



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE: ÁREA DE
CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA**

THAYNA BONADIMAN CIECHOVICZ

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE
DO RIO GRANDE DO SUL**

PASSO FUNDO, RS

2021

THAYNA BONADIMAN CIECHOVICZ

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE
DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo/RS, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica/Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Regina Müller Germani

Coorientadora: Enfa. Eliana Paula Brentano

PASSO FUNDO, RS

2021

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Ciechovicz, Thayna Bonadiman
ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA NA PERCEPÇÃO
DOS PROFISSIONAIS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO
NORTE DO RIO GRANDE DO SUL / Thayna Bonadiman
Ciechovicz. -- 2021.
99 f.

Orientadora: Alessandra Regina Müller Germani
Co-orientadora: Eliana Paula Brentano
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência
Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo, RS, 2021.

I. Trabalho de Conclusão de Residência. I. Germani,
Alessandra Regina Müller, orient. II. , Eliana Paula
Brentano, co-orient. III. Universidade Federal da
Fronteira Sul. IV. Título.

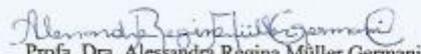
THAYNA BONADIMAN CIECHOVICZ

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO
RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Residência,
apresentado ao Programa de Residência
Multiprofissional em Saúde: Área de
Concentração Atenção Básica da Universidade
Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em
09/02/2021, conforme Ata Nº 03/2021.
Em função da Pandemia do novo coronavírus e as medidas de afastamento tomadas pela
UFFS, esse Termo foi assinado apenas pelo Presidente da Banca

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dra. Alessandra Regina Müller Germani
Orientadora

Esp. Eliana Paula Brentano
Coorientadora

Profa. Me. Maríndia Biffi – UFFS
Membro examinador

Profa. Dra. Vanderleia Laodete Pulga – UFFS
Membro examinador

RESUMO

O presente trabalho trata-se da apresentação das atividades realizadas para a execução do Trabalho de Conclusão de Residência durante o período de formação (anos 2019 a 2021) do Programa de Residência Multiprofissional em área da saúde: Área de Concentração Atenção Básica/Saúde da Família da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, sendo dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o diagnóstico territorial do município de Marau, Rio Grande do Sul, onde acontece a prática da residência enfatizando-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) São José Operário, local de inserção da residente. No segundo capítulo apresenta-se o projeto de pesquisa-intervenção gerado a partir da construção do diagnóstico territorial, direcionado para a área da saúde da criança. Essa pesquisa objetiva analisar como são desenvolvidas as ações vinculadas a Política de Saúde de Criança em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Norte do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa-qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, onde será realizada análise de prontuário das crianças na faixa etária de 0 a 24 meses para posteriormente avaliação da cobertura das consultas de puericultura. Também será realizada uma entrevista semiestruturada contendo dados sociodemográficos com profissionais da equipe de enfermagem, psicologia, odontologia, medicina, farmácia, agente administrativo e agente comunitário de saúde e outra com os pais de crianças na faixa etária de 0 a 24 meses pertencentes à Estratégia de Saúde da Família em estudo. Serão convidados a participar sete profissionais pertencentes à equipe da Estratégia de Saúde da Família em estudo que estejam atuando há mais de um ano no serviço e em torno de 10 pais de crianças na faixa etária de 0 a 24 meses pertencentes à ESF em estudo, mediante sorteio. As entrevistas serão analisadas por meio da análise de conteúdo. Espera-se avaliar a cobertura das consultas de puericultura na ESF em estudo e conhecer quais são as ações vinculadas à saúde da criança que estão sendo ofertadas na ESF, sob a percepção de usuários e profissionais do serviço. O terceiro capítulo traz o relatório de campo da pesquisa, tendo por objetivo descrever todas as etapas e fases ao longo do estudo, bem como a justificativa do que levou a submissão de um novo protocolo de pesquisa. O quarto capítulo apresenta o artigo científico final elaborado para futura publicação em revista definida. Nele são apresentados os resultados, discussões e conclusão da pesquisa realizada.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Criança; Puericultura; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família, Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

The present work is about the presentation of the activities carried out for the execution of the Residency Conclusion Work during the training period (years 2019 to 2021) of the Multiprofessional Residency Program in the health area: Primary Care / Family Health Concentration Area Federal University of Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, being divided into four chapters. The first chapter presents the territorial diagnosis of the municipality of Marau, Rio Grande do Sul, where the practice of residency takes place, emphasizing the Family Health Strategy (ESF) São José Operário, where the resident is inserted. The second chapter presents the research-intervention project generated from the construction of the territorial diagnosis, aimed at the area of child health. This research aims to analyze how they are developed as actions linked to the Child Health Policy in a Family Health Strategy (ESF) in the North of Rio Grande do Sul. It is a study with a quantitative-qualitative approach of the research-intervention type, in which an analysis of the medical records of children aged 0 to 24 months will be carried out for later evaluation of the coverage of childcare consultations. There will also be a semi-structured interview containing sociodemographic data with professionals from the nursing, psychology, dentistry, medicine, pharmacy, administrative agent and community health agent team and another with the parents of children aged 0 to 24 months belonging to the Strategy Family Health under study. Seven professionals belonging to the Family Health Strategy team under study who will have been working for over a year in the service and around 10 parents of children aged 0 to 24 months belonging to the FHS under study will be invited to participate. draw. The interviews will be analyzed through content analysis. It is expected to evaluate the coverage of childcare consultations in the FHS under study and to know what are the actions related to child health that are being offered in the FHS, under the perception of users and professionals of the service. The third chapter presents the research field report, with the objective of describing all the stages and phases throughout the study, as well as the justification for what led to the submission of a new research protocol. The fourth chapter presents the final scientific article prepared for future publication in a defined journal. It presents the results, discussions and conclusion of the research carried out.

