionadas para um espaço aberto central.

Do ponto de vista de quem entra, a primeira construção (Prédio 01) à esquerda concentra salas onde funcionam Banco de Socorros, Consultas de Criança em Risco (CCR), Consultas de Pré-Natal (CPN) e Consultas da Criança Sadia (CCS). À frente das salas para atendimento, existe uma varanda coberta, utilizada como sala de espera. Um banco de alvenaria, que toma toda a varanda, estava ocupado por completo por mulheres grávidas e mulheres com bebês e crianças. Cadeiras plásticas colocadas nos espaços restantes também estavam ocupadas.

A segunda construção (Prédio 02) à esquerda comporta as salas da Farmácia, do Laboratório e de Esterilização. Necessário pontuar que nem todos os serviços funcionavam, a exemplo do Laboratório¹⁸, e que nem todos têm salas especificamente designadas, como o trabalho realizado por Conselheiras/os.

Do lado direito do terreno, estão outros dois prédios. No primeiro (Prédio 03), há dois gabinetes médicos e no seguinte (Prédio 04) acomodavam-se, em salas separadas, a Secretaria, o setor de estomatologia, de digitação e, ao fundo, o atendimento de casos de tuberculose. Registramos ainda que esta última construção é a única que não dispõe de uma varanda coberta para espera. E que o espaço da Secretaria é utilizado para realização de Aconselhamento, quando a demanda assim o exige, de acordo com um dos funcionários do Centro Médico.

¹⁷ O Centro de Saúde foi construído com recursos da Mozal. Fonte: Muchanga, Idnórcio. Hospital de Beluluane continua sem água. Jornal Domingo On Line. 29 de setembro de 2013. <http://www.jornaldomingo.co.mz/index.php/sociedade/2074-hospital-de-beluluane-continua-sem-agua>, acesso em 11 de outubro de 2014.

¹⁸ O não funcionamento do Laboratório foi mencionado durante a observação de CPN e de consultas realizadas por um/a dos/as profissionais de saúde. O material foi remetido para análise em Boane.

2.3. Centro de Saúde de Boane Sede



Salas de atendimento de SMI no Centro de Saúde de Boane Sede, com exceção de CCS/PAV que funciona em prédio separado. Em primeiro plano, utentes em espera pelo atendimento. Crédito da foto: Geraldo Siteo (17/4/15).

O centro de saúde de Boane Sede possui a maior infra estrutura dos três centros observados, contando com enfermaria pediátrica, enfermaria masculina e feminina, maternidade, espaço para pequenas cirurgias, refeitório, entre outros setores. No mesmo terreno, à direita da entrada principal, fica situado o Serviço Distrital de Saúde, Mulher e Ação Social de Boane.

O setor de SMI localiza-se à esquerda da entrada principal e está distribuído em dois blocos de salas. O primeiro conjunto de salas, com 06 ambientes para atendimento, abrange Triagem Pediátrica, Consulta da Criança em Risco, Planejamento Familiar, Consulta Pré Natal e Pós Parto.

O espaço de espera desse setor é coberto e tem dimensão suficiente apenas para uma linha de cadeiras plásticas para acomodação de utentes. Apenas uma pessoa por vez consegue passar por esse corredor que dá diretamente para as salas de atendimento.

Mais adiante, um segundo conjunto de salas, reunidos em uma edificação separada, acolhe o setor de CCS/PAV e um local para aconselhamentos e grupos de mães. O primeiro espaço, à direita, possui duas portas em direções diferentes. O que possibilita atendimentos concomitantes para peso e vacina.



Setor de CCS/PAV. Crédito da foto: Geraldo Siteo (17/4/15).

O segundo espaço, à esquerda, é delimitado por paredes de alvenaria, mas que não seguem até o teto, e não possui portas que possam ser fechadas durante as atividades ali desenvolvidas. As duas entradas existentes são demarcadas através de uma porta do tipo vai-e-vem, de madeira (entrada virada para o setor de CCS/PAV), e de um biombo hospitalar

(entrada virada para o bloco com as salas para os atendimentos de Saúde Materno Infantil - SMI).

2.4. Breve descrição das salas de espera

As visitas aos centros de saúde mostraram que, a despeito da existência de estruturas para a espera pelos atendimentos, essas não são suficientes para o volume de utentes que os procuram, e carecem de manutenção. Exceção feita ao horário de almoço e início da tarde, quando o número de pessoas em circulação diminui sensivelmente, encontramos mulheres grávidas e/ou mulheres com crianças a aguardar por consultas em pé ou sentadas no chão, sobre as capulanas.

Em termos de tempo de espera pela consulta, oferecemos a tabela abaixo, produzida a partir do que foi informado pela/o utente por tipo de serviço associado à observação feita por representante da Path.

Das 33 entrevistas realizadas com utentes, em 20 delas foi possível obter o tempo de espera, o que foi verificado solicitando à/ao entrevistada/o para nos informar o horário em que havia chegado ao Centro de Saúde. Essa informação foi associada ao horário em que a/o utente deixou a sala de atendimento, o que foi observado pela/o representante da Path. De acordo com os registros de campo, o tempo de espera pelo atendimento variou entre 30' e 6h10', conforme descrito na tabela a seguir:

Tabela 06 - Tempo de espera por atendimento por Centro de Saúde e serviço

Triagem	Campoane	3h20'
		2h
		1h07'
	Beluluane	2h46'

		1h38'
	Boane Sede	5h35'
		4h30'
		3h15'
CPN	Beluluane	3h43'
		3h40'
		1h
TARV Pediátrico	Beluluane	2h05'
CCR	Campoane	6h10'
	Beluluane	2h
Consulta Criança Sadia	Campoane	3h55'
CPP	Campoane	4h05'
	Beluluane	1h
CCS/PAV	Campoane	2h
		30'
	Beluluane	31'
	Boane Sede	40'

Não há qualquer tipo de atividade em funcionamento durante o período de espera pelos atendimentos para mulheres e/ou crianças que, como vemos na tabela acima, pode chegar a até 6 horas.

Testemunhamos, inclusive, uma situação em que uma utente grávida teve um mal estar em função do tempo de espera para atendimento. Após solicitar autorização para entrar na sala onde se encontrava a médica, observamos uma conversa desta profissional com a mulher. A paciente argumentou ter pensado que o atendimento não demoraria tanto, ao que a provedora respondeu:

“Tem que trazer alguma coisa para o lanche! Tem que tomar líquido! Uma mulher grávida tem necessidade de comer!”

“Quando vem, tem que trazer marmita! Já aprendeu?” (levantou a voz)

Em relação aos materiais afixados nas paredes dos Centros, tanto dentro das salas de atendimento, como nos espaços de espera e circulação, eles se constituem basicamente de cartazes, os quais contêm informações pertinentes e condizentes ao trabalho ali realizado, a exemplo de orientações sobre amamentação, higiene, cuidados e atenção com bebês, violência sexual, doenças sexualmente transmissíveis, entre outros assuntos.

No entanto, esses materiais não representam uma alternativa de atividade para quem aguarda por consultas. Pelo menos no período em que estivemos nos centros de saúde, não identificamos ninguém lendo ou observando tais conteúdos. As entrevistas com utentes confirmaram essa tendência encontrada a partir das observações. Nenhum/a das/os entrevistadas/os afirmou ter dado atenção às mensagens e imagens dos cartazes que, acrescentamos, estão em Português. Este, por si só, já é um elemento de barreira aos conteúdos disponibilizados nesse formato.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI nas salas de espera:

→ **Uso do tempo de espera para actividades educacionais.** Considerando que as/os utentes passam horas na sala de espera sem qualquer tipo de actividade (excluindo as palestras matinais), e que o tempo que as enfermeiras têm para aconselhamento é reduzido, a sala de espera pode ser aproveitada como espaço

para educação e apoio mútuo em assuntos de prioridade para a US e as/os utentes, incluindo os assuntos ligados ao DPI. As/Os conselheiras/os e técnicas/os em saúde mental, nutrição, entre outros, podem ser recursos úteis para essas actividades (veja secção seguinte).

- **Apresentação e conversa sobre cartazes referentes ao tema DPI.** Faz-se necessário uma intervenção na qual materiais, como cartazes, são apresentados regularmente às/aos utentes, como parte de palestras e outras actividades na sala de espera.
- **Apresentação e conversa sobre o conteúdo do Cartão de Saúde da Criança.** As entrevistas mostraram que muitos cuidadores não têm bons conhecimentos sobre o Cartão de Saúde da Criança. Sessões educacionais na sala de espera podem incluir o Cartão de Saúde como um dos temas.
- **Envolvimento das/os utentes em espera nas actividades com caixas de brincar.** Considerando muitas/os utentes passam longas horas em espera na US junto com suas crianças, esse tempo também pode ser aproveitado para estimulação das crianças, com apoio de kits de brinquedos caseiros, feitos pelo próprio pessoal de saúde ou OCBs que apoiam a US. As entrevistas indicaram que as/os cuidadores têm interesse nessas actividades, e que certos profissionais, como conselheiras/os, agentes de limpeza, e TMPs têm interesse em adquirir conhecimentos em DPI e em promover actividades estimulantes em determinados horários, em que não estão totalmente tomados pelas tarefas diárias.
- **Produção de vídeos curtos destacando Boas Práticas em DPI (2' ou 3'):** registrar formas qualificadas de estímulo do desenvolvimento infantil, praticadas tanto por profissionais como por cuidadoras/es. Esse material pode ser usado em formações em DPI para profissionais e em trabalhos com utentes.

3. Descrição Breve das intervenções observadas em cada setor

Os serviços prestados, em cada setor, pelos Centros de Saúde são realizados em um contexto de falta aguda de recursos humanos, o que leva a uma constante preocupação das/os profissionais com o tempo que podem dispendir em cada consulta e a longa espera vivenciada pelo público.

Em uma das visitas, no momento em que um/a provedor/a de saúde apresentava a equipe da Path ao público em espera, acabou por externar sua inquietação a esse respeito:

“Triste, né? Quando a gente pensa que as coisas estão a andar... e não estão. (...) Como eu sou só (um/a), eu vou me virar, né?”

“E não tenho enfermeira na Maternidade...”

“Antes tinham duas enfermeiras. Mas uma delas foi deslocada para o Hospital Provincial. Então... muita paciência...”

Diante desse quadro, médicas/os, enfermeiras/os, técnicas/os e conselheiras/os adotam estratégias para otimização do tempo e aceleração da prestação dos serviços. Por exemplo, no caso de CPN, enfermeiras/os convidam um grupo de 5 a 10 mães para um aconselhamento genérico, antes das consultas. Por consequência, somente revisam alguns pontos durante o atendimento individual. Observamos também situações de bichas tão longas que profissionais definiram por atender a duas/dois utentes ao mesmo tempo.

Além disso, o preenchimento de diferentes fichas, além do Livro de Registro de Consultas, exigido pelo sistema de saúde, diminui o tempo de intervenção direta da/o provedor/a com a/o cuidador/a ou utente. Nossa avaliação é que a interação entre profissional de saúde e utente pode ser melhor qualificada, pois percebemos que:

- aconselhamentos estão a ser feitos principalmente através de conselhos verbais, sem uma tentativa de exemplificação prática das orientações dadas;
- para provocar mudanças de comportamento, profissionais priorizam dar avisos sobre o que pode acontecer de errado se utentes não seguirem as recomendações;
- o elogio como prática é raro, mesmo após a identificação de postura positiva por parte da/o utente;
- materiais de apoio como álbuns seriados etc. são sub utilizados, pois tomam mais tempo da/o provedora de serviço durante os atendimentos, em comparação com o uso de cartazes. Neste caso, basta a/o profissional de saúde apontar para o conteúdo sobre o qual deseja falar;
- a colocação de uma estante com brinquedos reciclados pode fazer com que provedores/as de saúde, mesmo aquelas/es sem formação em DPI, comecem a estimular as crianças. Importante atentar para o local onde está posicionada essa estante, pois observamos salas de consulta em que se localizava às costas das utentes e de suas crianças.

- existem muitos momentos para integração de DPI. Mas mesmo profissionais formadas/os nem sempre se apercebem disso e aproveitam esses momentos.

A seguir, registramos informações diferenciadas conforme o serviços prestados pelos Centro de Saúde.

3.1. Consulta Pré-Natal (CPN)

A Consulta Pré-Natal, definida de forma geral como *"serviços de saúde fornecidos às mulheres durante a gestação"*¹⁹, oferece oportunidades, ainda sub utilizadas, para um aconselhamento aprofundado em DPI, especialmente no dia da "abertura de ficha". Este é um atendimento durante o qual a mulher chega a passar cerca de 30 minutos com a enfermeira.

A CPN inclui exame físico da gestante, da posição e estado do feto e aconselhamento sobre nutrição. A profissional enfatiza a importância da realização do parto no Centro de Saúde ou Hospital, o que permitirá a avaliação do estado do desenvolvimento da criança logo ao nascer. Entretanto, não existem cartazes sobre gravidez nas salas de consulta, nem sobre o próprio desenvolvimento fetal e os primeiros meses do bebê.

A seguir, apresentamos tabelas com informações sobre o tempo dispendido pela provedora saúde em cada consulta observada:

Tabela 07 - Tempo dispendido pela/o Enfermeira/o em cada Consulta observada - Campoane

Consultas	Horário	Tempo Dispendido
CPN1	08:25h/08:38h	13'
CPN2	08:39h/08:55h	16'
CPN3	08:56/09:10h	14'

¹⁹ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI. Disponível em: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>. Acesso em: 07/10/14. p. 125.

Total Tempo CPN em observação		43'
-------------------------------	--	-----

Tabela 08 - Tempo dispendido pela/o Enfermeira/o em cada Consulta observada - Beluluane

CPN	Horário	Tempo dispendido
CPN01	09:21h/09:24h ²⁰	3'
CPN02	09:24h/09:26h	2'
CPN03	09:26h/09:55h	29'
CPN04	09:55h/10:02h	7'
Total		41'

Tabela 09 - Tempo dispendido pela/o Enfermeira/o em cada Consulta observada - Boane Sede

CPN	Horário	Tempo dispendido
CPN01	09:08h/09:22h	14'
CPN02	09:26h/09:45h	19'
CPN03	09:48h/09:53h	5'
CPN04	09:53h/10:09h	16'
CPN05	10:14h/10:35h	21'
Total		75'

Podemos verificar nas tabelas 7, 8 e 9 acima, a significativa diferença de tempo entre consultas de primeira vez, as mais longas, e de acompanhamento, as mais curtas. Estas duram, em média, 2 minutos.

Os atendimentos realizados durante as CPN's apresentaram alguns elementos comuns, identificados a partir da observação da conduta das profissionais de enfermagem:

²⁰ Consideramos o horário em que a enfermeira reiniciou o atendimento à utente, após retornar à sala.

Em caso de primeiro atendimento, se destacam os seguintes procedimentos:

- Teste para o vírus HIV;
- Teste para o vírus HIV para o parceiro - é emitido um "convite" de comparecimento ao Centro de Saúde;
- Recomendação de teste para o vírus HIV para demais filhos/as, se houver;
- Questionamento sobre uso de preservativo;
- Teste para Sífilis;
- Solicitação de exame de urina;
- Preenchimento da Caderneta Pré Natal;
- Entrega de Rede Mosquiteira;
- demais procedimentos abaixo elencados.

Ainda durante o primeiro atendimento, e em posteriores, outras ações se destacam, em CPNs:

- Verificam fisicamente, e no livro de registro, o tempo de gravidez, caso a mulher atendida não tenha essa informação, o que ocorreu: uma utente pensava estar grávida de 6 meses quando, na verdade, havia completado 8;
- Pedem que a utente se dispa por completo e que se deite na cama de exame;
- Realizam exame físico - nesta etapa perguntam: "*o bebê mexe bem?*", "*o bebê está a crescer?*". Porém, sem retorno sobre o tipo de desenvolvimento esperado para etapa da gravidez vivida pela utente;
- Também durante o exame físico, procuram saber se há dores a serem reportadas, auscultam a barriga e efetuam exame de mama, explicitando que este tem por objetivo prevenir o "cancro";
- Enquanto a utente se veste, as profissionais fazem registros em livros;
- Aferem pressão arterial;
- Fazem recomendações e oferecem orientações, por exemplo sobre: nutrição, como evitar dores nas pernas, que realize o parto na maternidade, quais são os sinais do parto, que procure o hospital em caso de mal estar.