KEYWORDS: Child Health; Childcare; Primary Health Care; Family Health Strategy, Health Professionals.

SUMÁRIO

1. DIAGNÓSTICO TERRITORIAL	08
1.1 Contextualizações do Sistema Único de Saúde (SUS) e o papel dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.....	09
1.2 Apresentação geral do município de Marau.....	11
1.3 Sistema e Rede de Saúde Local e Regional.....	14
1.4 ESF São José Operário – contextualização.....	17
1.5 Estrutura e processos de trabalho.....	20
1.6 Caracterização da população.....	25
1.7 Proposta de pesquisa intervenção	26
 REFERÊNCIAS	 28
 2. PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO.....	 31
2.1 JUSTIFICAVA.....	33
2.2 OBJETIVOS	34
2.2.1 Objetivo geral	34
2.2.2 Objetivos específicos.....	34
2.3 REFERENCIAL TEÓRICO	34
2.4 METODOLOGIA.....	40
2.4.1 Tipo de estudo	40
2.4.2 Local e período de realização.....	41
2.4.3 Participantes da pesquisa	41
2.4.4 Critérios de inclusão.....	41
2.4.5 Critérios de exclusão.....	41
2.4.6 Coleta de dados.....	42
2.4.7 Processamento e análise dos dados	42
2.4.8 Aspectos éticos.....	43
2.5 RESULTADOS ESPERADOS.....	44
2.6 RECURSOS	45
2.7 CRONOGRAMA.....	46
REFERÊNCIAS	46

APÊNDICES.....	49
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	50
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada para os profissionais.....	52
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada para os pais.....	53
APÊNDICE D - Termo de ciência e concordância da instituição.....	54
3. RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO.....	55
3.1 INTRODUÇÃO	55
3.2 LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS.....	55
3.2.1 Logística prévia e justificativa da submissão de um novo projeto	55
3.2.2 Coleta de dados e instrumento de pesquisa.....	58
3.2.3 Perdas e recusas	58
3.2.4 Preparação e organização do banco de dados.....	59
3.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS.....	59
3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	60
4. ARTIGO CIENTÍFICO.....	61
REFERENCIAS.....	90
ANEXOS	93
ANEXO A	94
ANEXO B	95

1 DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo da sua trajetória, se constituiu de vários avanços na saúde, embora existam muitos desafios a serem superados. Segundo Silva, Koopmans e Daher (2016), o estabelecimento de uma atenção integral, uma das bases dos princípios do SUS, permite que a população tenha a garantia do fornecimento de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência. No entanto, segundo Cruz, Soratto e Farias (2018), para que o direito à saúde seja materializado nesses cenários, há necessidade do estabelecimento de políticas públicas por meio de criação de ambientes favoráveis à saúde, estímulos à participação comunitária, controle social, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

No intuito de estar intensamente buscando melhorias para fortalecer esses ambientes favoráveis a saúde, os serviços necessitam de acompanhamentos e avaliações periódicas, sendo o diagnóstico situacional uma das ferramentas que pode auxiliar nesse processo, na medida em que permite descrever a realidade dos serviços, identificando suas potencialidades e fragilidades, para que, posteriormente sejam executadas ações que visem as devidas melhorias.

Partindo desse pressuposto, a elaboração deste diagnóstico teve como objetivos: (1) conhecer a realidade e dinâmica dos serviços e da população pertencente ao território em estudo; (2) aprofundar os conhecimentos e a capacidade de análise crítica visando à atenção integral à saúde; (3) criar elementos para o desenvolvimento de ações que visem a ampliação e fortalecimento da saúde desta população, (4) contribuir diretamente na construção do projeto de pesquisa-intervenção, elemento que constituirá o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

1.1 Contextualizações do Sistema Único de Saúde (SUS) e o papel dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

O SUS representa avanços e conquistas na saúde de todos os brasileiros devido ao enfrentamento de muitas adversidades, o que resultou, sobretudo, no direito da população brasileira de contar com um serviço de atenção à saúde (SOUSA; COSTA, 2010). No entanto, muito antes de existir a realidade que conhecemos para a saúde no Brasil, discutia-se mundialmente a transformação dos sistemas de saúde.

Em meio a diversos movimentos sociais e políticos a favor da ampliação do acesso aos serviços de saúde, a universalização do direito à saúde e a integralidade das ações, cresceu o debate acerca do direito à saúde. Dessa maneira, o direito à saúde significava:

[...] a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado (FIGUEIREDO NETO et al., 2010).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde contou, pela primeira vez, com a participação da comunidade e dos técnicos na discussão sobre uma política setorial. Aprovou-se a universalização da saúde e o controle social efetivo, garantindo um direito à saúde integral (FIGUEIREDO NETO et al., 2010).

A Constituição Federal de 1988 incorporou uma concepção de seguridade social como expressão dos direitos sociais inerentes à cidadania, integrando saúde, previdência e assistência. Assimilando proposições formuladas pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira reconheceu o direito à saúde e o dever do Estado, mediante a garantia de um conjunto de políticas econômicas e sociais, incluindo a criação do SUS, universal, público, participativo, descentralizado e integral (PAIM, 2013).