Em relação ao conjunto de consultas pré natal observadas, nos três Centros de Saúde, apontamos que:

- observamos que uma provedora não saudava as utentes quando estas adentravam a sala;
- uma profissional chegou a ser repreendida pela médica responsável devido ao tratamento dado a uma utente durante o exame físico, durante o qual dizia, repetidamente: *"abre as pernas!"*;
- houve perda de oportunidades para integração de DPI, a exemplo de uma utente, em início de gestação, que disse à enfermeira que *"o bebê não está a andar"*. A resposta foi: *"é cedo, ainda... ele há de andar"*, sem informar o real processo de desenvolvimento do feto;
- quanto ao teste de HIV, chamou a nossa atenção o fato de há profissionais que não explicam sobre o vírus ou sobre os resultados e as implicações destes. A atitude tomada foi a de colocar um papel sobre a mesa, à disposição para apreciação das pacientes, no qual constavam as possibilidades de resultados, associadas a representações gráficas da lâmina na qual se insere o sangue;
- em apenas um dos centros, a responsável pela CPN perguntava às gestantes se estas conversavam com o bebê. Em geral, a reação era de estranhamento, como atesta a fala de uma das utentes observadas: *"Eu vou conversar como?! Ele não ouve!"*. A resposta foi: *"Ouve, sim. Apesar de estar na barriga, ele já ouve, já sente. Fala com ele: 'meu filho...'"*.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em CPNs:
→ <u>Produzir cartazes que demonstram o que o bebê já é capaz de fazer</u> nos vários

momentos de seu desenvolvimento no útero.

- **Reforçar aconselhamento sobre a importância da interação cuidadores e bebê**, para ajudar criar laços entre pais e criança ainda na gravidez.
- **Estimular observação de sinais de violência doméstica, durante a consulta e, em especial, durante o exame físico**. A ocorrência de violência doméstica traz graves consequências para o desenvolvimento da criança.
- **Estimular observação de sinais de depressão materna, durante a consulta**. A ocorrência de depressão materna traz graves consequências para o desenvolvimento da criança.

3.2. Maternidade

Nas Maternidades observadas, verificamos que o número de mulheres internadas nos Centros de Saúde de Campoane e Beluluane varia entre 2 a 4 utentes, contando com 02 camas na Sala de Parto e 04 para Puerpério, cada um. E o tempo de internamento varia entre 24 horas e dois dias.

Em Boane Sede, há uma infraestrutura específica para esse setor que inclui: Admissão, Sala de Espera para mulheres que residem muito longe do Centro de Saúde (05 leitos), Sala para Grávidas Patológicas (03 leitos), Sala de Dilatação/Parto (03 camas) e Sala de Puerpério (08 leitos). O tempo médio de internamento é de 24 horas.

Se é detectada possibilidade de complicações no parto, as mães são referenciadas para o Hospital José Macamo.

Os aconselhamentos às utentes geralmente têm início algumas horas depois do parto, quando não estão em sofrimento com dores e se encontram mais dispostas a ouvir as

informações. Esses aconselhamentos focalizam na prevenção ao HIV e no incentivo à amamentação exclusiva, no caso dos Centros de Saúde de Campoane e Beluluane. A mulher também recebe a recomendação de vir à consulta pós-parto no 3º, 7º, e 21º dias.

Em Boane Sede, verificamos, além disso, uma tentativa de integração de DPI com conversas sobre o relacionamento com o bebê, alimentação, brinquedos reciclados, com utilização de cartazes produzidos pela PATH, nos momentos próximos à alta. Um/a profissional entrevistada/o relatou que orienta as puérperas a respeito da importância de falarem carinhosamente com a criança, inclusive durante a alimentação, higiene e banho: *"devem pegar com amor... sorrir...."*.

Uma das utentes internadas, que havia dado à luz pela primeira vez, confirmou o conteúdo dessas conversas, afirmando que:

"(...) ela/e disse como amamentar o bebê, como trocar... que não se deve bater, dar porrada... que posso testar o bebê com copos de cores, que vê cores fortes... posso fazer um brinquedo com uma garrafa de água, não preciso de ter dinheiro. Gostei muito".

Chamou a nossa atenção, como de resto nos demais serviços de SMI, o fato de que é raro ver homens na maternidade. As/Os profissionais nos informaram que, mesmo quando trazem comida ou outros itens, nos horários de visita, eles preferem entregar a alguém, evitando entrar naquele espaço.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em Maternidade:

→ **Integrar DPI no aconselhamento feito às utentes depois do parto com uso de cartazes e brinquedos reciclados:** uma das utentes observadas após esse aconselhamento mostrou-se entusiasmada com as informações oferecidas pela/o enfermeira/o.

→ **Afixar cartazes sobre DPI e boas práticas para estímulo de desenvolvimento.**

→ Estimular a participação do companheiro, incluindo em actividades de estimulação do recém-nascido.

→ Estimular a observação de sintomas de Depressão Materna e Violência Doméstica, pois interferem diretamente na disposição da utente para se relacionar com a criança e absorver o aconselhamento em DPI.

3.3. Consulta Pós Parto (CPP)

As Consultas Pós Parto abrangem avaliações do estado geral da mãe e do bebê entre a 1a. e a 6a. semanas, após o nascimento. Incluem exames físicos, vacinações e recomendações sobre nutrição, higiene, planeamento familiar, entre outras questões²¹.

Acompanhamos, no total, 11 CPP nos Centros de Saúde de Campoane, Beluluane e Boane Sede. Das/os 04 profissionais observadas/os nesse tipo de consulta, 02 foram formadas/os em Pacote DPI, pela Path. Os atendimentos tiveram duração entre 05 e 22 minutos, e atingiram utentes com faixa etária entre 16 e 32 anos de idade e bebês de 03 dias a, até, 03 semanas. Em dois dos Centros de Saúde, notamos cartazes da Path afixados nas paredes das salas. Porém, pouco uso foi feito desse material, no período em que lá estivemos.

Em termos de procedimentos correntes em CPP, podemos apontar o que se segue:

- solicitação do Cartão da Criança e da utente;
- solicitação para que a mãe dispa a criança;
- pesagem do bebê;

²¹ Massinga, Luciana Henrique Jaime. Perturbações Psiquiátricas no Pós-Parto na Cidade de Maputo-Moçambique (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, 2010. p. 38. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55444/2/Perturbaes%20Psiquitricas%20no%20PsParto%20na%20Cidade%20de%20Maputo%20em%20Moambique.pdf>. Acesso em: 19/4/15. De acordo com a autora, este é o primeiro trabalho do gênero realizado em Moçambique.

- anotações no Cartão, enquanto a mãe veste a criança;
- perguntas e recomendações sobre amamentação, cólicas, urina e fezes e higiene do bebê;
- pedido para que a utente se dispa, para exame físico;
- exame físico para verificar recuperação da utente em relação ao parto;
- anotações no Cartão da Mulher e informações sobre Planeamento Familiar e início de CCS/PAV.

As ações acima mencionadas foram acrescidas de aspectos pertinentes a DPI, no caso de 02 provedoras/es que passaram por formação, a exemplo de:

- se relacionaram com o bebê de maneira afetuosa durante todo o atendimento, e não apenas para fazê-lo calar nos momentos de choro;
- convidaram as mães a conversarem com as crianças e a chamá-las pelo nome, associando essa interação a um bom desenvolvimento;
- demonstraram, com testes simples, a visão e audição do bebê para utentes que desconheciam essa fase de desenvolvimento;
- demonstraram, de forma prática, como melhor posicionar-se e ao bebê para efetuar a amamentação.

No entanto, percebemos que um/a das/os profissionais já com formação em DPI não fez elogios a mães que, espontaneamente ou após orientação, apresentaram atitudes positivas. E tentou reforçar as recomendações dadas com situações que provocaram medo nas utentes:

"Se você me der esse bebê por dois dias, eu vou conversar com ele e ele vai reconhecer a minha voz e vai querer ficar comigo. Se tu não falas, vão te roubar o bebê porque o bebê não reconhece a tua voz, e não vai chorar" (sic)

Percebemos, portanto, que esse tipo de atendimento oferece oportunidades ainda não exploradas para integração de DPI e para um aprofundamento da formação nessa área.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI nas CPPs:

→ Estimular a integração de DPI no atendimento, através de elementos como:

- ◆ Observar a interação entre mãe e bebê no momento de despir e vestir;
- ◆ Intervir no contato mãe e bebê, tanto para elogiar boas práticas por parte da utente, como para informar, sugerir e demonstrar outras práticas;
- ◆ Aproveitar o momento de exame físico do bebê para integrar DPI, falando sobre o desenvolvimento da criança, verificando os reflexos, e ensinando a como estimular a criança;
- ◆ Aproveitar o momento de exame físico da mãe para abordar temas como depressão materna e violência doméstica.

→ Produzir cartaz com informações sobre o desenvolvimento do bebê para fácil orientação da profissional e da mãe/utente.

→ Aprofundar formação em DPI em provedores/as já treinados/as, trabalhando aspectos que ainda merecem aperfeiçoamento, tais como:

- ◆ identificar oportunidades para elogiar condutas positivas por parte das utentes;
- ◆ mostrar a importância das atividades a serem praticadas pelas/os cuidadores não somente pelo que pode ocorrer de errado, mas também, com sinalizações dos potenciais bons resultados.

3.4. Consulta da Criança Sadia (CCS/PAV)

A Consulta da Criança Sadia tem um fluxo intenso de atendimento. Esse tipo de consulta é a primeira e obrigatória etapa de assistência à criança, dentro do Centro de Saúde, durante a qual a/o provedor/a verifica, basicamente, curva de peso e calendário vacinal (efetuando vacinação, se necessário). Pertinente registrar que as normas de CCS prevêem outros serviços, como a avaliação de desenvolvimento psicomotor²².

A criança é admitida para consulta médica em outras especialidades se, antes, houver passado por essas etapas. Assim, logo nos primeiros momentos da manhã, é comum encontrar bichas do lado de fora do sector²³, o que exige organização e agilidade por parte da/o profissional responsável. Essa exigência se traduziu na elaboração de sistemas de trabalho que acomodem o fluxo e que sejam executáveis por uma pessoa, no caso de Campoane e Beluluane. Em Boane Sede, há uma equipe formada por 03 técnicos/as, o que permite uma divisão de tarefas, incluindo integração de DPI.

Podemos encontrar, logo abaixo, uma tabela produzida a partir de observações feitas nesse setor, no Centro de Saúde de Beluluane, para fins de ilustração:

Tabela 10 - Tempo dispendido em cada atendimento de CCS observado - Beluluane

Consultas	Horário	Tempo Dispendido (minutos)
CCS01	08:28h	1'
CCS02	08:29h	2'
CCS03	08:31h	1'
CCS04	08:32h	1'

²² Para maiores detalhes sobre os procedimentos pertinentes à CCS/PAV, sugerimos a publicação Normas de Atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco. MISAU, JHPIEGO, EGPAF, 2011. Disponível em: <http://www.ensinoadistancia.edu.mz/sites/default/files/Normas%20atendimento%20CCS,%20CCCR.pdf>. Acesso em: 06/5/15.

²³ Em 02 dos 03 Centros de Saúde observados, não havia cadeiras disponíveis para o público em atendimento no sector de CCS/PAV.

CCS05	08:33h	1'
CCS06	08:34h	1'
CCS07	08:35h/08:45h	10'
CCS08	08:45h/08:48h	3'
CCS09	08:48h/08:51h	3'
CCS10	08:51h	1'
CCS11	08:52h	1'
CCS12	08:53h	1'
CCS13	08:54h	- de 1'
CCS14	08:54h	2'
CCS15	08:56h	- de 1'
CCS16	08:56h	1'
CCS17	08:57h/09:00h	3'
Total		±48'

Vemos que, em poucos menos de 50 minutos, a/o técnica/o realizou 17 atendimentos. Para efetuar essas consultas, a/o provedor/a adotou um sistema de trabalho que sintetizamos nos seus principais passos:

Tabela 11 – Ciclos e etapas de CCS/PAV executados por TMP (Beluluane)

Ciclo I – Aferição da Curva de Peso		
Etapas Ciclo I	01	Profissional recolheu os Cartões da Criança de um grupo de mães que ainda se encontrava na sala de espera.
	02	Verificou os Cartões quanto à necessidade de vacinação e os colocou empilhados à sua frente.
	03	Pegou o primeiro Cartão e chama o nome ali registrado, de dentro da sala de CCS.
	04	Cuidadora entrou com seu bebê, ou criança, já vestido com o suporte suspensório para pesagem, e o colocou na balança.

	05	Profissional visualizou o peso e o anotou, tanto no Cartão, como no Livro de Registro.
	06	Chamou outro nome, enquanto a utente recém-atendida se preparava para sair da sala.
Ciclo II – Vacinação		
Etapas Ciclo II	01	Técnica/o reuniu os Cartões que estavam sobre a mesa, verificou-os novamente e fez anotações.
	02	Chamou os nomes, de dentro da sala.
	03	Mães com bebês e crianças retornaram à sala, agora em grupo, e foram organizadas em fila.
	04	Nos casos em que não houve vacinação, o nome foi chamado e o Cartão da Criança devolvido, encerrando a consulta para aquela mãe.
	05	Para os casos em que houve encaminhamentos a fazer, como à CCR, por exemplo, a cuidadora foi informada e o Cartão mantido sobre a mesa. Se tinha vacinação a fazer, a utente se manteve na fila.
	06	Profissional fez registros nos Cartões da Criança e no Livro de Registro de Vacinações.
	07	Devolveu os Cartões, chamando pelo nome.
	08	Teve, então, início o processo com as vacinas em gotas.
	09	A seguir, procedeu à vacinação injetável em crianças e cuidadoras, que deixaram a sala, finalizada esta última etapa.

Ainda que os procedimentos acima elencados estejam vinculados ao exemplo de Beluluane, revelam, com propriedade, o conjunto de tarefas desempenhado pelos/as profissionais dedicados à CCS/PAV nos demais Centros de Saúde observados. Além dessas tarefas, as/os técnicas/os alertam e dão seguimento para situações de risco, como:

- a) Faltas aos períodos de pesagem;
- b) Não continuidade de medicação prescrita;
- c) Vacinas que já deveriam ter sido aplicadas;
- d) Não realização de desparasitação no prazo estabelecido;
- e) Não realização de teste do HIV no prazo estabelecido;
- f) Peso verificado não satisfatório para a fase de desenvolvimento da criança.

No caso dos Centros de Saúde de Campoane e Beluluane, a interação entre técnica/o e público foi restrita aos procedimentos acima. Não observamos saudação ou contato visual, por parte da/o profissional a quem entra na sala, seja cuidador/a ou criança, a não ser em casos em que percebia algum tipo de comprometimento. Por exemplo:

“Essa criança baixou o peso em 300gr. O que ocorreu?”

“Já esteve com a doutora? Vinha bem essa criança... Melhor ver com a doutora... Ver o que se passa”

Quanto a uma interação da/o técnica/o com o público infantil, verificamos a ocorrência em três tipos de situações:

- quando a criança demonstrou temor diante da vacinação: *“Que foi? Está com medo de quê?”* (tom de voz firme e tranqüilo)
- quando disse a uma das mães na fila da vacinação para dar de mamar ao seu bebê, que chorava, como que dando voz ao próprio bebê: *“Mãe, dê mama! Quer mama!”* (tom de voz enérgico, imperativo)
- quando a criança precisou ser contida fisicamente pela cuidadora, e chorava muito: *“É pra não gostar, mesmo, de vir! A culpa é da tua mãe!”* (tom de voz enérgico, expressando crítica à cuidadora, por não ter trazido a criança no tempo devido, para vacinação)

Em Boane Sede, encontramos um esforço no sentido de integração de DPI. A/O técnica/o responsável se comunicava diretamente com utente e bebê, mantendo contato visual. Testes simples foram aplicados enquanto a criança estava na balança e logo após ser retirada desta, a saber:

- chamou pelo nome;
- movimentou objetos à vista;
- mostrou brinquedos reciclados coloridos e que faziam barulho; e

- em alguns momentos utilizou cartazes da Path para sugerir atividades a serem feitas pelo/a cuidador/a em casa²⁴.

No gabinetes de CCS de Campoane e Beluluane havia penduradas tabelas sobre Desenvolvimento Psicomotor. No entanto, notamos que essas tabelas estavam “escondidas” sob outros materiais, e os/as técnicos/as não se referiram a essas ferramentas durante as consultas.

Em termos de criação de um ambiente físico amigável à criança, em nenhum dos setores observados identificamos elementos explicitamente direcionados e disponíveis ao público infantil. Exceção feita a uma boneca com a inscrição “Barbie”, colada na parede perto da balança em um dos Centros. Pelo menos no período em que lá estivemos, nenhuma criança deu atenção a esse elemento. Assim como nenhuma cuidadora, ou a/o profissional, fez uso do mesmo para se relacionar com bebês e crianças.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em CCS/PAV

→ **Oferecer formação em DPI:** observamos que através de uma formação mínima e fornecimento de materiais, como cartazes com imagens de DPI, as/os técnicas/os são capazes de integrar DPI nos seguintes aspectos:

- ◆ Palestras da Manhã;
- ◆ Verificação de desenvolvimento no momento da pesagem, através de observação, perguntas e testes simples;
- ◆ Demonstrações nutricionais (os brinquedos podem ser usados para ocupar as crianças).

²⁴ Cartazes que listam marcos de desenvolvimento psicomotor, distribuídos pelo EGPAF (Fundação Elisabeth Glaser contra o SIDA Pediátrico) há cinco anos, ainda são encontrados nos gabinetes. Porém, não são utilizados.