Em 19 de setembro de 1990, foi aprovada a Lei Federal nº 8.080, a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), elaborada pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS) (FIGUEIREDO NETO et al., 2010). Esta lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (BRASIL, 1990b). Determina que “[...] a saúde é um direito

fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...]” (BRASIL, 1990b), considerando determinantes e condicionantes da saúde, entre outros,

“[...] a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais [...]” (BRASIL, 1990b).

Ainda o controle social, foi assegurado pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mantendo a perspectiva de participação social na gestão do SUS (FIGUEIREDO NETO et al., 2010). Este lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (BRASIL, 1990).

No ano de 2006 o Ministério da Saúde publicou a Portaria 648, em 28 de março, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Determinou que a Saúde da Família é estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica no SUS, que tem o enfoque na saúde da população, na prevenção de doenças, na atenção à saúde e na cura (BRASIL, 2006a).

No entanto, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde se constitui como um desafio constante no âmbito do SUS. Além disso, a qualificação da gestão e do controle social, as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, entre outros, também são dificuldades enfrentadas (SOUSA; COSTA, 2010).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi instituída em 2005, por meio da Portaria Interministerial nº 2.117, de três de novembro de 2005 (BRASIL, 2005). A RMS trata-se de um ensino de pós-graduação sob a forma de especialização por meio de educação em serviço. É voltada para profissionais da área da saúde sob a supervisão de docentes e profissionais do serviço, devendo ser desenvolvida em regime de dedicação exclusiva (UFFS...,s/d).

Vale ressaltar que no Brasil são muitas as profissões que englobam as RMS, mas dando ênfase ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira, o qual estou inserida, este é composto por profissionais psicólogos, farmacêuticos e enfermeiros, tendo uma carga horária de 60 horas semanais, em regime de dedicação exclusiva, durante 24 meses.

A formação se distribui em 80% da carga horária total em atividades práticas ou teórico-práticas e 20% da carga horária total em atividades teóricas ou de orientação à pesquisa. O nosso campo de atuação acontece no município de Marau: na ESF São José Operário e na ESF Santa Rita.

Segundo um estudo feito por Silva et. al (2016), na perspectiva dos residentes, a RMS pode ser considerada como um dispositivo capaz de provocar melhorias na formação, pois apesar das dificuldades encontradas ao longo da formação acadêmica, os mesmos salientaram que ao ingressar na residência, tiveram a oportunidade de trabalhar engajados em um conceito de saúde ampliado e não apenas voltado para aspectos biológicos que determinam o processo saúde-doença.

Além disso, nas bases de instituição da RMS está presente a busca por uma formação interdisciplinar, ou seja, uma formação que compartilha saberes, mas mantém íntegra a particularidade de cada área profissional e a realização desses saberes em práticas. Dessa forma, a RMS nasce como possibilidade de construção de uma formação em saúde atenta e associada à diversidade e complexidade das necessidades de saúde postas no cotidiano do SUS (SILVA, 2018).

1.2 Apresentação geral do município de Marau

O município de Marau localiza-se na região norte do Estado do Rio Grande do Sul, conhecida também como planalto médio. Destaca-se nacionalmente em qualidade de vida e modernidade, promovendo ações de sustentabilidade, investindo em mobilidade urbana, projetos de segurança, limpeza e revitalização dos espaços públicos (PREFEITURA..., s/d).

Marau foi emancipado desmembrado de Passo Fundo e Guaporé em 18 de dezembro de 1954, entretanto, a comemoração do aniversário passou a ser

celebrada a partir de 28 de fevereiro de 1955, data de instalação do município. Recebe este nome em homenagem a um bravo cacique que, conforme conta a história, ao buscar alimento, percorria as selvas da Serra Geral, fazendo frente a um grupo de indígenas Coroados e lutando para proteger seu território das ameaças da colonização (PREFEITURA..., s/d).

Nas duas últimas décadas houve um avanço significativo de indústrias em Marau, atendendo aos mais diversos setores, como alimentos, couros, equipamento para avicultura e suinocultura, metal mecânico, construção civil, trazendo grande impulso à economia e atraindo a população da região que busca bens e serviços (PREFEITURA..., s/d).

Em relação às características geográficas, o município localiza-se a 269 km de Porto Alegre e a 28 km de Passo Fundo. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2018 possuía uma área territorial de 649,3 km². Seus limites geográficos se constituem em: ao norte Passo Fundo e Mato Castelhano; ao sul as cidades de Vila Maria, Camargo e Soledade; ao leste Gentil e Santo Antônio do Palma; ao oeste Nicolau Vergueiro; ao noroeste Ernestina; e ao sudoeste, Ibirapuitã (PREFEITURA..., s/d).

Os principais rios são: rio Capinguí, afluente do rio Guaporé, que corta o município de norte a sul, e tem como afluentes os Arroios Gritador e Burro Preto; Rio Jacuí, localizado ao norte, na divisa com Passo Fundo, no qual foi construída a barragem de Ernestina e tem como afluentes os Arroios Ernestina, Três Passos e Carreta Quebrada; e Rio Marau, que contorna a cidade nos lados leste e sul e é formado pelos rios Marauzinho e Sesteada, desaguando no rio Capinguí (PREFEITURA..., s/d).

No último censo realizado pelo IBGE em 2010, a população do município era de 36.364 habitantes, sendo 31.558 pertencentes ao meio urbano e 4.806 pertencentes ao meio rural, com densidade demográfica de 56,00 hab/km². Atualmente, a população estimada é de 43.435 habitantes (IBGE, 2018).

O município se destaca pelo crescimento econômico, com Produto Interno Bruto (PIB) correspondente a R\$ 1.691.509,00 (INSTITUTO..., 2015), sendo que a indústria (principalmente frigorífica, metal-mecânica e couros) corresponde a 45,5% de participação na economia do PIB, seguido pelo setor de serviços (35,7%). O valor do PIB percapita encontra-se no ano de 2016 R\$ 43.573,82, por meio desse dado é possível considerar que houve um aumento,

pois no ano de 2015 o PIB era de R\$ 42.104,57. Em 2017, o salário médio mensal dos trabalhadores formais era de 2,4 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total do município era de 40 %.

No que tange a educação, o município de Marau é atendido por três redes de ensino: municipal, estadual e privado. De acordo com Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 2017, obtido através da avaliação dos alunos do município de Marau e disponibilizado pelo IBGE, os estudantes do ensino fundamental da rede pública tiveram nota média de 6.0 no IDEB, enquanto os alunos do ensino médio tiveram média de 4.8. A taxa de escolarização na faixa etária de 6 a 14 anos era de 94,5% em 2010 (INSTITUTO..., 2017).

O principal instrumento norteador de ações na área da educação no município de Marau é o Plano Municipal de Educação (PME), aprovado em 2014. O PME possui vigência de dez anos e preconiza metas importantes nesse âmbito, como a erradicação do analfabetismo, melhora da qualidade do ensino e a valorização dos profissionais da educação. Através do plano garante-se que as metas propostas sejam cumpridas, uma vez que há monitoramento contínuo e avaliações periódicas. Além disso, o PME contempla estratégias que asseguram a articulação das políticas educacionais com as demais políticas sociais/culturais, garantem o atendimento das necessidades específicas na educação especial e promovem a articulação interfederativa na implementação das políticas educacionais (PREFEITURA..., 2015).

Atualmente, Marau oferece aos seus habitantes escolas de ensino infantil e fundamental, enquanto que o estado custeia o ensino fundamental e médio. Além disso, há escolas de ensino privado para todos os módulos de ensino que, inclusive, contemplam o ensino superior, ensino complementar, ensino especial e ensino profissionalizante.

Conforme dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e DATASUS, em relação à saúde, no ano de 2017 foram registrados 178 óbitos/ocorrência no município, sendo a causa mais prevalente por doenças do aparelho circulatório (55 óbitos), neoplasias (33 óbitos), doenças do aparelho respiratório (33 óbitos), seguido de causas externas (19 óbitos), entre outros.

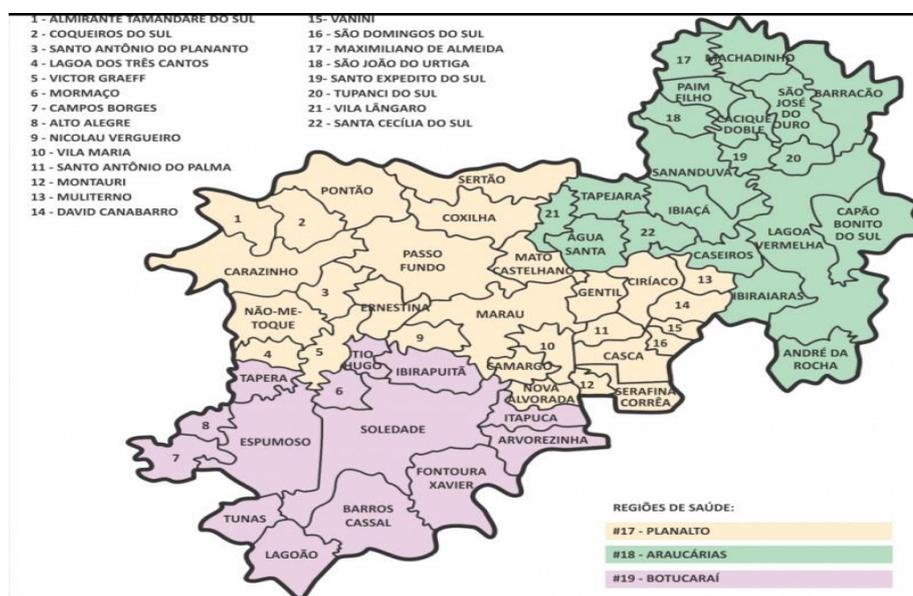
Ainda, a mortalidade infantil corresponde a 7,52 óbitos por mil nascidos vivos. Nota-se que em relação a 2016 houve um aumento considerável de

óbitos, visto que em 2016 a mortalidade infantil correspondia a 4,12 óbitos por mil nascidos vivos. (INSTITUTO..., 2017).

1.3 Sistema e Rede de Saúde Local e Regional

Marau faz parte da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), juntamente com outros 61 municípios, pertencente à macrorregião de saúde Planalto conforme mostra a figura 1.

FIGURA 1: Mapa da 6ª CRS.



FONTE: Google imagens.

A inauguração da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no dia 11 de maio de 1988 foi uma das primeiras ações em saúde realizadas no município. Através da SMS é realizada a gestão das atuais doze Unidades de Saúde da Família, um posto de especialidades médicas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A implantação da ESF foi iniciada em 2002, sendo gradativamente ampliada até abranger 100% da população marauense no ano de 2013.