- **Implantar um sistema específico de avaliação e registro de desenvolvimento psicomotor**: em um dos Centros de Saúde observados, uma técnica "pilotou" um sistema simples de avaliação e registro de desenvolvimento psicomotor (aos 3, 9 e 18 meses), proposto pela PATH. Constatamos que o sistema é fácil e não resulta em sobrecarga de trabalho.
- Isto significa que **uma aproximação simples mas qualificada pode envolver as/os profissionais nessa integração**, a despeito do ritmo intenso de trabalho desse setor.

3.5. Consulta de Criança em Risco (CCR)

A Consulta da Criança em Risco proporciona atenção especial a crianças vulneráveis a doenças e desnutrição, as quais foram assim identificadas por apresentarem prejuízos (potenciais ou constatados) de crescimento e/ou desenvolvimento. Em termos ideais, a identificação precoce desses casos deve ocorrer durante a Consulta da Criança Sadia²⁵.

De acordo com as Normas de Atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco, do Ministério da Saúde (MISAU), devem ser encaminhadas à CCR²⁶ crianças:

- com crescimento insuficiente, desnutrição aguda moderada ou desnutrição aguda grave, sem complicações;
- expostas ao HIV;
- em contacto com tuberculose pulmonar;
- Recém-nascidas com peso à nascença inferior a 2500g;

²⁵ Normas de Atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco. MISAU, JHPIEGO, EGPAF, 2011. p. 35.

Disponível em:

<http://www.ensinoadistancia.edu.mz/sites/default/files/Normas%20atendimento%20CCS,%20CCR.pdf>. Acesso em: 06/5/15.

²⁶ Ibidem.

- Gêmeas;
- com idade inferior a 6 meses em aleitamento artificial;
- desmamadas (que pararam o aleitamento materno ou que nunca mamaram ao peito) com idade inferior a 12 meses;
- com atraso do desenvolvimento psicomotor;
- com história de internamentos múltiplos ou por doença grave;
- órfãs.

Esse tipo de consulta consiste em diagnóstico de saúde da criança e da mãe, aconselhamento, medicação para bebê/criança (Profilaxia) e para a mãe (TARV - Terapia Anti Retroviral). São realizados testes para detecção de HIV aos 2, 9 e 18 meses. E são avaliadas, ainda, a situação familiar e realização de testagem do companheiro, com orientações sobre uso de preservativo.

O atendimento inclui a distribuição de suplementos para crianças em estado de má nutrição e aconselhamento nutricional, especialmente na fase de alimentação complementar, e visitas domiciliares aos casos faltosos.

Assim, o atendimento CCR é crucial para um trabalho de avaliação de desenvolvimento psicomotor e aconselhamento em DPI e faz parte das normas da consulta de criança em risco, como apontamos anteriormente.

Observamos 11 consultas desse tipo, as quais tiveram, em média, 15 minutos de duração e atingiram crianças entre 1 e 10 meses. Registramos, a seguir, os elementos que mais se destacaram, para além do que já foi colocado, até o momento:

- profissionais conferiram cartões de saúde e efetuaram registros:
 - cumprimento do calendário de atendimentos;
 - testagem da criança;
 - informações coletadas na consulta;

- avaliação da criança:
 - cuidador/a informa se há questões físicas, como febre e diarreia;
 - alimentação - cuidador/a informa sobre o tipo de alimento que oferece ao bebê. Houve casos quem a/o provedor/a sugeriu formas de enriquecimento (como misturar ovo à sopa) e desaprovou uso de certos alimentos (papas prontas).

- praticamente não houve interação entre profissional e bebê, a não ser para dizer à mãe para fazer a criança calar porque chorava;
 - exceção feita a um/a provedor/a que se dirigiu ao bebê choroso para consola-lo: *"Estás com medo? Estás a ver uma cara estranha?"*

- verificamos sub aproveitamento do tempo de atendimento, com momentos de silêncio por parte da/o profissional, por exemplo, enquanto:
 - a criança é despida e vestida;
 - a mulher se despe e se veste;
 - a criança é pesada;
 - são realizados exames físicos e de testagem para HIV.

Percebemos, ainda, que não existem ferramentas (cartazes, brinquedos) nas salas de CCR para ajudar as/os profissionais a fazer avaliação em DPI e não há ferramentas visuais para aconselhamento em nutrição.

Oportunidades e Desafios para integração de DPI em CCR
--

- | |
|--|
| <p>→ <u>Estimular a verificação, registro e seguimento de casos de atrasos de desenvolvimento.</u> Existe o item Desenvolvimento Psicomotor na Ficha individual de CCR.</p> <p>→ <u>Estimular as/os profissionais para o aproveitamento de momentos estratégicos da consulta para integração de DPI,</u> tais como o preparo da criança para pesagem</p> |
|--|

(despir e vestir a criança), coleta do sangue do bebê para o teste e aconselhamento sobre nutrição.

→ **Estimular uma interação mais aproximada com a criança em foco**, oportunizando a realização de testes estratégicos para verificar o desenvolvimento psicomotor.

3.6. Tratamento Anti Retroviral (TARV) Pediátrico

O TARV Pediátrico se constitui em Tratamento Anti Retroviral para crianças vulneráveis ou infectadas pelo vírus de Imunodeficiência Humana (HIV), provocador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA).

Moçambique ocupa oitavo lugar em termos de prevalência mundial do HIV/SIDA²⁷. Internamente, a prevalência da infecção, no País, pode ser ilustrada através de dados, como os seguintes²⁸:

- em adultos de 15-49 anos - 11,5%;
- em mulheres - 13,1%;
- em homens - 9,2%
- em crianças de 0-11 anos - 1,4%
- em crianças menores de um ano - 2,3%

De acordo com o Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA):

²⁷ UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Situação das Crianças em Moçambique, 2014. Maputo/Moçambique, UNICEF, 2014. p. 22. Disponível em: http://sitan.unicef.org.mz/files/UNICEF-SITAN-PT_WEB.pdf. Acesso em: 14/5/15.

²⁸ Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009 (INSIDA). Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro, 2010. p. xix. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS8/AIS8.pdf>. Acesso em 13/5/15.

"(...) pelo menos 1 em cada 7 casais moçambicanos (15.2%) tem um dos parceiros ou ambos com infecção por HIV. Em 5% dos casais a mulher está infectada, em 5% o homem está infectado e em 5% ambos estão infectados²⁹"

O Governo Moçambicano deu início a uma intervenção sistemática nesse quadro, considerado epidêmico, em 2000, quando da aprovação do Plano Estratégico Nacional (PEN I) e criação do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). No entanto, somente a partir do PEN II (2004-2008) é que essa intervenção ultrapassou o nível de prevenção, incluindo o TARV³⁰.

Há registros de um aumento do acesso ao TARV: em 2003, cerca de 3.000 pessoas estavam a receber esse tipo de tratamento. Em fins de 2013, esse número cresceu para 497.455, o que implica em uma taxa de cobertura de 62,5% para adultos, segundo o CNCS. Porém, o próprio Conselho admite que no caso de crianças, essa taxa ainda é *"extremamente baixa, com apenas 36% em 2013"*³¹.

Talvez essa possa ser uma das razões pelas quais tenhamos conseguido identificar e acompanhar apenas 01 consulta desse tipo, durante as 14 visitas (em um total de 60h58') efetuadas nos Centros de Saúde. Essa oportunidade se deu em Beluluane, com uma criança do sexo masculino, de 20 meses, levada pela genitora.

Após espera de cerca de 2 horas, o atendimento foi realizado por enfermeira/o, que iniciou o contato perguntando o motivo de ter trazido o filho. A cuidadora relacionou como preocupações tosse, secreção nasal e falta de apetite.

Exame físico foi realizado e, a certa altura, a/o profissional questionou se a criança andava (até aquele momento, se encontrava no colo da mãe). Ao obter resposta positiva, solicitou

²⁹ Ibidem. p. xx.

³⁰ Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009 (INSIDA). Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro, 2010. p. 05. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS8/AIS8.pdf>. Acesso em 13/5/15.

³¹ UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Situação das Crianças em Moçambique, 2014. Maputo/Moçambique, UNICEF, 2014. p. 22. Disponível em: http://sitan.unicef.org.mz/files/UNICEF-SITAN-PT_WEB.pdf. Acesso em: 14/5/15.

que fosse colocada, em pé, sobre sua mesa. Dirigiu-se, então, à criança, de forma tranquila, e pediu: *"Anda, bebê..."*. Observou a locomoção e perguntou: *"em relação às outras crianças... como está? brinca?"*. Teve como retorno: *"sim, está bem... só é pequeno"*.

A seguir, a/o provedor/a verificou o calendário de vacinação, a adesão ao TARV, indicou tratamento e informou a data de retorno. Esse atendimento durou cerca de 10 minutos, tendo iniciado às 09:57 e terminado às 10:05h, quando procuramos a cuidadora para realização de entrevista.

A entrevistada se mostrou satisfeita com o atendimento: *"adoro aqui... ela/e atende bem"*, e não indicou outros procedimentos que gostaria de ver acrescentados ao desenvolvimento da consulta (*"não, tudo vai bem"*).

Quanto a DPI, mais especialmente, podemos registrar que não houve recomendações de atividades a serem realizadas em casa e que, à semelhança de outras/os entrevistadas/os, essa mãe não tinha conhecimento sobre o item a respeito das metas de desenvolvimento da criança, no Cartão de Saúde.

Reconhecemos que a observação de 01 atendimento de TARV Pediátrico dificulta a produção de inferências pertinentes aos objetivos deste Relatório. No entanto, consideramos importante apontar elementos que, potencialmente, podem contribuir para uma atenção mais qualificada, por parte dos serviços de saúde, a crianças que estão sob esse tipo de tratamento.

Oportunidades e Desafios para integração de DPI em TARV Pediátrico

- **Identificar e observar mais consultas de TARV Pediátrico**, de modo a reunir mais informações sobre como tem sido feito esse atendimento, com ênfase para integração de DPI;

- **Integrar DPI nas consultas de TARV Pediátrico**, tendo em conta possíveis diferenciações, em termos de desenvolvimento, para o caso de crianças soropositivas, com testes a serem efetuados pelos/as provedores/as e recomendações de atividades que possam ser feitas em casa;
- **Realizar formações sobre DPI para profissionais que efetuam esses atendimentos**, incluindo discussões sobre possíveis diferenciações, em termos de desenvolvimento, para o caso de crianças soropositivas, formas de prevenção, testes, recomendações, tratamentos e encaminhamentos.

Se a consulta que observamos houver apresentado indicativos comuns a outras crianças em TARV, ou a outros atendimentos dessa natureza, temos um campo de atuação em aberto para benefício de um público especialmente vulnerável.

3.7. Triagem

A Triagem consiste em um serviço primário, nos Centros de Saúde, cujo objetivo é detectar e selecionar, através de testes adequados, aquele *"grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias"*³². No caso de crianças, conforme indica o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (Volume I)³³, do MISAU:

"Os trabalhadores de saúde (enfermeiro ou médico) nos serviços de atendimento de Pediatria (urgência, triagem de pediatria ou consulta externa) devem realizar rotineiramente

³² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 09. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf. Acesso em: 24/5/15.

³³ Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição. Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional - Volume I. Maputo, MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição, 2011. p. 19 e p. 26. Disponível em: http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Mozambique_Manual_PRN_Voll_Aug2011_0.pdf. Acesso em 26/3/2015.

a triagem das crianças ou adolescentes que esperam na fila, e atender primeiro os casos mais graves".

A Organização Mundial de Saúde³⁴ recomenda atenção para alguns aspectos indicadores de necessidade de intervenção pediátrica de urgência, prioridade ou não urgentes, a exemplo de:

- comprometimentos de via aérea, respiração e circulação;
- desidratação grave;
- convulsões, coma;
- dor intensa;
- trauma;
- envenenamento ou intoxicação, entre outros.

Mas, como apontamos anteriormente, protocolos nacionais e internacionais de atendimento ao público infantil incluem atenção ao desenvolvimento psicomotor, o que abrange a Triagem. Isso significa triar 500 crianças por mês em Beluluane, por exemplo, das quais 75% tem entre 0 e 4 anos de idade.

Tivemos chance de acompanhar 11 atendimentos desse tipo em crianças entre 11 meses e 04 anos de idade, nos 03 Centros de Saúde observados. Essas consultas duraram entre 5 e 17 minutos, apresentando uma duração média de 6,2'.

Relevante registrar que das quatro oportunidades de observação, em duas as/os profissionais haviam sido formados/as em DPI pela Path e em uma delas 02 estagiários/as foram responsáveis pelo atendimento³⁵.

Após a recepção de cuidador/a, solicitação do Cartão da Criança e verificação da idade desta, alguns procedimentos se destacaram durante essas consultas:

³⁴ Cuidados hospitalares para crianças. World Health Organization. Porto Alegre, Artmed, 2008. p.22.

Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9788536311678_por.pdf. Acesso em 24/5/15.

³⁵ As/Os estagiárias/os foram orientadas/os a procurar um/a provedor/a de saúde, em caso de dúvida, mas efetuaram os atendimentos observados sem a presença de um/a profissional de supervisão.

- questionamento sobre o que a criança estava a sentir (perguntas de averiguação de sintomas);
- exame físico;
- diagnóstico;
- emissão de receita.

No caso de 02 provedoras/es com formação em DPI, outros elementos fizeram parte da interação com cuidador/a e criança, com sondagens e recomendações, se necessário:

- sustentação da cabeça;
- fala - *"Fale com ela... há de falar rápido..."*;
- se gatinha;
- se brinca - *"Pode brincar a qualquer momento... no banho, quando come..."*.

No entanto, a abordagem a DPI foi assistemática. Em um caso, a/o profissional estava pressionada pela demanda intensa e não proporcionou um tempo mínimo para que cuidadoras/es pudessem se expressar. O que impactou também em potenciais oportunidades desperdiçadas, como quando uma das crianças se pôs a brincar espontaneamente com objetos dispostos sobre a mesa.

A/O outra/o provedor/a iniciou a consulta fazendo perguntas sobre DPI para, depois, efetuar exame físico, dividindo o atendimento em duas partes. Não realizou, portanto, efetiva integração, identificando e aproveitando o contato com o público para inserir avaliação e orientação sobre o desenvolvimento psicomotor da criança.

Importante ressaltar que, ainda que apresentassem fragilidades na operacionalização, provedoras/es com formação pela Path tentaram incluir conhecimentos e estratégias aprendidas e procuraram interagir com a criança. O que não ocorreu nos demais atendimentos.

Oportunidades e Desafios para integração de DPI em Triagem

- **Integrar DPI** nas consultas de Triagem, reforçando o sentido de integração - observar, interagir, avaliar, recomendar durante o atendimento, aproveitando a chance de verificar o comportamento da criança, a relação com cuidador/a.
- **Formar profissionais que efetuam esse tipo de atendimento em DPI.**
- **Estimular a verificação, registro e seguimento de casos de atrasos de desenvolvimento, na Triagem.**
- **Estimular as/os profissionais para o aproveitamento de momentos estratégicos da consulta para integração de DPI** - momentos de brincadeiras espontâneas por parte das crianças, observar a interação destas com cuidadores/as.

3.8. Enfermaria de Pediatria

Dos três Centros de Saúde selecionados para a realização deste Levantamento Exploratório, Boane Sede é o único que possui uma Enfermaria de Pediatria. Tem capacidade para receber 08 crianças e conta com uma equipe formada por:

- 01 médica/o;
- 01 enfermeira/o;
- 01 copeira/o;
- 01 agente de serviço (apoio na limpeza e em outras tarefas de organização do ambiente).

Em média, 6 ou 7 crianças ficam internadas nesse espaço, entre 8 e 20 dias, geralmente em razão de: má nutrição, pneumonia, malária ou diarreia.

Há uma rotina de funcionamento na Enfermaria, que se repete no turno da manhã e da tarde:

- 07:00h-09:00h - Visita do/a médico/a;
- 08:00h - Pequeno almoço - copeira/o;
- 09:00h - Verificação de processos, medicação e coletas - enfermeiro/a;
- 13:00h - Almoço - copeira/o;
- 18:00h - Jantar - copeira/o.

O trabalho de campo demonstrou que esse roteiro não inclui atividades voltadas para o público infantil, integração de DPI, nem são oportunizados momentos em que a equipe poderia observar as crianças e a interação destas com as/os cuidadores/as. Percebemos alguns cartazes com motivos infantis, balões e bonecos comprados em lojas, mas não identificamos situações em que foram instrumentalizados para avaliação das crianças.

Um/a dos/as provedores/as de saúde nos relatou que costuma observar os padrões de desenvolvimento nas crianças internadas e que, quando entende que há atrasos, encaminha para o/a clínico/a.

Essa/e provedor/a recordou dois casos encaminhados: um estava relacionado a má nutrição e outro com comprometimento da locomoção. Não foram feitos registros específicos de prejuízo de DPI, e sim no livro de registro geral da Enfermaria de Pediatria.

Outro elemento pertinente aos propósitos deste Relatório, foi a associação feita por profissionais entre crianças que se encontravam em estado mais grave e depressão materna. Não foram oferecidos maiores detalhes sobre isso, porém pode ser um indicativo adicional da ligação esse tipo de depressão e vulnerabilidade da saúde do público em foco.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI na Enfermaria de Pediatria
→ <u>Integrar DPI</u> nos procedimentos executados nesse serviço.