Em relação à ESF's, compõem a rede a Central I, Central II, Central III, ESF Santa Rita, ESF Planalto, ESF Centro Social Urbano, ESF Constante

Fuga, ESF Santa Helena, ESF Progresso, ESF Rural, ESF Santa Lúcia e ESF São José Operário.

Marau também é o campo de atuação para o programa de Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Em 2013, deu-se início as atividades da primeira turma de residentes, desenvolvidas inicialmente na ESF Santa Rita e ESF Central III, sendo esta substituída pela ESF SJO. No momento, onze residentes estão atuantes, acompanhados pelas profissionais preceptoras das respectivas áreas de formação: psicologia, enfermagem e farmácia.

Durante o horário de expediente das ESF, também há atuação de uma equipe de apoio, localizada junto à Secretaria Municipal de Saúde, na UBS Especialidades. Os profissionais disponíveis são pediatras, ginecologistas e obstetras e clínicos gerais. O médico clínico geral atende às demandas agudas excedentes das ESF durante os períodos diurnos após encaminhamento pelas ESF. Para as especialidades, o encaminhamento também é necessário. Nesse mesmo espaço atuam clínicos gerais e pediatras em horário estendido (das 18 às 22h), garantindo atendimento à população nos horários em que as ESF encontram-se fechadas, atendendo às demandas agudas.

A saúde do município também recebe o apoio do Hospital Cristo Redentor (HCR), onde há leitos destinados aos usuários do SUS, encaminhados a partir das ESF. O Hospital Providência também contribui com a saúde da população marauense, apesar de que somente por meios privados, não dispondo de atendimentos através do SUS.

A prefeitura assegura vinte e três veículos para situações de emergência e para atividades desenvolvidas pelas unidades de saúde para com o seu território. Dentre estes veículos estão cinco ambulâncias e dois Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), quatro micro-ônibus, uma unidade móvel e 12 carros.

Alguns programas são desenvolvidos em conjunto entre a prefeitura municipal e a gestão em saúde. O Programa Nacional de Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem por objetivo principal garantir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, assegurando um padrão de qualidade com maior transparência e efetividade

das ações direcionadas à atenção básica de saúde. Em Marau, sete das 12 ESF estão vinculadas ao programa.

A Rede Cegonha é outro programa desenvolvido no município, que permite o acesso, acolhimento e melhoria da qualidade do pré-natal. Através deste é possível promover a vinculação da gestante à unidade de referência para assistência ao parto. Além disso, visa garantir a realização de um parto seguro, através de boas práticas de atenção, como por exemplo, a permissão de um acompanhante durante o momento do parto, sendo de livre escolha da gestante e, após o nascimento, é assegurado o acompanhamento da criança do zero aos 24 meses de vida, com qualidade e resolutividade.

O Programa Criança Feliz foi implantado em fevereiro de 2017 em substituição ao Programa Primeira Infância Melhor. Objetiva orientar as famílias para que promovam o desenvolvimento integral das crianças desde a gestação até os seis anos de idade.

São desenvolvidos programas de Vigilância em Saúde no município, que visam à integralidade do cuidado e estão inseridos na construção das redes de atenção à saúde, coordenadas pela atenção primária. As ações de vigilância dividem-se nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador.

Atualmente, o município também conta com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

A Assistência Farmacêutica do município de Marau disponibiliza atendimentos e dispensação de medicamentos tanto através da rede de farmácia básica quanto pela farmácia do Estado. Os polos de atendimento do município estão localizados nas ESF SJO, ESF Planalto e Central III, ESF Santa Rita, ESF Progresso e Rural e ESF CSU.

No que se refere a serviços de urgência e emergência, no município de Marau, há dois meios de transporte, sendo um deles o corpo de bombeiros civis e o outro o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), este último contando com duas unidades móveis.

A referência é a Associação Hospitalar Beneficente de Marau, localizada no HCR, fundada em 20 de fevereiro de 1976. Disponibiliza 60% de sua capacidade técnica instalada ao SUS, estabelecida em prédio próprio,

composta por 110 leitos, prestando seus serviços ao município de Marau e microrregião de 11 municípios.

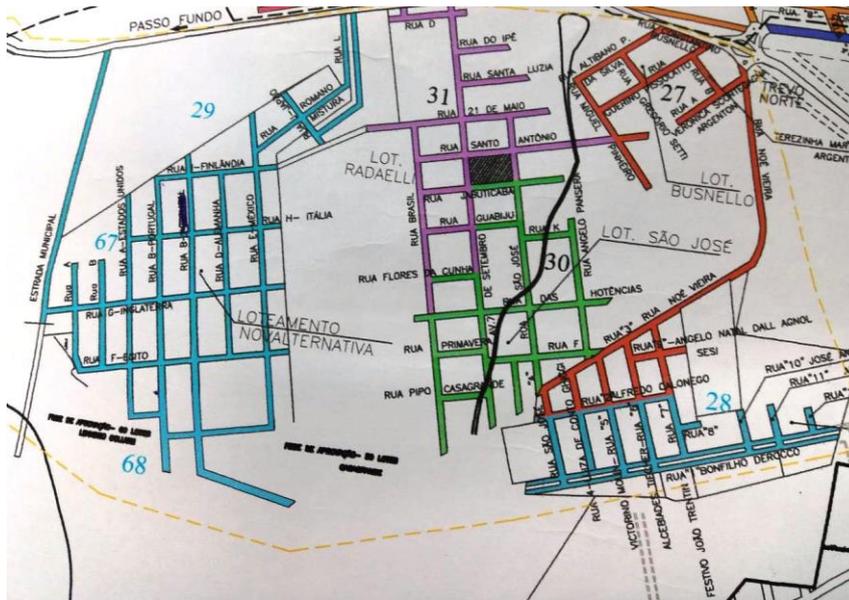
O HCR presta serviços de obstetrícia, pediatria, traumatologia e ortopedia de urgência, conforme organização da demanda da rede municipal, podendo promover atendimento também aos casos mais complexos e que necessitam de internação hospitalar, desde que estejam dentro da capacidade instalada do hospital. O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) é a referência para a realização de hemodiálise, radioterapia e quimioterapia, tendo este último como instituição de referência, também o setor de oncologia do HC.

1.4 ESF São José Operário – contextualização

A ESF São José Operário foi inaugurada em 2006 na Rua 21 de maio número 151, bairro São José Operário. Abrange a população dos bairros São José Operário, Frei Adelar, Busnello e Nova Alternativa. Também abrange o Distrito Industrial, onde não deveria haver população, porém estima-se que lá habitem mais de 70 famílias.

A unidade atende a população de sete microáreas conforme ilustrado na figura 2, duas localizadas no bairro São José Operário (microáreas 30 e 31), duas no Frei Adelar (27 e 28), além do Loteamento Busnello presente neste bairro, e três no Nova Alternativa (microáreas 29, 67 e 68). Estima-se pelo número de moradias que a população adstrita atinja cerca de 7.000 usuários, porém há 4.576 cadastrados.

FIGURA 2: Mapa da ESF São José Operário



FONTE: Prefeitura Municipal de Marau/RS.

Em seu território há diversas empresas, sendo a Metasa a de maior porte. De menor porte há empresas metalúrgicas, padarias, mercados, entre outras, a maioria de propriedade de moradores do bairro. Além disso, fazem parte do território a Escola Municipal de Ensino Fundamental Darwin Marosin e a Escola Municipal de Educação Infantil Monteiro Lobato, um centro recreativo do Serviço Social da Indústria do Rio Grande do Sul (SESI), igrejas, salão comunitário, centro espírita, dois campos de futebol e ginásio de esportes.

As atividades realizadas na ESF incluem: consultas médicas; consultas odontológicas; consultas psicológicas; consultas de enfermagem; atendimento ambulatorial; assistência farmacêutica; acompanhamento de pacientes com HIV, IST, tuberculose, sífilis congênita; visitas domiciliares; imunizações; vigilância epidemiológica; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumentos; planejamento familiar; pré-natal e puericultura; notificações; cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos; coleta citopatológica; administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); teste de glicemia capilar; testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C; teste de gravidez; monitoração de pressão arterial; saúde bucal curativa e preventiva; medidas antropométricas; retirada de pontos; curativos de pequeno e médio porte; lavagem otológica; procedimentos médicos de pequeno porte; encaminhamentos intersetoriais; entre outros.

As atividades visando a promoção da saúde também são realizadas. Nas segundas e quartas feiras das oito às nove horas da manhã é realizado o grupo de atividade física, coordenado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's). São realizados alongamentos, caminhadas e utilizado a academia de saúde que se localiza ao lado da ESF conforme mostra a figura 3. Antes de iniciar as atividades é realizada a aferição da pressão arterial e verificação de glicemia capilar em pacientes diabéticos pelas enfermeiras e/ou técnica de enfermagem.

FIGURA 3: Academia de Saúde, ESF São José Operário



FONTE: Registros internos da ESF SJO.

Todas as quintas-feiras acontecem o grupo de artesanato em um espaço localizado no porão do salão ao lado da ESF. Coordenado pelas ACS, conta com uma participação ativa das mulheres residentes no território.

Nas quartas-feiras das nove às dez horas da manhã a cada 15 dias, acontece nas dependências da ESF o grupo “Cuidando da sua saúde”, aberto para toda a população, no entanto a participação se restringe a população idosa. Neste grupo são abordados diferentes assuntos pelos profissionais da ESF e também por membros da comunidade, estabelecendo um momento de conversa e troca de experiências.

O grupo de gestantes e de tabagismo geralmente ocorre duas vezes por ano mediante cronograma previamente estabelecido. No grupo de gestantes os encontros são ministrados por diversos profissionais em horários de

funcionamento da ESF. O grupo de tabagismo é ministrado pelo profissional que possui capacitação para mediar o grupo.

Ainda, são realizadas atividades em parceria com as escolas, como rodas de conversa com os profissionais da ESF e a “Escola de pais do Brasil”, um espaço que permite os pais, futuros pais, cuidadores e agentes educadores trocarem experiências sobre temas relacionados à educação.

Também, esporadicamente, são realizadas ações em outros espaços, como creches e empresas do território, bem como feiras de saúde e campanhas de conscientização, imunização ou prevenção e promoção de saúde.

Devido a presença dos profissionais residentes na ESF são ofertados atividades e atendimentos pela parte da noite. Nota-se que há um contentamento da população em relação a ampliação do serviço, visto que são muitos os usuários da rede que trabalham em horário integral.

Quanto às atividades de participação popular, são realizados os conselhos locais e municipais de saúde, na primeira quarta-feira do mês e na segunda terça-feira do mês, respectivamente. Esse espaço possibilita o diálogo entre profissionais e usuários para apresentarem apontamentos e propostas para possíveis melhorias.