- **Formar a equipe lotada na Enfermaria, incluindo profissionais não clínicos** - copeira/o e agente de serviço convivem com crianças internadas e cuidadores/as e podem apoiar na observação e execução de atividades simples em DPI.
- **Estimular profissionais a produzirem brinquedos** com objetos reciclados, inclusive em oportunidades em que cuidadores/as também podem aprender a fazê-los e utilizá-los.
- **Realizar registros de casos de comprometimento de desenvolvimento**, com correspondente encaminhamento feito.

3.9. Palestras Matinais

As palestras matinais são recursos utilizados por profissionais de saúde e conselheiros/as com a intenção de repassar informações sobre temas diversos e dirimir dúvidas colocadas por utentes. Estão programadas para ocorrer diariamente, antes do início dos atendimentos, e são dirigidas ao público presente naquele momento. Notamos uma preocupação constante em tratar da prevenção e tratamento de HIV/SIDA. Mas as demandas recebidas na unidade e o paulatino conhecimento do perfil do público atendido também se aliam como critérios para a escolha dos assuntos a serem tratados nas Palestras, realizadas tanto por Conselheiros/as, como por Enfermeiros/as e Técnicos/as em Medicina Geral e Preventiva.

Como, via de regra, o maior movimento de utentes se concentra nas primeiras horas da manhã, verificamos um número significativo de pessoas a acompanhar essa atividade. Destacamos a seguir essa informação, coletada durante as 03 palestras assistidas:

Tabela 12 - Número de utentes desagregado por sexo a acompanhar Palestras Matinais por Centro de Saúde

	Mulheres	Homens	Crianças	Subtotais
Campoane	20	15	14	49
Beluluane	30		10	40
Boane Sede	±36	±09	±20	±65 ³⁶
Totais	86	24	44	154

Vemos também, na tabela acima, uma predominância da presença do público feminino que, em sua maioria, é quem traz bebês e crianças (entre 0 e 5 anos, em média) para consultas.

Apesar de em dois dos Centros de Saúde observados, existir uma lista com datas, temas e facilitador/a responsável, foi naquele em que esse expediente não é realizado que assistimos a uma palestra mais completa, com:

- uma abordagem mais interativa e estimuladora;
- tratamento do tema proposto;
- sugestão de práticas a serem desenvolvidas pelas/os utentes; e
- espaço para dúvidas.

No entanto, neste caso, como em outros por nós testemunhados, verificamos que:

- não houve integração de elementos relevantes sobre DPI, com exceção de uma palestra sobre esse assunto. Registramos que esta ocorreu após intervenção de representante da Path junto a um/a técnico/a de medicina preventiva;
- a interação entre facilitador/a e público ainda é pouco estimulada;
- não foram utilizados recursos (audio) visuais, com exceção de uma das palestra observadas;

³⁶ Não foi possível apurar com maior exatidão o número de pessoas que acompanhou a palestra observada pela Path em Boane Sede em função do espaço onde ocorreu. O público se organizou em pé em um local não suficientemente grande para seu contingente, de forma que ficou prejudicada a nossa visualização.

- a definição de temas fica a cargo, exclusivo, dos/as profissionais, sem possibilidade de propostas por parte de utentes;
- se existe uma lista de temas e palestrantes, esta fica em local pouco acessível ao público;
- a observação de duas listas mostrou que entre os temas selecionados predominam discussões sobre Diarréia, Malária, HIV/SIDA e Calendário Vacinal. Nenhum mencionou nutrição ou DPI;
- a organização das palestras, a saber periodicidade, temas, facilitador/a, horário, duração, fica exposta a certas falhas na medida em que constatamos:
 - cancelamentos em função do atraso no horário de chegada do/a profissional responsável pela atividade ou por falta de recursos humanos suficientes;
 - profissionais surpreendidos/as com a informação de que seriam os/as condutores/as do dia³⁷.

Mesmo assim, avaliamos que é possível assinalar um exemplo de condução didática positiva, o que pode ser conferido a seguir.

Um exemplo positivo de palestra matinal quanto à didática

A Palestra foi iniciada na língua local (Xichangana) com uma saudação e a explicação de que seria uma fala que não tomaria muito tempo e que, logo depois, seriam realizados os atendimentos. Em seguida, o/a facilitador/a informou que tema: HIV/SIDA. Lançou perguntas, estimulando o público a participar, tais como:

"Já ouviram falar de HIV?"

"O que sabem sobre a prevenção?"

"Já fizeram o teste?"

Após alguns segundos de silêncio, o/a palestrante estimulou novamente a participação,

³⁷ Em, pelo menos, uma situação, podemos afirmar que uma palestra matinal aconteceu depois de representantes da Path perguntarem sobre a atividade. E durou 08 minutos, apenas.

dizendo: *"aqui não há quem sabe mais ou sabe menos..."*. Uma mulher respondeu: *"Preservativo"*. Um homem falou: *"Fazer o teste"*. Outro homem se pronunciou: *"Ter um único parceiro... Não usar lâmina que outro usou..."*. O/A profissional interagiu de imediato, exclamando: *"É isso mesmo!"*, e partiu para o desenvolvimento do assunto.

Explicitou formas de contágio (uso comum de lâminas, agulhas, transfusão de sangue, troca de fluidos durante a relação sexual...) e a necessidade do uso do preservativo não só para a prevenção do HIV/SIDA, mas também para a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e controle de gravidez indesejável.

Dirigindo-se especialmente às *"mães e mulheres grávidas"*, tratou da necessidade da realização do teste para detectar o HIV: *"É obrigatório. Se o resultado for positivo, vai fazer tratamento"*. O processo de acompanhamento de mãe e bebê foi relatado, com informações sobre os procedimentos e prazos a serem cumpridos. Por exemplo, com 01 mês, deve-se trazer o bebê para fazer o teste, pois pode ter adquirido o vírus durante o parto.

Reiterou, ainda, a importância do aleitamento materno exclusivo até o seis meses de idade, pelo menos, inclusive para as mães portadoras do vírus HIV, respeitada a realização do tratamento no Centro de Saúde. E a realização de novos testes para detectar o vírus, nos períodos estabelecidos (a exemplo de novo teste aos 09 meses de idade).

O aleitamento materno pode se prolongar até os dois anos de idade, mas não é obrigatório, informou o/a facilitador/a. O que não é incompatível com a introdução de alimentos outros, como as papas enriquecidas, a partir dos 5 meses e 2 semanas. Sobre esse aspecto, a palestrante disse que iria abordar rapidamente a questão da feitura das papas, a fim de demonstrar que estas podem ser preparadas com alimentos que não são de difícil acesso. Nesse momento, provocou o público, que correspondeu:

"Em casa tem alimentos que pode usar... arroz falta?"

Público: *"Não!"*

Palestrante: *"Farinha de milho falta?"*

Público: *"Não!"*

Palestrante: *"Banana falta?"*

Público: *"Não!"*

Deu continuidade, então, com informações a respeito do enriquecimento das papas adicionando 01 colher pequena de verduras, transformadas em pó. Pontuou os passos necessários para o preparo dessa mistura, desde a higiene dos alimentos até o acondicionamento em frascos limpos e identificados (lavar, secar à sombra, pilar, peneirar, guardar no frasco). A atividade foi encerrada com algumas recomendações adicionais sobre alimentos e para se evitar o uso de açúcar na dieta de bebê.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI em Palestras Matinais

- Integrar o tema DPI;
- Integrar, de maneira transversal, DPI em outros temas, sempre que possível;
- Estimular maior interação entre facilitador/a e público;
- Produzir e utilizar recursos audiovisuais, adaptados ao público e contexto;
- Proporcionar espaço, durante as palestras, para que utentes façam sugestões de assuntos a serem abordados;
- Disponibilizar ao público, se houver, a lista de assuntos e facilitadores/as previstos.

3.10. Aconselhamento (AC)

De acordo com o Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA, 2010-2014 (PEN III), o Aconselhamento e Testagem é "*componente fundamental para a prevenção do HIV e SIDA*" e está situado entre prioridades estratégicas, com indicação de ampliação e aprofundamento da qualificação desse serviço³⁸.

³⁸ Fonte: República de Moçambique. Plano Nacional de Resposta ao HIV/SIDA, 2010-2014. República de Moçambique, Conselho de Ministros. Aprovado na 10ª Sessão do Conselho de Ministros de 23 de Março de 2010. http://www.portaldogoverno.gov.mz/docs_gov/programa/PEN_III_2009-2014.pdf, em 19 de setembro de 2014.

Acompanhamos o trabalho desenvolvido por essas/es profissionais em 07 sessões de aconselhamento, que tiveram duração entre 10' e 60', totalizando 168' de observação.

Tabela 13 - Sessões de Aconselhamento observadas por Centro de Saúde com duração em minutos

Centro de Saúde	Sessão de AC - Duração
Campoane	AC1 - 14'
	AC2 - 60'
Beluluane	AC3 - 21'
	AC4 - 23'
Boane Sede	AC5 - 10'
	AC6 - 10'
	AC7 - 30'
Total	168' (2,8h)

Tendo em conta nossas observações nos Centros de Saúde de Campoane, Beluluane e Boane Sede, podemos dizer que a importância imputada ao trabalho de Aconselhamento (AC), no PEN III, tem sentido.

De maneira geral, as/os conselheiras/os que tivemos oportunidade de acompanhar deram mostras de cumprimento de algumas das orientações dispostas no Manual de Referência - Formação de Provedores de Saúde em Prevenção Positiva, a exemplo de:

- *"Estabelecimento de relações de apoio";*
- *"Manter conversa com um objectivo claro";* e

- *"Dar informações correctas e apropriadas"*³⁹.

O que pode ser ilustrado através dos trechos abaixo transcritos, a partir de sessões de aconselhamento:

Exemplo 1 - Utente encaminhada pelo setor de CCS/PAV - criança doente e com baixo peso:

Conselheira/o: *"O que se passa?"*

(silêncio por parte da mulher em atendimento)

Conselheira/o: *"Hum? Há algum constrangimento que te leva a não trazer a criança ao hospital?"*

(silêncio por parte da mulher em atendimento)

Conselheira/o: *"Se tu não falas, não tenho como ajudar..."*

(silêncio por parte da mulher em atendimento)

Conselheira/o: *"Quero ouvir de ti, suas dificuldades..."*

Exemplo 2 - Conselheira/o explica a importância da adesão ao TARV:

Conselheira/o:

"Temos uns soldados no nosso organismo... a defender o nosso organismo... (...) às vezes, não acontece de a gente ter uma dor, uma dor de cabeça que passa sem tomar medicação? É por causa dessas células!" (se referindo à função do CD4).

³⁹ República de Moçambique. Manual de Referência - Formação de Provedores de Saúde em Prevenção Positiva. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica, Programa Nacional de Controlo às ITS-HIV e SIDA, University of California/San Francisco, Moçambicanos e Americanos Juntos na Luta Contra o HIV/SIDA, International Training & Education Center for Health, julho/2012. p. 18. http://www.ensinoadistancia.edu.mz/sites/default/files/MANUAL%20REFER%C3%8ANCIA%20PREVEN%C3%87%C3%83O%20POSITIVA_Part1_0.pdf, em 19 de setembro de 2014.

A medicação “(...) ajuda a atenuar a doença... o vírus adormece... não deixa o CD4 ficar baixo (...) Mas deves estar empenhada!”.

O trabalho de campo mostrou ainda que, na prática, esses/as profissionais dão apoio em diversas outras tarefas, tais como:

- pesagem de utentes;
- recolhimento de Cartões de Saúde e identificação de utentes que chegam para a primeira consulta;
- busca por processos de CCR e TARV, dando seguimento em casos em que não há cumprimento adequado ou abandono do tratamento;
- realização de palestras matinais;
- orientação de grupos de mães;
- aconselhamento nutricional etc.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI no Aconselhamento

- **Oferecer formação em DPI - todos/as as/os conselheiros/as entrevistados/as mostraram interesse e disponibilidade** para participar de formações e integrar DPI em suas atividades nos Centros de Saúde.
- **Integrar DPI ao trabalho de Aconselhamento, em especial quando a utente está com seu bebê / sua criança.**
- **Estimular observação da interação entre mãe/utente e bebê/criança,** nas atividades com caixas de brincar, ou que chama a atenção pela expressão de irritação, zanga, agressividade para com bebê / criança. Ou após referência de enfermeira/o e/ou técnica/o.
- **Integrar DPI nas palestras da manhã.**

→ Integrar DPI no aconselhamento nutricional.

3.11. Grupos de Mães

Em relação à orientação de grupos de mães de CPN e CCR, destacamos a relevância dessa atividade para o potencial de integração de DPI. Tivemos oportunidade de observar um desses grupos, orientado por um/a conselheiro/a, e formado por utentes soropositivas com bebês que contavam menos de 12 meses. Durante 40 minutos, houve troca de experiências, e levantamento de informações chave, tais como:

- uma utente não sabia a razão de ter de dar o xarope anti-retroviral para seu bebê;
- a experiência de cumplicidade entre casal em que a mulher é soropositiva e o parceiro não é, apresentada por uma das participantes;
- identificação de casos de violência doméstica e/ou depressão materna, com orientações que se fizerem necessárias e eventual seguimento. Nesse aspecto, se percebeu que esse ainda é um trabalho a ser mais explorado;
- identificação de casos de bebês que ainda não foram testados para o HIV no período adequado e que, por consequência, estão acompanhados de mães que não foram devidamente informadas sobre prevenção, testagem e tratamento;
- identificação de serviços e/ou instituições que não estão a cumprir corretamente os protocolos de atendimento previstos.

Porém, também constatamos que:

- Não há integração de DPI. Portanto, não há uso de cartazes ou quaisquer outros tipos de materiais de referência sobre o assunto;

- Não há quaisquer tipos de brinquedos, livros infantis ou outros materiais que poderiam ser disponibilizados às crianças/bebês que acompanham suas mães nos grupos;
- Conforme o tempo foi passando, os bebês começaram a demonstrar impaciência, através de tentativas de sair do colo e choro. Da parte das mães, a preocupação demonstrada era a de manter seus bebês aquietados;
- Uma caixa de brincar com o acompanhamento de um/a voluntária/o, nesse espaço, poderia potencializar o aproveitamento por parte das utentes, durante os Grupo de Mães e Aconselhamentos.

Outras percepções pertinentes à atuação de Conselheiras/os, são as seguintes:

- Essas/es profissionais são ativistas formadas/os que podem ser de grande apoio na integração de DPI, se melhor informadas/os a respeito. No geral, são pessoas competentes em sua área de atuação com habilidades que poderiam ser aproveitadas também em DPI, tais como: capacidade de observação, mediação, reflexão conjunta, informação qualificada, adesão a tratamentos e posturas de benefício à saúde etc.
- Não possuem salas próprias para o desenvolvimento de seu trabalho. Ocupam os espaços disponíveis, muitas vezes desprovidos de privacidade.
- A solicitação de apoio às/aos Conselheiras/os por parte de enfermeiras/os e/ou técnicos/as é variável. Na maioria das vezes, depende da relação de confiança estabelecida com determinada/o Conselheira/o.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI nos Grupos de Mães

→ **Estimular integração de DPI nos Grupos de Mães** - um/a voluntári/o ou profissional poderia apoiar as/os conselheiras/os durante o funcionamento dos Grupos de Mães, com uma caixa de brinquedos produzidos com objetos reciclados. Os observações feitas por essa pessoa, na interação com crianças e cuidadoras serve como subsídio importante para acompanhamento de DPI, alertando para questões que chamaram a atenção e elogiando, quando adequado.

4. Descrição de conhecimentos e experiências de provedores de serviços

Este capítulo tem por objetivo trazer os conhecimentos e experiências de provedores de saúde que atuam nos Centros de Saúde observados, em três aspectos:

- DPI - foco do Levantamento Exploratório;
- Depressão Materna; e
- Violência Doméstica.

Os dois últimos aspectos foram acrescidos pela relação direta que mantêm com a qualidade da interação entre cuidadores e bebê e, por consequência, para a saúde geral da criança, a longo prazo, como atestado por estudos diversos:

- *"(...) o cuidado estabelecido por mães depressivas caracteriza-se por práticas punitivas e de pouca participação e interesse na criança"*⁴⁰
- *"(...) a qualidade da maternagem e a habilidade de ambos os pais em lidar com as necessidades da criança são comprometidas em ambientes domésticos violentos (Holt, Buckley & Whelan, 2008)"*⁴¹
- *"(...) filhos de mães deprimidas apresentam dificuldades para se envolver e manter interação social, tendo déficits na regulação dos seus estados afetivos. Os bebês olham menos para suas mães e expressam menor afeto positivo e maior afeto negativo. Aos 12 meses, muitos desses bebês mostram baixos desempenhos em testes de desenvolvimento e altos níveis de apego inseguro com a mãe (SCBMIDT; PICCOLOTO; MÜLLER, 2005)"*⁴²
- *"(...) a violência conjugal tem impactos negativos nas habilidades maternas, aumentando a probabilidade de elas praticarem algum tipo de mau-trato infantil, sendo a agressão psicológica a mais frequente, seguida de agressão física e negligência."*⁴³

Os assuntos acima foram abordados durante as entrevistas individuais semi estruturadas. As respostas recolhidas foram organizadas em tabelas distintas para cada tema e conforme

⁴⁰ Mesquita, Paula Casagrande; Benetti, Sílvia Pereira da Cruz. A representação materna em crianças com mães depressivas. Arquivos Brasileiros de Psicologia (online); Rio de Janeiro, 66 (2), 2014. pp. 53-67. p. 61. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v66n2/05.pdf>. Acesso em: 21/4/2015.