1.5 Estrutura e processos de trabalho

A PNAB (Portaria No 2.436, de 21 de setembro de 2017) é norteadora para o funcionamento das ESF, orientando sobre a estrutura da unidade, quadro de profissionais, atribuições de cada núcleo profissional, entre outros aspectos importantes (BRASIL, 2017b). Ao observar o funcionamento da ESF SJO se torna possível realizar comparações que serão descritas abaixo.

Quanto à estrutura física, embora a ESF esteja adaptada em uma construção que anteriormente era uma escola, a maioria dos seus espaços seguem o que é preconizado na legislação. A ESF possui: consultório médico e de enfermagem; consultório com sanitário; sala de procedimentos; sala de vacinas; área para assistência farmacêutica; sala de atividades coletivas; sala de coleta/exames; sala de curativos; sala de expurgo; sala almoxarifado; sala de lavagem de materiais e outra de esterilização.

Como a ESF possui profissionais de saúde bucal, há também o consultório odontológico com equipe odontológica completo; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea, banheiro público e adaptado para pessoas com deficiência e para funcionários.

Além disso, há duas salas para atendimento psicológico. Na recepção estão afixados informativos que identificam os serviços existentes, a escala dos profissionais e os horários de funcionamento. Todos os espaços oferecem conforto térmico e acústico e possuem algumas adaptações para as pessoas com necessidades especiais em conformidade com as normativas vigentes (PNAB).

A sala de atividades coletivas é improvisada junto à cozinha, onde também são desenvolvidas as atividades coletivas dos profissionais e onde ficam os arquivos e registros. Isso se constitui como um fator negativo e um empecilho para a realização de outros grupos ou atividades, uma vez que não oferece adequado conforto físico e privacidade para os usuários.

Apesar disso, a comunidade dispõe de um grande salão com uma área menor (porão) ao lado da ESF, muito utilizado para atividades, sendo alguns grupos desenvolvidos ali. Ademais, faltam uma sala de administração e gerência na ESF, além de itens na recepção, como o mapa de abrangência (com o território de abrangência) e a sinalização de fluxos (BRASIL, 2017b).

A ESF. oferece também medicamentos listados pelo Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e outros incluídos pelo próprio município. Entretanto, por vezes, há medicamentos na lista que não são utilizados e outros que seriam necessários, mas não constam na lista; outras vezes faltam medicamentos básicos ou recursos financeiros para sua aquisição (BRASIL, 2017b).

Como recomendado, a ESF tem seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas semanais, no mínimo cinco dias da semana e nos 12 meses do ano, facilitando o acesso da população. (BRASIL, 2017b).

É assegurado aos usuários o acolhimento e escuta ativa e qualificada, mesmo os casos que não pertencem à área de abrangência da unidade. Busca-se fazer a classificação de risco, mesmo sem protocolos para isso, e o encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas,

articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

A falta de protocolo dificulta as ações, já que cada profissional pode entender a mesma situação de forma diferenciada (BRASIL, 2017b). Na ESF SJO, atua uma equipe multiprofissional (equipe saúde da família) composta por médica generalista, enfermeira generalista, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um profissional cirurgiã dentista generalista e uma auxiliar em Saúde Bucal (BRASIL, 2017b).

Além destes, a ESF conta com uma psicóloga (20 horas) e uma farmacêutica (20 horas) e recebe profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal da Fronteira Sul, sendo dois profissionais da enfermagem, dois da farmácia e dois da psicologia (BRASIL, 2017b). A médica generalista atua no programa Mais médico, portanto trabalha de segunda-feira a quinta-feira, sendo a sexta-feira destinada para estudos, sendo assim, outro médico vem para atuar no serviço pela parte da manhã.

A equipe é responsável por mais de 4.000 pessoas cadastradas adstritas no território, onde não condiz com o número estipulado para uma ESF (2.000 a 3.500 pessoas). Estima-se que há muito mais pessoas, devido a muitos usuários não possuírem cadastro (BRASIL, 2017b).

Embora haja profissionais de saúde bucal, os mesmos exercem suas funções em mais de uma ESF, cumprindo 20 horas em cada, o que está em desacordo com o que é previsto em lei. Considera-se ideal a atuação em tempo integral (40 horas) e a vinculação apenas com uma ESF, pois se deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, ou para atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2017b).

As atribuições comuns e realizadas por todos os membros da equipe que atuam na ESF abrangem quase todos os elementos que constam na legislação, porém há dois itens cumpridos apenas pelas ACS, são estes: participação no processo de territorialização e mapeamento da área de atuação

da equipe; cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias no sistema de informação da Atenção Básica (BRASIL, 2017b).

Dentre as atribuições distintas a cada profissão observa-se que, em grande parte, são seguidas as orientações presentes na Portaria no 2.346, de 21 de setembro de 2017. Ressalta-se que, no caso da enfermagem, entre as principais dificuldades para ação plena das atribuições, estão: ausência de protocolos que permitem a prescrição de medicamentos ou solicitação de exames (exceto de bacilos copia de escarro, para diagnóstico e controle da Tuberculose) e que respalde quanto à classificação de risco, sendo que é realizada segundo critérios do profissional; dificuldade entre equipe quanto à realização do planejamento, gerenciamento, supervisão e avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais técnicos de enfermagem (BRASIL, 2017b).

Quanto às atribuições dos técnicos de enfermagem, observa-se que são realizadas as atividades de atenção à saúde e os procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão. Entretanto, não são desenvolvidas ações fora da ESF, como no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros). Da mesma forma com a equipe de saúde bucal, que realiza os procedimentos próprios da profissão, porém não participa de ações de promoção e prevenção junto à comunidade (BRASIL, 2017b).