⁴¹ D'Affonseca, Sabrina Mazo; Williams, Lúcia Cavalcanti de Albuquerque. Habilidades Maternas de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica: Uma Revisão da Literatura. Psicologia: Ciência e Profissão (online), 2011, 31 (2), 236-251. p. 238. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n2/v31n2a04.pdf>. Acesso em: 21/4/15.

⁴² Landim, Layane Dos Santos; Veloso, Luana De Sousa; Azevedo, Francisco Honeidy Carvalho. Depressão pós parto: uma reflexão teórica. Rev. Saúde em Foco, Teresina, v. 1, n. 2, art. 1, p. 41-59, ago. / dez. 2014. p. 04. Disponível em: <http://www4.fsanet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/274>. Acesso em: 22/4/15.

⁴³ Ibidem. p. 245.

função da/o provedor/a contactada/o e o Centro de Saúde, como podemos observar, a seguir, nos subitens 4.1. e 4.2..

4.1. O que nos dizem as/os profissionais de saúde sobre DPI

No que se refere ao Desenvolvimento Psicomotor Infantil, apresentamos os elementos oferecidos pelos/as profissionais quando questionados/as a respeito da forma como reconhecem crianças com comprometimento de desenvolvimento aos 3 e 6 meses.

Para fins de referência positiva e comparação com as falas dessas/es provedores, tomamos por base um quadro com sinalizações fundamentais de demarcação do desenvolvimento da criança, produzido pela Path:

Tabela 14

Marcos do Desenvolvimento da Criança por Faixa Etária/Idade	
3 meses	6 meses
<ol style="list-style-type: none">1. Segue objetos com o olhar2. Vira a cabeça para o som3. Sustenta a cabeça4. Sorri quando lhe falam5. Bate nos objetos pendurados	<ol style="list-style-type: none">1. Balbucia2. Rebola3. Tenta alcançar um objeto um pouco distante4. Responde às emoções do/a cuidador/a

Fonte: Apresentação da PATH⁴⁴.

Agora, registramos os conteúdos coletados durante o trabalho de campo na tabela abaixo, seguindo alguns critérios de visualização para as respostas, sendo que:

- Aquelas correspondentes às informações dispostas para os marcos de 3 e 6 meses foram destacadas nas cores que vemos acima, a saber verde e azul, respectivamente.

⁴⁴ Projeto I-DPI: Passando da fase 1 para fase 2. Apresentação no encontro provincial de parceiros, 24/6/2014. Conrad N. Hilton Foundation, Parth. Material organizado por Svetlana Drivdal (Regional ECD Advisor).

- Respostas acertadas em parte, ou seja, não completamente identificadas com o quadro produzido pela Path, foram marcadas com a cor amarela.
- Indicações dadas pelos/as entrevistados/as consideradas não correspondentes com o marcos foram marcadas com vermelho.
- Ausências de respostas foram sinalizadas pelo preenchimento das células com a cor cinza.

Tabela 15 - Conhecimentos sobre DPI para 3 e 6 meses por profissional/setor e Centro de Saúde

Respostas oferecidas por profissionais clínicos à questão: "Conhece o que uma criança deve ser capaz de fazer com 3 meses? E com 6 meses?"				
	Profissional/Setor		3 meses	6 meses
1	TMG - Triagem Pediátrica	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● segue objetos 	<ul style="list-style-type: none"> ● se senta ● se movimentam ● brinca
2	TMG - Triagem/TARV	CP	<ul style="list-style-type: none"> ● brinca ● lança os pés 	
3	TMG - Triagem/TARV	BL		
4	TMP - CCS/PAV	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● fixa o olhar em objetos, na mãe ● presta atenção ao som de palmas 	<ul style="list-style-type: none"> ● se senta ● pega objetos para meter na boca ● chora se fica sozinha na balança
5	TMP - CCS/PAV	BL	<ul style="list-style-type: none"> ● segue objeto com o olhar ● responde à/ao cuidador/a, sorrindo ● estica os braços 	
6	Enfermeira - CCR	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● tem reflexos ● balbucia ● tem vontade de brincar 	

			<ul style="list-style-type: none"> ● olha para a mãe 	
7	Enfermeira - SMI	CP	<ul style="list-style-type: none"> ● se mexe ● segura um pouco a cabeça ● segue um objeto que lhe é mostrado <p>Além desses elementos, observa as mucosas e o peso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● fica sentada ● mexe em alguma coisa
8	Enfermeira - SMI	CP	<ul style="list-style-type: none"> ● segura a cabeça ● segue com o olhar ● tem reflexos de sucção 	
9	Enfermeira - SMI	BL	<ul style="list-style-type: none"> ● fixa a cabeça ● segue com o olhar 	
10	TSM	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● tem "falta de energia" <p>Afirmou que observa a aparência e o peso.</p>	Alegou que "dá para perceber mais" se há algum tipo de comprometimento, observando a "aparência". Porém, não ofereceu elementos que ilustrassem o argumento.
11	Nutricionista	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● sorri ● vira a cabeça para o som ● segue objetos ● fez gestos ● começa a sentar 	

Uma leitura analítica dos dados acima, organizados na tabela, nos permite perceber que:

- nenhum/a dos/as 11 entrevistados/as ofereceu informações corretas e completas a respeito dos marcos de desenvolvimento para 3 e 6 meses.
- 07 entrevistados/as sequer ofereceram respostas - 01 no caso dos 3 meses e 06 profissionais quando questionados/as sobre os 6 meses.

- 01 profissional indicou sinalizações de DPI comuns para ambas as faixas etárias.
- Comparativamente, os/as provedores de saúde se mostraram mais preparados/as para a observação de bebês com 3 meses, uma vez que:
 - em 11 entrevistas, 07 profissionais relataram respostas corretas, ainda que incompletas.
 - em duas entrevistas encontramos dados, em parte, coerentes com o quadro da Path para o marco dos 6 meses.
- Porém, ainda que tenhamos verificado maior preparo para observação de DPI na fase dos 3 meses, somente 02 provedores de saúde apontaram 03 elementos dos cinco referenciados no quadro elaborado pela Path. O restante apontou entre 01 e 02 elementos, sendo os mais citados:
 - Segue objetos com o olhar - citado 07 vezes;
 - Sustenta a cabeça - citado 03 vezes.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI - Marcos de Desenvolvimento:

- Realizar formações em DPI para profissionais de saúde com:
 - ◆ conteúdos destacados por marcos de desenvolvimento:
 - atentar para o fato de que após a fase dos 3 meses, provedores de saúde praticamente não possuem conhecimentos a respeito de DPI;
 - ◆ sinalizações chave correspondentes a cada marco de desenvolvimento, as quais podem observadas nas crianças;
 - ◆ demonstrações práticas, com ajuda de materiais como cartazes, de testes

que podem facilmente ser aplicados durante atividades no Centro de Saúde, pelos/as profissionais;

- ◆ incentivo para que ensinem, de forma prática, testes simples e brincadeiras que podem ser aplicados pelos/as cuidadores.

4.2. O que nos dizem as/os profissionais de saúde sobre Depressão Materna e Violência Doméstica

Como apontado anteriormente, a Depressão Materna e Violência Doméstica constituem-se em fatores de interferência negativa em DPI. Estudo realizado na cidade de Maputo verificou uma incidência de depressão materna *"entre 11,6% e 22,2%"* em mulheres puérperas *"no segundo e terceiro mês após o parto"* e, ainda, que:

*"A elevada frequência de depressão pós-parto está relacionada com factores psicossociais (estado civil, suporte familiar e desejo de engravidar), demonstrando a importância dos profissionais de saúde de atenção primária na prevenção, mas também na detecção precoce."*⁴⁵

Em relação à violência doméstica, o Inquérito Demográfico e de Saúde (2011), durante o qual foram entrevistadas/os 13.745 mulheres (15 a 49 anos) e 4.035 homens (15 a 64 anos), apurou que:

*"Uma terça parte das mulheres declarou ter sofrido de violência emocional da parte do marido e 46% declaram ter sido vítimas de violência física, sexual ou emocional."*⁴⁶

⁴⁵ Massinga, Luciana Henrique Jaime. Perturbações Psiquiátricas no Pós-Parto na Cidade de Maputo-Moçambique (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, 2010. p. 78. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55444/2/Perturbaes%20Psiquitricas%20no%20PsParto%20na%20Cidade%20de%20Maputo%20em%20Moambique.pdf>. Acesso em: 19/4/15.

⁴⁶ Ministério da Saúde (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI. p. 245. Disponível em: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>. Acesso em: 07/10/14.

No que se refere à depressão materna, alguns dos sintomas que devem chamar atenção pela sua renitência na utente⁴⁷, são:

- Sentir-se cansada ou sensível
- Sentir-se triste, desesperançosa
- Chorar muito
- Não demonstrar energia ou motivação
- Comer muito ou comer muito pouco
- Dormir muito ou muito pouco
- Ter dificuldade para tomar decisões
- Problemas de memória
- Sentir-se inútil ou culpada
- Não ter interesse ou prazer em atividades que antes gostava de fazer
- Isolamento de amigos e família
- Apresentar dores de cabeça, de estômago ou outras dores que não passam.

Com essas informações, desejamos reiterar a relação entre DPI, depressão materna e violência doméstica e, também, estabelecer um conjunto elementar de referências para analisarmos os dados recolhidos no trabalho de campo. Logo depois, oferecemos indicativos das oportunidades e dos desafios para integração de desenvolvimento infantil.

Tabela 16 - Conhecimentos sobre depressão materna, por profissional/setor e Centro de Saúde

	Em respostas oferecidas sobre Depressão Materna, profissionais de saúde afirmaram que:
	Profissional/Setor/Centro de Saúde

⁴⁷ US Department of Health and Human Services. Office on Women's Health. Depression - during and after pregnancy. 2009. Disponível em: <https://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/depression-pregnancy.pdf>. Acesso em 02/6/15.

1	TSM	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● quase não deparam com esses casos; ● durante formação profissional, o tema foi tratado «<i>de raspão... aprendi que existe</i>»; ● «<i>tem início na gravidez e as causas podem ser conflitos com parceiros, abandono, problemas vividos durante a gravidez...</i>».
2	TMG - Triagem/TARV	BL	<ul style="list-style-type: none"> ● não sabia o que era; ● após explicação de representante da Path, disse que vê mulheres assim ao revelarem resultado do exame HIV aos parceiros; ● diz às utentes que o stress vivido por elas pode criar stress na criança.
3	TMG - Triagem/TARV	CP	<ul style="list-style-type: none"> ● as mulheres parecem isoladas, se sentem sozinhas e não se expressam; ● em 03 casos assim identificados, profissional encaminhou 02 à Ação Social e 01 ao setor de saúde mental.
4	TMG - Triagem Pediátrica	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● «<i>não tenho observado muito...</i>»; ● essas mulheres ficam apáticas em relação ao choro da criança e aos questionamentos da/o profissional de saúde; ● de cada 10 utentes, 02 apresentam tais sintomas e que costuma encaminha-las para as/os técnicas/os em saúde mental ou à/ao médica/o responsável pelo plantão.
5	TMP - CCS/PAV	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● «<i>não ouvi falar...</i>»; ● após ouvir alguns dos possíveis sintomas, disse: «<i>Já observei (...) A mulher cala, não responde... fica indiferente</i>»; ● esses casos são «<i>muito raros</i>».
6	TMP - CCS/PAV	BL	<ul style="list-style-type: none"> ● não sabia o que era; ● após breve explicação, disse que não costuma observar, pois interage com as mães durante um período muito curto.
7	Enfermeira - CCR	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● não observou tantos; ● como vê as mães todos os meses, diz ser capaz de detectar se há algo de diferente acontecendo. Por exemplo, observando se o peso da mãe vem baixando; ● normalmente, está relacionada a problemas domésticos, preocupações com o marido;

			<ul style="list-style-type: none"> • a própria profissional aconselha a utente.
8	Enfermeira - SMI	CP	<ul style="list-style-type: none"> • em função do fluxo não tem observado: «<i>Quando há muito trabalho, olhamos mais a criança</i>»;
9	Enfermeira - SMI	CP	<ul style="list-style-type: none"> • não sabia o que era.
10	Enfermeira - SMI	BL	<ul style="list-style-type: none"> • não sabia o que era; • após breve explicação, disse que já observou alguns casos.
11	Nutricionista	BS	<ul style="list-style-type: none"> • já observou 02 casos: <ul style="list-style-type: none"> ○ uma mãe acanhada que não respondia às perguntas que lhe eram feitas. Ao ser questionada, a utente revelou que o parceiro havia lhe abandonado, deixando-a com quatro crianças. Profissional sugeriu criar seu próprio negócio. ○ uma utente grávida que não respondia às perguntas e demonstrava irritação. Profissional atribuiu este comportamento à gravidez. • procura conversar e encorajar a criar um negócio próprio; • diz que se a utente se mantiver «<i>pensativa, vai subir a sua pressão e podes morrer... quem vai cuidar de seus filhos?</i>»

Das 11 entrevistas realizadas, e acima categorizadas, apuramos que:

- 05 profissionais de saúde desconheciam Depressão Materna:
 - após breve explicação por parte de representante da Path, durante a conversa, 04 destes/as entrevistados/as relataram ter tido contato, em algum momento, com mulheres que provavelmente estavam vivenciando esse tipo de depressão;
 - e um/a desses/as profissionais afirmou que esses casos são "*muito raros*".

- outros/as 05 provedores admitiram ter tido contato com mulheres em depressão materna, sem a necessidade de explicações por parte de representante da Path sobre o assunto.
 - Os sintomas de identificação desse quadro, apontados pelos/as entrevistados/as, foram:
 - isolamento;
 - apatia em relação à criança e ao atendimento médico;
 - choro fácil;
 - irritação.

Dentre estes/as provedores:

- 01 afirmou que *"quase não se depara com esses casos"*;
- 01 afirmou que *"não observou tantos casos"*;
- 02 disseram que não têm observado utentes em depressão materna;
- 02 informaram o tipo de encaminhamento realizado nesses casos, a saber:
 - para a técnica em saúde mental ou a/o médica/o responsável;
 - faz comentários e sugestões, como por exemplo: que a utente crie um negócio próprio e/ou que se continuar *"pensativa, vai subir sua pressão e podes morrer... quem vai cuidar de seus filhos?"*

A respeito das percepções dos/as provedores sobre violência doméstica, apresentamos os seguintes elementos:

Tabela 17 - Conhecimentos sobre Violência Doméstica por profissional/setor e Centro de Saúde

	Em respostas oferecidas sobre Violência Doméstica, profissionais de saúde afirmaram que:
--	--

Profissional/Setor			
1	TSM	BS	<ul style="list-style-type: none"> • são mais comuns casos de abuso sexual de adolescentes; • acompanhou 01 caso em que uma utente foi agredida pelo parceiro. Por iniciativa própria, foi procurar o agressor para conversar com ele. Soube que esse contato fez uma diferença positiva na situação da utente; • apatia e tristeza podem ser indicativos de ocorrência de violência doméstica; • há utentes que «<i>explodem</i>» ao responderem a convite para virem ao Centro de Saúde, revelando situações de violência doméstica.
2	TMG - Triagem/TARV	BL	<ul style="list-style-type: none"> • não são frequentes; • mulheres grávidas e/ou com crianças pequenas raramente mencionam violência doméstica. Acredita que isso ocorre por dependerem economicamente do parceiro.
3	TMG - Triagem/TARV	CP	<ul style="list-style-type: none"> • detecta casos de violência doméstica observando manchas no corpo da utente; • não costuma ver esse tipo de caso; • no geral, casos de violência doméstica são provocados pelo uso de bebida alcoólica por parte dos homens.
4	TMG - Triagem Pediátrica	BS	<ul style="list-style-type: none"> • reconhece casos de violência doméstica na tristeza expressada pela utente: «<i>só deitam lágrimas quando falam do marido... algumas conseguem se abrir...</i>»; • costuma ver esse tipo de situação, a exemplo de

			<p>parceiro que rasgou o cartão de saúde da mulher ou que se recusa a utilizar o preservativo;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 02 entre 10 utentes apresentam indicativos de vivência de violência doméstica.
5	TMP - CCS/PAV	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● quando a criança é pequena, é difícil perceber; ● ocorre mais entre os cuidadores, causando sofrimento à criança; ● não costuma ver esse tipo de situação; ● casos de violência doméstica envolvendo crianças até 3 anos são raros.
6	TMP - CCS/PAV	BL	<ul style="list-style-type: none"> ● não costuma observar pois interage com as mães durante um curto período de tempo.
7	Enfermeira - CCR	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● casos de violência doméstica podem ser identificados através de observação do comportamento da mãe - tristeza, indiferença.
8	Enfermeira - SMI	CP	<ul style="list-style-type: none"> ● há «<i>tantos casos de violência sexual... mas não sabemos se conseguimos superar</i>» ● há procedimentos a serem cumpridos se detectada esse tipo de violência, a saber: <ul style="list-style-type: none"> ○ Primeiro, é necessário fazer um registro do ocorrido junto à Esquadra de Polícia, que emite uma Declaração. ○ Com essa Declaração, a utente pode se encaminhar ao Centro Médico para atendimento. ○ O Centro Médico providenciará exames, profilaxia, aconselhamento e encaminhamento para atendimento

			<p>psicológico, que tem lugar em Boane Sede. A psicóloga atende lá uma vez por semana.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ A utente deve retornar à Esquadra com uma Declaração comprovando o atendimento feito no Centro Médico. ● Quanto ao reconhecimento da ocorrência de violências nas utentes, disse que no geral elas não revelam o que realmente aconteceu: <i>“Ah... eu caí no Chapa...”</i>, é um dos argumentos apresentados. ● que profissionais de saúde têm condições de perceber se aquele ferimento foi acidental, ou não. E que, em algumas situações, chegou a dizer à utente: <i>“Diga a verdade, senão, não vou lhe atender...”</i>. ● 01 em cada 10 utentes apresenta situações de violência doméstica; ● não registra esses casos porque se assim o faz, as utentes optam por não dar seguimento ao atendimento. De forma que procede ao atendimento e aos devidos registros, porém sem informar nas ferramentas que se tratou de caso de violência doméstica.
9	Enfermeira - SMI	CP	<ul style="list-style-type: none"> ● detecta casos de violência doméstica observando se há feridas no corpo da utente; ● costuma perguntar se está tudo bem em casa. Caso não esteja, a utente terá dificuldades em responder; ● casos de violência doméstica não são frequentes.
10	Enfermeira - SMI	BL	<ul style="list-style-type: none"> ● detecta casos de violência doméstica observando se há feridas no corpo da utente; ● costuma perguntar se está tudo bem em casa;

			<ul style="list-style-type: none"> ● ainda não viu casos de violência doméstica.
11	Nutricionista	BS	<ul style="list-style-type: none"> ● não viu casos de violência doméstica.

Das 11 entrevistas efetuadas, quando o tema violência doméstica foi abordado, verificamos que dentre esses/as provedores:

- 04 relataram que utentes em situação de violência doméstica não são comuns;
- 02 negaram ter identificado esse tipo de caso, até o momento da entrevista;
- 01 disse que "*costuma ver*";
- 01 falou sobre violência sexual da seguinte maneira: "*são tantos casos...*";
- 01 afirmou que o abuso sexual de adolescentes é mais frequente.

Profissionais que admitiram ter tido experiência com utentes que vivenciavam violência doméstica e/ou sexual foram questionados/as sobre como as identificaram. Responderam que geralmente essas mulheres apresentam-se:

- apáticas/indiferentes;
- tristes;
- com manchas e/ou feridas no corpo.

Em termos de procedimentos e/ou encaminhamentos, uma vez constatada a violência:

- somente 02 entrevistados/as mencionaram essa etapa do atendimento;
- 01 relatou que, por iniciativa própria, procurou um agressor para uma conversa. De acordo com esse/a profissional, essa atitude teve impacto positivo na situação da utente;

- 01 descreveu como deve ser efetuado o atendimento, desde o registro junto à Esquadra de Polícia até administração medicamentosa e psicológica da vítima. No entanto, quando perguntado/a a respeito de registros desses casos no Centro Médico, o/a provedor/a admitiu que realiza todos os registros exigidos, mas sem referenciar como violência doméstica. Disse que as utentes desistem de dar seguimento às consultas, se perceberem que constam anotações da ocorrência de violência.

Como foi possível notar, os serviços de saúde observados não incorporam violência doméstica e depressão materna como elementos de significativa influência no bem estar de cuidadoras/es e desenvolvimento infantil.

O que vai ao encontro de afirmação feita em artigo publicado em 2013, por Rahman et al.⁴⁸, segundo o qual mantêm-se concepções errôneas a respeito de saúde mental por parte do próprio sistema de saúde, tais como: pensar a depressão materna como fenômeno raro, não relaciona-la com violência doméstica, imaginar que somente especialistas podem lidar com esse tipo de enfermidade e que não é relevante para programas de DPI:

"Os dados variam consideravelmente, mas no geral em países de alta renda (há uma taxa de prevalência de depressão materna) de 10% a 15%. Uma recente meta análise mostra que em países de baixa e média renda a prevalência é ainda maior, variando entre 18% a 25%"

(Tradução livre da autora)

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI - Ocorrência de Depressão Materna e Violência Doméstica

→ Inclusão desses temas nas formações sobre DPI, atentando para:

⁴⁸ "Rates vary considerably, but the average in high-income countries about 10% to 15% [8]. A recent meta-analysis shows that the rates in low- and middle income countries (LMICs) are even higher, ranging from 18% to 25% [9]". Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwagatare P, Dickson KE (2013) Grand Challenges: Integrating Maternal Mental Health into Maternal and Child Health Programmes. PLoS Med 10(5): e1001442. doi:10.1371/journal.pmed.1001442. Disponível em: <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.1001442&representation=PDF>. Acesso em 02/6/15.

- ◆ a forte interrelação entre comprometimentos de DPI e ocorrência de depressão materna e violência doméstica;
- ◆ informações sobre incidência de depressão materna e violência doméstica, o que evidencia e comprova a presença dos fenômenos;
- ◆ elementos chave de identificação dessas situações;
- ◆ conhecimento sobre rede de serviços disponíveis, protocolos de atendimento, possíveis procedimentos e encaminhamentos;
- ◆ mecanismos de seguimento de casos assim identificados - saber se os procedimentos e /ou encaminhamentos efetuados deram algum tipo de resultado, seja positivo, negativo, ou neutro, pode ajudar a avaliar quais são as ações mais, ou menos, eficazes.

5. Comentários e propostas de cuidadores

Neste capítulo, trazemos dados provenientes de entrevistas semi estruturadas com cuidadoras/es que foram aos Centros de Saúde selecionados em busca de atendimento em

SMI. Conforme apontamos na Introdução, entrevistamos 33 pessoas, das quais 31 são mulheres⁴⁹.

Das 30 entrevistas realizadas com utentes que passaram por consultas, em 21 delas foi possível calcular o tempo de espera pela consulta. Esse tempo foi verificado solicitando à/ao entrevistada/o que nos informasse o horário em que havia chegado ao Centro de Saúde. Essa informação foi associada ao horário em que a/o utente deixou a sala de atendimento, o que foi observado pela/o representante da Path. De acordo com os registros de campo, o tempo de espera pelo atendimento variou entre 30' e 6h10', apresentando uma média geral de 2,6h.

Em termos de tempo médio de espera pelas consultas nos Centros de Saúde, apuramos:

- Campoane - 3 horas;
- Beluluane - 2 horas;
- Boane Sede - 3,5 horas⁵⁰.

Quanto ao aspecto mais apreciado durante a consulta, todos os elementos destacados pelas 30 utentes se referem ao relacionamento direto com a/o profissional, deixando de fora considerações sobre questões materiais, como o ambiente em que se processa o atendimento, por exemplo. Exceção feita a uma das entrevistadas, que mencionou unicamente o fato de ter recebido medicamentos. A seguir, transcrevemos informações que melhor ilustram essa avaliação por parte das cuidadoras⁵¹:

<i>"A/O profissional..."</i>	<i>"me saudou"</i> (05 utentes)
	<i>"me deu medicamentos"</i>

⁴⁹ Em duas entrevistas não foram registrados o sexo do/a entrevistado/a - 01 Consulta Criança Sadia (Campoane) e 01 Consulta Criança em Risco (Campoane).

⁵⁰ Esses dados referem-se às/aos utentes entrevistadas/os, consumidoras/es dos serviços pertinentes aos propósitos deste Levantamento.

⁵¹ Ainda sobre os dados que produziram a tabela acima, registramos que 07 entrevistadas não responderam à questão, o que foi interpretado como: não souberam precisar o que mais gostaram em relação ao atendimento.

	<i>"viu o bebê"</i> (refere-se à CPN - mediu, apalpou a barriga, verificou a posição do bebê)
	<i>"conversou comigo"</i> (04 utentes)
	<i>"não berrou com a gente"</i>
	<i>"perguntou o que eu estava sentindo"</i>
	<i>"perguntou o que as crianças estavam sentindo"</i>
	<i>"disse para voltar se a criança não se sentir bem"</i>
	<i>"me ajudou com o bebê"</i>
	<i>"encaminhou bebê para tratamento"</i>
	<i>"me disse que tenho mais doenças"</i>
	<i>"me tratou com respeito e consideração"</i>
	<i>"me aconselhou sobre a pesagem do bebê"</i>
	<i>"Pesou bem, mediu bem... viu que a posição do bebê era boa. Deu medicamentos. Explicou que estou saudável e a criança também"</i>

Acreditamos que o quadro acima indica expectativas importantes do público com o qual entramos em contato durante esse Levantamento. Expectativas que podem ser alcançadas pelos/as profissionais durante os serviços prestados nos Centros de Saúde, na medida em que esse público deseja:

- Ser saudado ao entrar na sala de atendimento;
- Encontrar um/a profissional que se comunique através de uma conversa interessada na/o utente e em receba-la/o novamente, caso seja necessário;
- Receber informações, aconselhamento e tratamento pertinentes, incluindo encaminhamento, caso seja necessário.

Ao serem perguntadas/os se gostariam que a/o profissional de saúde realizasse mais algum tipo de procedimento durante as consultas, as/os utentes ofereceram as seguintes informações:

- 24 das/os entrevistadas/os responderam: não;
- 01 respondeu que não sabia;
- 01 não respondeu à questão, e;
- Em 03 entrevistas obtivemos as seguintes informações:
 - Aconselhamento sobre alimentação para a criança (02 utentes);
 - Mais tempo durante a consulta para colocar mais questões.

As duas últimas perguntas do roteiro versaram, explicitamente, sobre o desenvolvimento da primeira infância, na medida em que o público foi questionado sobre recomendações feitas, durante a consulta, para realização de atividades com a criança em casa e se conheciam sobre DPI (parte do desenvolvimento psicomotor do Cartão de Saúde da Criança). Das 30 entrevistas feitas após consultas, 23 aplicam-se a essas questões⁵². Os resultados encontrados foram os seguintes:

- 18 entrevistadas/os afirmaram que não receberam qualquer tipo de recomendação sobre atividades a serem desenvolvidas com suas crianças;
- 01 entrevistada/o não respondeu se recebeu recomendações;
- 01 entrevistada respondeu afirmativamente, mas não soube precisar qual tipo de recomendação foi oferecida;
- 03 entrevistadas restantes mencionaram ter recebido orientações sobre:
 - Falar com a criança, para que esta aprenda a falar mais cedo;
 - Brincar com o bebê.

⁵² Foram excluídas entrevistas após a Palestra da manhã e CPN.

A respeito do Cartão da Criança, das 23 entrevistas aplicáveis a essa pergunta, em 16 delas a resposta foi negativa, ou seja, os cuidadores não conheciam a parte pertinente ao DPI, no Cartão de Saúde. Em 07 casos, a resposta dada não foi decisiva, em termos negativos ou afirmativos.

Ainda que a nossa amostra não se pretenda uma representação, em termos quantitativos, do público total que procura os Centros de Saúde observados, oferece indicativos importantes sobre o potencial ainda não explorado para a integração da componente Desenvolvimento da Primeira Infância, já que:

- 80% das/os entrevistadas/os afirmou que não sentiu necessidade de que a/o profissional de saúde realize mais algum procedimento durante as consultas (30 entrevistas aplicáveis⁵³).
- No entanto, 78,2% das/os utentes contactadas/os informou que não recebeu quaisquer tipos de orientações sobre atividades estimulantes a serem desenvolvidas com suas crianças em casa (23 entrevistas aplicáveis).
- E, ainda, 69,5% do público entrevistado revelou não ter conhecimento sobre o conteúdo referente a DPI, constante do Cartão da Criança (23 entrevistas aplicáveis).

Do que acreditamos que é possível apreender:

→ Respostas negativas quanto ao desejo de que a/o profissional de saúde execute algum outro procedimento, podem estar relacionadas a um desconhecimento, por parte do público, a respeito do que deve e pode ser efetuado durante o desenvolvimento dos vários tipos de atendimento:

- ◆ Necessário, portanto, que se fortaleça o público atendido com informações sobre as/os profissionais de saúde devem e podem prover durante cada tipo de consulta.

⁵³ Excluídas entrevistas sobre Palestra da manhã.

Oportunidades e Desafios para Integração de DPI - Perspectiva de Cuidadores

- Inserir, entre os temas da Palestra da Manhã, explicações sobre o funcionamento do Centro de Saúde, os Cartões de Saúde e os objetivos de cada tipo de consulta.
- Produzir cartazes com informações sobre o que cada consulta deve e pode prover ao público e afixá-los perto da sala onde ocorrem os correspondentes atendimentos, em posição favorável à apreciação do material pelas/os utentes.
- Os cartazes devem ser produzidos com imagens e mensagens adaptadas ao contexto local, de preferência em português e no dialeto local.
- Não basta afixar o material na parede. Faz-se necessário uma apresentação do conteúdo, provocando interesse em observá-lo. O que pode ser feito durante as Palestras da Manhã, por exemplo.

6. Principais Achados e Recomendações

Neste item reunimos os principais achados, ou descobertas, relativos às oportunidades e desafios para integração da componente Desenvolvimento da Primeira Infância nos atendimentos prestados pelos Centros de Saúde, acrescidos de recomendações de operacionalização.

Tabela 18 - Principais Achados e Recomendações

<p>Salas de Espera</p>	<p>→ <u>Uso do tempo de espera para actividades educacionais.</u></p> <p>Considerando que as/os utentes passam horas na sala de espera sem qualquer tipo de actividade (excluindo as palestras matinais), e que o tempo que as enfermeiras têm para aconselhamento é reduzido, a sala de espera pode ser aproveitada como espaço para educação e apoio mútuo em assuntos de prioridade para a US e as/os utentes, incluindo os assuntos ligados ao DPI. As/Os conselheiras/os e técnicas/os em saúde mental, nutrição, entre outros, podem ser recursos úteis para essas actividades (veja secção seguinte).</p> <p>→ <u>Apresentação e conversa sobre cartazes referentes ao tema DPI.</u> Faz-se necessário uma intervenção na qual materiais, como cartazes, são apresentados regularmente às/aos utentes, como parte de palestras e outras actividades na sala de espera.</p> <p>→ <u>Apresentação e conversa sobre o conteúdo do Cartão de Saúde da Criança.</u> As entrevistas mostraram que muitos cuidadores não têm bons conhecimentos sobre o Cartão de Saúde da Criança. Sessões educacionais na sala de espera podem incluir o Cartão de Saúde como um dos temas.</p> <p>→ <u>Envolvimento das/os utentes em espera nas actividades com caixas de brincar.</u> Considerando muitas/os utentes passam longas horas em espera na US junto com suas crianças, esse tempo também pode ser aproveitado para estimulação das crianças, com apoio de kits de brinquedos caseiros, feitos pelo próprio pessoal de saúde ou OCBs que apoiam a US. As</p>
-------------------------------	---

	<p>entrevistas indicaram que as/os cuidadores têm interesse nessas actividades, e que certos profissionais, como conselheiras/os, agentes de limpeza, e TMPs têm interesse em adquirir conhecimentos em DPI e em promover actividades estimulantes em determinados horários, em que não estão totalmente tomados pelas tarefas diárias.</p> <p>→ <u>Produção de vídeos curtos destacando Boas Práticas em DPI</u> (2' ou 3'): registrar formas qualificadas de estímulo do desenvolvimento infantil, praticadas tanto por profissionais como por cuidadoras/es. Esse material pode ser usado em formações em DPI para profissionais e em trabalhos com utentes.</p>
CPN	<p>→ <u>Produzir cartazes que demonstram o que o bebê já é capaz de fazer</u> nos vários momentos de seu desenvolvimento no útero.</p> <p>→ <u>Reforçar aconselhamento sobre a importância da interação cuidadores e bebê</u>, para ajudar criar laços entre pais e criança ainda na gravidez.</p> <p>→ <u>Estimular observação de sinais de violência doméstica, durante a consulta e, em especial, durante o exame físico.</u> A ocorrência de violência doméstica traz graves consequências para o desenvolvimento da criança.</p> <p>→ <u>Estimular observação de sinais de depressão materna, durante a consulta.</u> A ocorrência de depressão materna traz graves consequências para o desenvolvimento da criança.</p>

<p>Maternidade</p>	<p>→ <u>Integrar DPI no aconselhamento feito às utentes depois do parto com uso de cartazes e brinquedos reciclados:</u> uma das utentes observadas após esse aconselhamento mostrou-se entusiasmada com as informações oferecidas pela/o enfermeira/o.</p> <p>→ <u>Afixar cartazes sobre DPI e boas práticas para estímulo de desenvolvimento.</u></p> <p>→ <u>Estimular a participação do companheiro, incluindo em actividades de estimulação do recém-nascido.</u></p> <p>→ <u>Estimular a observação de sintomas de Depressão Materna e Violência Doméstica,</u> pois interferem diretamente na disposição da utente para se relacionar com a criança e absorver o aconselhamento em DPI.</p>
<p>CPP</p>	<p>→ <u>Estimular a integração de DPI no atendimento, através de elementos como:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Observar a interação entre mãe e bebê no momento de despir e vestir; ◆ Intervir no contato mãe e bebê, tanto para elogiar boas práticas por parte da utente, como para informar, sugerir e demonstrar outras práticas; ◆ Aproveitar o momento de exame físico do bebê para integrar DPI, falando sobre o desenvolvimento da criança, verificando os reflexos, e ensinando a como estimular a criança;

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aproveitar o momento de exame físico da mãe para abordar temas como depressão materna e violência doméstica. <p>→ <u>Produzir cartaz com informações sobre o desenvolvimento do bebê para fácil orientação da profissional e da mãe/utente.</u></p> <p>→ <u>Aprofundar formação em DPI</u> em provedores/as já treinados/as, trabalhando aspectos que ainda merecem aperfeiçoamento, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ identificar oportunidades para elogiar condutas positivas por parte das utentes; ◆ mostrar a importância das atividades a serem praticadas pelas/os cuidadores não somente pelo que pode ocorrer de errado, mas também, com sinalizações dos potenciais bons resultados.
<p>CCS/PAV</p>	<p>→ <u>Oferecer formação em DPI</u>: observamos que através de uma formação mínima e fornecimento de materiais, como cartazes com imagens de DPI, as/os técnicas/os são capazes de integrar DPI nos seguintes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Palestras da Manhã; ◆ Verificação de desenvolvimento no momento da pesagem, através de observação, perguntas e testes simples;

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Demonstrações nutricionais (os brinquedos podem ser usados para ocupar as crianças). <p>→ <u>Implantar um sistema específico de avaliação e registro de desenvolvimento psicomotor:</u> em um dos Centros de Saúde observados, uma técnica "pilotou" um sistema simples de avaliação e registro de desenvolvimento psicomotor (aos 3, 9 e 18 meses), proposto pela PATH. Constatamos que o sistema é fácil e não resulta em sobrecarga de trabalho.</p> <p>→ Isto significa que <u>uma aproximação simples mas qualificada pode envolver as/os profissionais nessa integração,</u> a despeito do ritmo intenso de trabalho desse setor.</p>
CCR	<p>→ <u>Estimular a verificação, registro e seguimento de casos de atrasos de desenvolvimento.</u> Existe o item Desenvolvimento Psicomotor na Ficha individual de CCR.</p> <p>→ <u>Estimular as/os profissionais para o aproveitamento de momentos estratégicos da consulta para integração de DPI,</u> tais como o preparo da criança para pesagem (despir e vestir a criança), coleta do sangue do bebê para o teste e aconselhamento sobre nutrição.</p> <p>→ <u>Estimular uma interação mais aproximada com a criança em foco,</u> oportunizando a realização de testes estratégicos para verificar o desenvolvimento psicomotor.</p>
TARV Pediátrico	<p>→ <u>Identificar e observar mais consultas de TARV Pediátrico,</u> de</p>

	<p>modo a reunir mais informações sobre como tem sido feito esse atendimento, com ênfase para integração de DPI;</p> <p>→ <u>Integrar DPI nas consultas de TARV Pediátrico</u>, tendo em conta possíveis diferenciações, em termos de desenvolvimento, para o caso de crianças soropositivas, com testes a serem efetuados pelos/as provedores/as e recomendações de atividades que possam ser feitas em casa;</p> <p>→ <u>Realizar formações sobre DPI para profissionais que efetuam esses atendimentos</u>, incluindo discussões sobre possíveis diferenciações, em termos de desenvolvimento, para o caso de crianças soropositivas, formas de prevenção, testes, recomendações, tratamentos e encaminhamentos.</p>
<p>Triagem</p>	<p>→ <u>Integrar DPI</u> nas consultas de Triagem, reforçando o sentido de integração - observar, interagir, avaliar, recomendar durante o atendimento, aproveitando a chance de verificar o comportamento da criança, a relação com cuidador/a.</p> <p>→ <u>Formar profissionais que efetuam esse tipo de atendimento em DPI.</u></p> <p>→ <u>Estimular a verificação, registro e seguimento de casos de atrasos de desenvolvimento, na Triagem.</u></p> <p>→ <u>Estimular as/os profissionais para o aproveitamento de momentos estratégicos da consulta para integração de DPI</u> - momentos de brincadeiras espontâneas por parte das crianças, observar a interação destas com cuidadores/as.</p>

Enfermaria de Pediatria	<ul style="list-style-type: none"> → <u>Integrar DPI</u> nos procedimentos executados nesse serviço. → <u>Formar a equipe lotada na Enfermaria, incluindo profissionais não clínicos</u> - copeira/o e agente de serviço convivem com crianças internadas e cuidadores/as e podem apoiar na observação e execução de atividades simples em DPI. → <u>Estimular profissionais a produzirem brinquedos</u> com objetos reciclados, inclusive em oportunidades em que cuidadores/as também podem aprender a fazê-los e utilizá-los. → <u>Realizar registros de casos de comprometimento de desenvolvimento</u>, com correspondente encaminhamento feito.
Palestras Matinais	<ul style="list-style-type: none"> → Integrar o tema DPI; → Integrar, de maneira transversal, DPI em outros temas, sempre que possível; → Estimular maior interação entre facilitador/a e público; → Produzir e utilizar recursos audiovisuais, adaptados ao público e contexto; → Proporcionar espaço, durante as palestras, para que utentes façam sugestões de assuntos a serem abordados;

	<p>→ Disponibilizar ao público, se houver, a lista de assuntos e facilitadores/as previstos.</p>
<p>Aconselhamento</p>	<p>→ <u>Oferecer formação em DPI - todos/as as/os conselheiros/as entrevistados/as mostraram interesse e disponibilidade</u> para participar de formações e integrar DPI em suas atividades nos Centros de Saúde.</p> <p>→ <u>Integrar DPI ao trabalho de Aconselhamento, em especial quando a utente está com seu bebê / sua criança.</u></p> <p>→ <u>Estimular observação da interação entre mãe/utente e bebê/criança,</u> nas atividades com caixas de brincar, ou que chama a atenção pela expressão de irritação, zanga, agressividade para com bebê / criança. Ou após referência de enfermeira/o e/ou técnica/o.</p> <p>→ <u>Integrar DPI nas palestras da manhã.</u></p> <p>→ <u>Integrar DPI no aconselhamento nutricional.</u></p>
<p>Grupos de Mães</p>	<p>→ Estimular integração de DPI nos Grupos de Mães - um/a voluntári/o ou profissional poderia apoiar as/os conselheiras/os durante o funcionamento dos Grupos de Mães, com uma caixa de brinquedos produzidos com objetos reciclados. Os observações feitas por essa pessoa, na interação com crianças e cuidadoras serve como subsídio importante para acompanhamento de DPI, alertando para questões que chamaram a atenção e elogiando, quando</p>

	adequado.
Conhecimento de Provedores de Saúde sobre:	
Marcos de Desenvolvimento Infantil	<p>→ Realizar formações em DPI para profissionais de saúde com:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ conteúdos destacados por marcos de desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> ● atentar para o fato de que após a fase dos 3 meses, provedores de saúde praticamente não possuem conhecimentos a respeito de DPI; ◆ sinalizações chave correspondentes a cada marco de desenvolvimento, as quais podem observadas nas crianças; ◆ demonstrações práticas, com ajuda de materiais como cartazes, de testes que podem facilmente ser aplicados durante atividades no Centro de Saúde, pelos/as profissionais; ◆ incentivo para que ensinem, de forma prática, testes simples e brincadeiras que podem ser aplicados pelos/as cuidadores.
Depressão Materna e Violência Doméstica	<p>→ Inclusão desses temas nas formações sobre DPI, atentando para:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ a forte interrelação entre comprometimentos de DPI e ocorrência de depressão materna e violência doméstica;

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ informações sobre incidência de depressão materna e violência doméstica, o que evidencia e comprova a presença dos fenômenos; ◆ elementos chave de identificação dessas situações; ◆ conhecimento sobre rede de serviços disponíveis, protocolos de atendimento, possíveis procedimentos e encaminhamentos; ◆ mecanismos de seguimento de casos assim identificados - saber se os procedimentos e /ou encaminhamentos efetuados deram algum tipo de resultado, seja positivo, negativo, ou neutro, pode ajudar a avaliar quais são as ações mais, ou menos, eficazes.
--	--

A perspectiva das/os Cuidadoras/es

- Inserir, entre os temas da Palestra da Manhã, explicações sobre o funcionamento do Centro de Saúde, os Cartões de Saúde e os objetivos de cada tipo de consulta.
- Produzir cartazes com informações sobre o que cada consulta deve e pode prover ao público e afixá-los perto da sala onde ocorrem os correspondentes atendimentos, em posição favorável à apreciação do material pelas/os utentes.
- Os cartazes devem ser produzidos com imagens e mensagens adaptadas ao contexto local, de preferência em português e no dialeto local.
- Não basta afixar o material na parede. Faz-se necessário uma apresentação do

conteúdo, provocando interesse em observá-lo. O que pode ser feito durante as Palestras da Manhã, por exemplo.

7. Referências

Brasil continua na 85ª posição no ranking mundial de IDH; veja resultado de todos os países.

Uol Notícias, 04/2/2014. Disponível em:

<http://noticias.uol.com.br/infograficos/2013/03/14/brasil-fica-na-85-posicao-no-ranking-mundial-de-idh-veja-resultado-de-todos-os-paises.htm>. Acesso em 23/03/15.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf. Acesso em: 24/5/15.

Carvalho, Marcus Renato de. Temos agora um Plano de Ação Global para Proteger os Recém Nascidos. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/noticias/conteudo.asp?cod=1944>. Acesso em: 14/4/15.

Cuidados hospitalares para crianças. World Health Organization. Porto Alegre, Artmed, 2008. p.22. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9788536311678_por.pdf. Acesso em 24/5/15.

Instituto Nacional de Estatística. Anuário Estatístico 2013 – Moçambique. Maputo, Instituto Nacional de Estatística (INE), 2014. Disponível em: http://www.ine.gov.mz/estatisticas/publicacoes/anuario/nacionais/anuario_2013.pdf/view. Acesso em 08 de outubro de 2014.

Instituto Nacional de Estatística. Projecções Anuais da População Total, Urbana e Rural, dos distritos da Província de Maputo, 2007 – 2040. Maputo, Instituto Nacional de Estatística (INE), 2010. Disponível em: file:///C:/Users/Acer-Pc/Downloads/Projecoes%202007-2040%20Província%20%20Maputo.pdf. Acesso em 08 de outubro de 2014.

Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro, 2010. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AIS8/AIS8.pdf>. Acesso em 13/5/15.

Massinga, Luciana Henrique Jaime. Perturbações Psiquiátricas no Pós-Parto na Cidade de Maputo-Moçambique (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de

Medicina, 2010. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55444/2/Perturbaes%20Psiquitricas%20no%20PsParto%20na%20Cidade%20de%20Maputo%20em%20Moambique.pdf>. Acesso em: 19/4/15.

Mesquita, Paula Casagrande; Benetti, Sílvia Pereira da Cruz. A representação materna em crianças com mães depressivas. Arquivos Brasileiros de Psicologia (online); Rio de Janeiro, 66 (2), 2014. pp. 53-67. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v66n2/05.pdf>. Acesso em: 21/4/2015.

Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição. Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional - Volume I. Maputo, MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição, 2011. Disponível em: http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Mozambique_Manual_PRN_Voll_Aug2011_0.pdf. Acesso em 26/3/2015.

Ministerio da Saude (MISAU), Instituto Nacional de Estatística (INE) e ICF International (ICFI). Moçambique Inquérito Demográfico e de Saúde 2011. Calverton, Maryland, USA: MISAU, INE e ICFI. Disponível em: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR266/FR266.pdf>. Acesso em: 07/10/14.

Normas de Atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco. MISAU, JHPIEGO, EGPAF, 2011. Disponível em: <http://www.ensinoadistancia.edu.mz/sites/default/files/Normas%20atendimento%20CCS,%20CCR.pdf>. Acesso em: 06/5/15.

Perfil Distrital de Boane - <http://www.ine.gov.mz/estatisticas/estatisticas-territorias-distritais/maputo-provincia/novembro-de-2013/boane.pdf/view>. Acesso em 24/03/15.

Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwagatare P, Dickson KE (2013) Grand Challenges: Integrating Maternal Mental Health into Maternal and Child Health Programmes. PLoS Med 10(5): e1001442. doi:10.1371/journal.pmed.1001442. Disponível em:

<http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.1001442&representation=PDF>. Acesso em 02/6/15.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Situação das Crianças em Moçambique, 2014. Maputo/Moçambique, UNICEF, 2014. Disponível em:

http://sitan.unicef.org.mz/files/UNICEF-SITAN-PT_WEB.pdf. Acesso em: 14/5/15.

US Department of Health and Human Services. Office on Women's Health. Depression - during and after pregnancy. 2009. Disponível em:

<https://www.womenshealth.gov/publications/our-publications/fact-sheet/depression-pregnancy.pdf>. Acesso em 02/6/15.

8. Anexos - Ferramentas elaboradas para coleta de informações

01. Ficha de observação de uma palestra;
02. Ficha de observação de consultas / aconselhamento na Unidade Sanitária (US) - o formulário pode ser utilizado para vários tipos de consultas: CPN (Consulta Pré-Natal), Maternidade, CPP (Consulta Pós-Parto), CCS (Consulta para Aferição de Curva de Peso), CCR (Consulta de Criança em Risco), TARV (Tratamento Antiretroviral), Triagem, Nutrição, Enfermaria de Pediatria, Aconselhamento. Basta circular o tipo de consulta que será objeto de observação para distinguir o uso do formulário;
03. Informação sobre a Maternidade de...;
04. (Roteiro de) Entrevista com Profissional de SMI (Saúde Materno Infantil);
05. (Roteiro de) Entrevista com Conselheiro na US (Unidade Sanitária);
06. (Roteiro de) Entrevista com Cuidador ao sair da consulta da US (Unidade Sanitária);
07. Informação sobre a Enfermaria de Pediatria de...;

08. (Roteiro de) Entrevista com Cuidador ao sair da Palestra;
09. Informação sobre a Sala de Espera de SMI de...;
10. Recolha de dados para o Projecto de Expansão de DPI - Observação de Serviços de SMI relevantes para Projecto de DPI;
11. Ficha de Consentimento Informado.



PARTE 4 – RECOLHA DE DADOS PARA O PROJECTO DE EXPANSÃO DE DPI

1. RECURSOS HUMANOS NA UNIDADE SANITARIA DE _____
DISTRITO _____

RECOLHER DA RESPONSÁVEL DA US:

Numero de pessoal clinico na US que lida com cuidadores e crianças 0-3:

Numero e tipo de pessoal não-clinico na US (que interage com cuidadores e crianças 0-3):

Descrição de cada profissional referido acima:

1. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:
2. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:
3. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:
4. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:
5. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:
6. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:
7. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:
8. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:
9. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:
10. Nível:	Sexo:	Tempo nessa US:	Serviços:

NOTA: Em caso da US na sede distrital, resuma numero e nível de pessoal por sector (CCS, SMI, Maternidade, Triagem etc):

Formações em serviço que o pessoal dessa US beneficiou, nos últimos 1-2 anos? Que tipo, duração media, e quem providenciou:

Até que ponto a rotação de pessoal é um problema para sua US? Quais as formas de colmatar esse desafio, que você utiliza?



2. SERVICOS OFERECIDOS NA UNIDADE SANITARIA DE _____

NOTA: Assegure que seja apresentado aos utentes da US, na sala de espera e nos

gabinetes, para eles saber porque estamos na US, o que iremos fazer (tomar notas, observar), e que todas informações que recolhemos serão confidenciais e usadas somente para o projecto.

Serviços oferecidos (circular):

Consultas:

CCS / Curva de peso **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

CCR **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

CPN **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

CPP **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

TARV **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

Triagem **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

Nutrição **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

SAAJ **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

Outro: _____ **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

Outro: _____ **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

Serviços residenciais:

Maternidade **Fluxo:** pouco medio muito

Enfermaria de pediatria **Fluxo:** pouco medio muito

Intervenções não-clínicas:

Palestra de manha **Fluxo:** pouco medio muito **Dias:**

Grupo de mães **Fluxo:** pouco medio muito **Dias:**

Aconselhamento pelos conselheiros **Fluxo:** pouco medio muito **Dias /horas de maior fluxo:**

Serviços observados (Anotar em baixo)

Entrevistas (circular e indicar o numero)

Entrevistas com cuidadores após do serviço. Numero:

Entrevistas com pessoal clinico. Função e numero:

Entrevista com responsável da US:

Entrevistas com conselheiros. Numero:

3. INFORMAÇÃO SOBRE A SALA DE ESPERA DE SMI DE _____

Numero estimado de cuidadore/as no tempo de fluxo:	Dias e horas com maior fluxo:	Serviços de SMI com maior fluxo:
Tempo típico de espera (pode se diferenciar por tipo de consulta):		
Descrição de lugar físico (espaço suficiente ou não, cadeiras suficientes ou não, tem sobra ou não, há espaço para crianças brincar ou não, limpo ou não):		
Onde fica o sitio para cuidadore/as / crianças lavar as mãos: É adequado?		
Actividades típicas de cuidadore/as enquanto estão a espera:		
Oportunidades para educação (circular e descrever as oportunidades relevantes): 1. Materiais visuais nas paredes. Que tipo: 2. Folhetos. Que tipo: 3. Aconselhamento de conselheiros		

4. Palestras

5. Canto de brincar

6. Outro:

Pessoal (clínico e não-clínico) que tem mais contacto com cuidadore/as e crianças no tempo de espera. O que fazem.

1.

2.

3.

Verificar quantas cuidadoras na sala de espera tem padrões de desenvolvimento preenchidos no Cartão de criança: Ex., das 20 cuidadore/as....

4. FICHA DE OBSERVAÇÃO DE UMA PALESTRA EM _____

TEMA: Como foi escolhido?		
Grupo alvo: Número e género de participantes: Idade media de participantes: Número de crianças: Idade media de crianças:	Nome do/a facilitador/a: Função: Rotativo ou permanente:	Local: US Comunidade Hora de inicio: Hora de fim: Frequência:
Descrição de passos ao longo da palestra:	Como é que está a linguagem e comunicação não-verbal do/a facilitadora?	

<p>No fim, circular as partes onde existia ou se pode facilmente integrar aconselhamento em DPI.</p>	<p>AMIGÁVEL DISTANTE Outro:</p> <p>O/A facilitador/a...</p> <p>Em algum momento pressiona ou força rapidez nos participantes? SIM NÃO</p> <p>Encoraja os participantes a colocar perguntas e a falar livremente? SIM NÃO</p> <p>Recolha o que os participantes já sabem ou pensam sobre o assunto? SIM NÃO</p> <p>Elogia os participantes sobre algo?</p> <p>SIM NÃO</p> <p>Envergonha, critica ou assusta os participantes em algum momento? SIM NÃO</p> <p>Demonstra ou ajuda praticar uma habilidade?</p> <p>SIM NÃO</p>
<p>Materiais em uso durante a palestra:</p> <p>Conteúdos relevantes ao DPI:</p>	

5. FICHA DE OBSERVAÇÃO DE CONSULTAS / ACONSELHAMENTO NA US _____

<p>TIPO DE CONSULTA (Circular): CPN, Maternidade (parto), CPP, CCS, CCR, TARV, Triagem, Nutrição, Enfermaria de pediatria, Aconselhamento de conselheiro</p> <p>Nome do provedor/a:</p>	<p>Idade da criança (3 consultas):</p> <p>1ª criança:</p> <p>2ª criança:</p> <p>3ª criança:</p>	<p>Duração (3 consultas):</p> <p>1ª : Início: Fim:</p> <p>2ª : Início: Fim:</p> <p>3ª : Início: Fim:</p>
<p>Descrição passo a passo (ver pelo menos 3 utentes).</p>	<p>Como é que está a linguagem e comunicação não-verbal do/a provedor/a?</p> <p>AMIGÁVEL DISTANTE Outro:</p> <p>O/A provedor/a...</p> <p>Em algum momento pressiona ou força rapidez no/a utente? SIM NÃO</p> <p>Encoraja o/a utente a colocar perguntas e a falar livremente? SIM NÃO</p> <p>Elogia o/a utente sobre algo? SIM NÃO</p> <p>Envergonha, critica ou assusta o /a utente ou a criança em algum momento? SIM NÃO</p> <p>Demonstra ou ajuda a praticar uma habilidade? SIM NÃO</p> <p>Interage directamente com a criança em algum</p>	

<p>No fim, circular as partes onde existia ou se pode facilmente integrar aconselhamento em DPI.</p>	<p>momento? SIM NÃO Foi consulta CPN</p> <p>Trata o corpo da criança /da mulher de forma respeitosa? (não faz de forma brusca, responde aos sinais) SIM NÃO N/A</p> <p>Para CPN /parto: Explica a mãe o que o bebe pode estar a fazer ou a sentir, no útero? SIM NÃO</p>
<p>Materiais relevantes para DPI nas paredes e no gabinete</p>	

6. INFORMAÇÃO SOBRE MATERNIDADE DE _____

<p>Numero de mulheres internadas nesse momento:</p>	<p>N de partos com complicações:</p>	<p>N de mulheres que receberam pelo menos uma visita do marido/pai:</p>
<p>Duração típica de internamento (em dias):</p>		
<p>NOTA: Caso conseguir observar o próprio parto, usar a ficha de observação de consultas (encima).</p>		

Descrição de rotina diária na maternidade (em especial momentos utilizados para aconselhamento):

No fim, circular as partes onde existe ou se pode facilmente integrar aconselhamento em DPI.

Pessoal (clínico e não-clínico) que passa mais tempo em contacto com as mulheres e os bebés (começar por o pessoal que passa mais tempo):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Materiais relevantes para o DPI nas paredes e na sala. Seu uso (se observou):

Numero de crianças internadas nesse momento:	N de crianças com 0-3 anos:	N de crianças com 0-3 anos com cuidadore/as presentes:
3 razões principais para internamento na pediatria:	Duração típica por razão de internamento (em dias):	
1.	1.	
2.	2.	
3.	3.	
Descrição de rotina diária na pediatria:		
<p>No fim, circular as partes onde existe ou se pode facilmente integrar aconselhamento em DPI.</p>		
Oportunidades para crianças brincar e comunicar promovidas pela enfermaria. Quem apoia.		
<p>Pessoal (clinico e não-clinico) que passa mais tempo em contacto com as crianças (começar por o pessoal que passa mais tempo) / anotar o tempo medio por dia, se for possível :</p> <p>1.</p> <p>2.</p>		

3.
4.
Materiais relevantes para o DPI nas paredes e na sala. Seu uso (se observou):

8. FICHA DE OBSERVAÇÃO DO ENCONTRO DO GRUPO EM _____

(Circular: Grupo de mães, nutrição, poupança, agricultura, outro: _____)

TEMA:		
Como foi escolhido?		
Grupo alvo:	Nome do/a facilitador/a:	Local: US Comunidade
Número e género de participantes:	Função:	Hora de inicio:
Idade media de participantes:	Rotativo ou permanente:	Hora de fim:
Número de crianças:		Frequência:
Idade media de crianças:		
Descrição do encontro do grupo passo a passo	Como é que está a linguagem e comunicação não-verbal do/a facilitador/a?	
	AMIGÁVEL DISTANTE Outro:	
	O/A facilitador/a...	

<p>No fim, circular as partes onde existia ou se pode facilmente integrar aconselhamento em DPI.</p>	<p>Em algum momento pressiona ou força rapidez nos participantes? SIM NÃO</p> <p>Encoraja os participantes a colocar perguntas e a falar livremente? SIM NÃO</p> <p>Recolha o que os participantes já sabem ou pensam sobre o assunto? SIM NÃO</p> <p>Elogia os participantes sobre algo? SIM NÃO</p> <p>Envergonha, critica ou assusta os participantes em algum momento? SIM NÃO</p> <p>Demonstra ou ajuda a praticar alguma habilidade? SIM NÃO</p> <p>Dá um TPC ou de outra forma assegura que os participantes irão praticar o que aprenderam, em casa? SIM NÃO</p> <p>O local de encontro parece confortável para os participantes? SIM NÃO</p>
<p>Materiais em uso no grupo:</p>	

Tem partes relevantes ao DPI?

9. ENTREVISTA COM CUIDADOR AO SAIR DA PALESTRA NA US _____

(Cuidador da criança de 0-3 anos)

1. O que é que achou da palestra?
2. Havia algo novo, que aprendeu na palestra?
3. Havia algo que não foi claro, na palestra?
4. Que outros temas gostaria de ouvir as enfermeiras/conselheiras a tratar, nas palestras?
5. Tem uma proposta de como podia-se melhorar as palestras?
6. Já ouviu uma palestra na US antes? Quantas já ouviu antes?

10. ENTREVISTA COM CUIDADOR/A AO SAIR DA CONSULTA DE _____ NA US _____

1. Qual foi o motivo para trazer à sua criança a consulta hoje?
2. Quanto tempo esperou para a consulta?
 - o É este o tempo normal de espera?
 - o Esta contente a esperar esse tempo?
3. Observou alguns cartazes na sala de espera, ou não? Caso sim, o que lembra dos cartazes que viu? Caso não observou, qual foi a razão?

4. Está satisfeito com a qualidade do serviço que acaba de receber?
5. Que parte é que gostou ou apreciou mais na consulta?
6. Houve alguma coisa de que não gostou?
7. Que outra coisa gostaria que a enfermeira fizesse durante a consulta?
8. Será que a enfermeira recomendou-lhe a fazer algumas actividades com a sua criança em casa? O que foi que ela recomendou?
9. Você tem o cartão de saúde da criança? (Mostrar a/o cuidador/a as metas de desenvolvimento na secção do Cartão). Para que serve esta secção? Alguma vez a enfermeira verificou estas metas?

11. ENTREVISTA COM CUIDADOR/A APOS DO ENCONTRO DO GRUPO EM _____

(Cuidador da criança de 0-3 anos)

1. Com que frequência você participa nesse grupo?
2. Até agora, em quantos encontros já participou?
3. A que distância está o lugar do encontro desde a sua casa (quantos minutos andando)?
4. É esta a melhor hora e o melhor dia para você participar neste grupo? Por quê?
5. Por quê é que você participa neste grupo? (Quais são os benefícios que você acha receber da participação no grupo?)
6. Existe alguma coisa de que você não gosta ou gostaria mudar neste grupo?
7. Há alguma outra coisa que gostaria que tivesse feito, durante o grupo?

12. ENTREVISTA COM CONSELHEIRO/A NA US DE

1. Quanto tempo já trabalha como conselheiro/a?
2. Quanto/as conselheiro/as são, nesse centro? Isso é semelhante aos outros centros?
3. Que dias e horas está aqui?
4. Quais são as suas tarefas, na US?
5. Quem na US refere os utentes para si, e em que casos?
6. Que mensagens e praticas está principalmente a promover, nos utentes? Existe alguma diferença em causa de outro/as conselheiro/as?
7. Quantas pessoas consegue aconselhar, num dia normal? Como decida, quem vai aconselhar? Qual e o seu grupo alvo? Costuma interagir só com adultos ou também com crianças?
8. Quais são os problemas comuns que está a notar no/as cuidadore/as / famílias? Como costuma lidar com esses?
9. Costuma realizar encontros em grupos? Caso sim, pode descrever um encontro típico?
10. Regista suas actividades em algum sitio? Podemos ver os registos? O que acontece com esses registos a seguir?
11. Que preparação recebeu, para esse trabalho? Quem lhe formou? Durante quanto tempo? Em que matérias?
12. Ao longo do seu trabalho, reúne se com os conselheiro/as ou /e enfermeiras dessa US para apoiar um a outro?

13. Existem algumas formações contínuas /encontros fora da US em quais participa? Qual e a frequência? O que acontece nessas formações / encontros?
14. Em que momentos (para que assuntos) você interage com pessoal clínico da US?
15. O que facilita o seu trabalho? E o que faz o seu trabalho difícil?
16. Tem algumas ferramentas que usa, no aconselhamento? Pode demonstrar? Ver e anotar conteúdos chave de:
- 1) Guia de aconselhamento:
 - 2) Álbum seriado para mulher grávida:
 - 3) Álbum seriado para...
17. Será que estaria aberta a aconselhar as mães e pais em como estimular o bom desenvolvimento da criança? Explique.

13. ENTREVISTA COM PROFISSIONAL DE SAUDE DA US DE _____

Nome:

Função:

1. Quais são suas actividades principais, nessa US?
2. Será que o aconselhamento dos utentes (ex., em HIV, nutrição, cuidados do bebe) faz parte do seu trabalho?
3. Como é que consegue fazer o aconselhamento, em caso de muito fluxo?
4. Usa algumas ferramentas para o aconselhamento (sobre gravidez, nutrição, HIV, outro)? Caso sim, como e que usa essas?

DPI

1. Conheça o que e que uma criança deve ser capaz de fazer com 3 meses? E com 6 meses?

2. Faz parte do seu trabalho, promover esse desenvolvimento psicomotor das crianças? Por favor explique.
3. Costuma monitorar os **padrões de desenvolvimento psicomotor** da criança? Se fizer, como é que faz? Senão, porque não?
4. Recebeu uma formação nessa área? Por favor explique.
5. Quantos **casos de atraso no desenvolvimento /deficiência** encontrou nos últimos 6 meses? Quais casos eram esses?
6. Onde você regista esses casos? O que é que você faz com esses casos a seguir?

DEPRESSAO

7. Conheça os **sinais de depressão materna**? Quais são?
8. Costuma ver os **sinais de depressão materna**, nas mães? Com que frequência você veja esses sinais nas mães? (Em cada 10 mães...)
9. Faz algo depois de detectar os sinais da depressão?

VIOLENCIA

10. Você sabe como detectar os **casos de violência**, nos seus utentes? Como e que reconheça?
11. Costuma ver os **casos de violência domestica** na gravidez? Com que frequência você veja esses casos? (Em cada 10 mulheres grávidas, ou num mês normal....)
12. Costuma ter os **casos de violência domestica** após do parto (mães com bebês de 0-3 anos)? Com que frequência você veja esses casos? (Em cada 10 mães...)

13. Tem sítio para registrar os casos de violência? O que é que faz depois de registrar?

COMUNIDADE

14. Faz também algum trabalho na comunidade? Por favor explique (frequência, tipo de actividades)

13. ENTREVISTA COM RESPONSÁVEL DA US DE _____

Nome:

Quanto tempo serve como responsável da US:

1. Quais são as suas tarefas principais, como responsável da US?
2. Quais são as suas prioridades actuais, para essa US? O que lhe mais preocupa em assegurar?
3. Que tipos de recursos (financeiros e não financeiros), a sua US tem sido recebido, do governo e de parceiros, para conseguir realizar o trabalho previsto?

MELHORIA DE QUALIDADE DOS SERVICOS

4. Que acções e que você realiza, para assegurar boa qualidade dos serviços prestados pelo seu pessoal?
5. Explique por favor, **suas actividades de supervisão do pessoal na sua US:**
 - Tem um plano mensal para supervisão? Esse está exigido pelo SDSMAS, ou não?
 - Com que frequência normalmente faz a supervisão?
 - Faz sozinha ou em conjunto com alguém? / de forma rotativa?
 - O que acontece numa supervisão normal? (deve incluir observação de serviços)

- Tem ferramentas para supervisão?
- O que faz com a informação que recolheu na supervisão?
- Tem algum apoio de parceiros com essas supervisões?

6. Explique por favor, sobre os encontros técnicos que você promova na sua US:

- Que tipo de encontros costuma promover?
- Quem participa? (conselheiros tb?)
- Quem orienta?
- Frequência e duração dos encontros?
- O que acontece num encontro típico?
- Que materiais usam?
- Tem algum apoio de parceiros com esses encontros técnicos na US?

7. Explique por favor, sobre os encontros técnicos em quais você participa regularmente fora

da US (na sede etc):

- Que tipos de encontros são esses?
- Quem participa, da sua US? (E rotativo ou não?)
- Quem orienta?

- Frequência e duração dos encontros?
- O que acontece num encontro típico?
- Que seguimento faz na US após de voltar de encontro?
- Tem algum apoio de parceiros com esses encontros técnicos fora da US?

DPI

8. Quantos casos de atrasos ou problemas de desenvolvimento foram detectados nessa US nos últimos 6 meses?

- Onde são registados esses dados?
- Como são relatados para o distrito?
- Que seguimento recebem?

9. E comum ou não, ver mulheres com sinais de depressão, sobretudo após do parto? Caso sim, como e que se tratam esses casos?

10. Sabendo o perfil, a carga, e a abrangência do seu pessoal, quem, você acha, seria em melhor posição na US a realizar as seguintes actividades de promoção de desenvolvimento da criança? Pense sobre:

- *técnico/as no PAV*
- *enfermeiro/as*
- *médico/as*
- *conselheiro/as...*

1) **verificar etapas de desenvolvimento** e detectar atrasos na criança – 3-5 min

QUEM EM PRIMEIRO LUGAR:

2) **verificar sintomas de depressão** materna no 1º ano da vida da criança – 3-5 min

QUEM EM PRIMEIRO LUGAR:

3) **aconselhar** cuidador em actividades apropriadas para estimular o desenvolvimento da criança – 5-10 min

QUEM EM PRIMEIRO LUGAR:

11. Qual e a sua opinião sobre onde e como poderiam funcionar os cantos de brincar, na sua US?

Quem podia facilitar o canto de brincar?

Como podemos assegurar uma boa manutenção de materiais nos cantos?