As consultas médicas e odontológicas são disponibilizadas através do sistema de fichas. Para as consultas médicas, são distribuídas 10 fichas pela parte da manhã para as consultas acontecerem pela tarde. Já para o atendimento odontológico são disponibilizadas em torno de 15 fichas distribuídas em três dias da semana (quarta-feira, quinta-feira e sexta-feira).

Durante o período da manhã as consultas são agendadas: para o atendimento médico são agendados os grupos de risco, incluindo gestantes, puericultura, idosos, hipertensos, diabéticos e pessoas que possuem dificuldade de locomoção ou outras necessidades especiais; para o atendimento odontológico são agendados os pacientes que devem retornar para cuidado programado.

Os acolhimentos e atendimentos psicológicos são agendados diretamente pelas psicólogas, podendo ser acessados através da demanda

espontânea, encaminhamentos da rede de saúde ou encaminhamentos intersetoriais. Depois de realizado o acolhimento, escuta e avaliação do caso, o usuário é passado para lista de espera e é chamado quando há disponibilidade de horário, com prioridade para casos de maior necessidade.

A coleta de exames citopatológicos, realizada pelos profissionais da enfermagem, ocorre através de agendamento, conforme solicitação da usuária. Agenda-se o horário de maior facilidade para a usuária.

A farmácia funciona com presença de farmacêutica (profissional residente ou farmacêutica preceptora) em tempo integral. A farmacêutica preceptora e responsável técnica pela farmácia atua nesta ESF somente 20 horas, sendo uma dificuldade encontrada, já que a profissional com responsabilidade pelos serviços ofertados não se encontra em alguns períodos em que a farmácia está aberta e não se responsabiliza por diversas atividades desenvolvidas.

Assim que se identifica a necessidade de o paciente realizar exames complementares, os usuários são encaminhados diretamente aos laboratórios clínicos, sendo que na maioria das vezes os custos são cobertos por recursos financeiros do SUS ou a partir do auxílio parcial ou integral de verba municipal. Há sete laboratórios com convênio com a Prefeitura Municipal, sendo que cada um possui uma cota mensal, não devendo ser ultrapassada. Normalmente a solicitação de exames permanece dentro da cota mensal.

Diante da necessidade de atendimento especializado ou hospitalar são feitos os encaminhamentos necessários, entretanto, observa-se que nem sempre há contra referência desses serviços. Para isso, os usuários são direcionados ao setor de encaminhamentos, que utiliza o Sistema de Informação de Regulação (SISREG).

São comuns os episódios em que os usuários chegam à ESF e não há possibilidade de passar por avaliação médica no local naquele momento devido à falta de fichas médicas, dessa forma é realizado o acolhimento e são dadas as devidas orientações e encaminhamentos. O acolhimento é geralmente realizado por profissionais de diferentes áreas, com o intuito de oferecer escuta qualificada e cuidado integral, sempre contando com um enfermeiro.

Em alguns casos, é possível solicitar avaliação médica na própria ESF. Em outros, encaminha-se o usuário à equipe de apoio localizada na Secretaria

Municipal de Saúde. Em outras situações o usuário é encaminhado ao hospital, quando necessário com o uso de transporte de emergência. Quando a demanda não é imediata, o usuário é orientado a retornar em outra oportunidade para consulta médica.

1.6 Caracterização da população

A população abrangida pela ESF SJO é constituída predominantemente por adultos jovens que trabalham nas empresas localizadas nos bairros de abrangência. Os bairros Nova Alternativa e Frei Adelar, em especial, apresentam população predominantemente jovem.

Os idosos também são numerosos, morando, em sua maioria, no bairro São José Operário, por ser o mais antigo entre os três. Os idosos geralmente são portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, embora também existam muitos adultos jovens portadores dessas comorbidades.

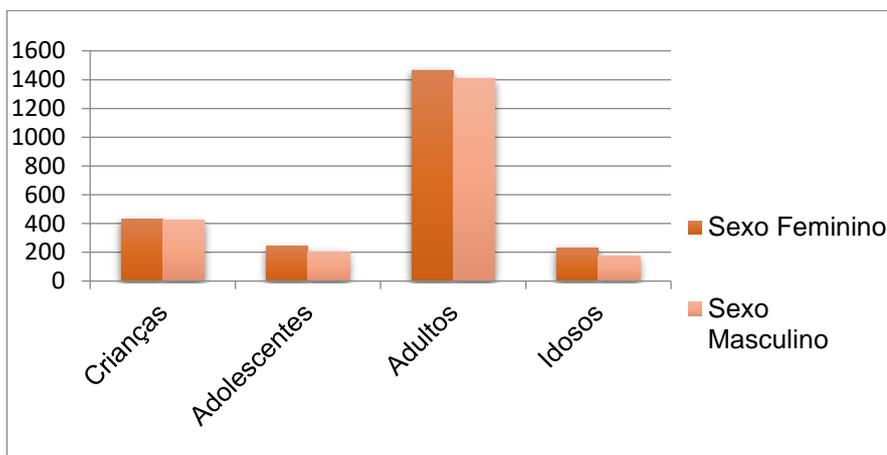
O número de gestantes é consideravelmente alto, constituindo em média 50 gestantes por ano. Em quase todas as semanas, pelo menos uma gestação é detectada pelo teste rápido disponível na ESF. Um fator que preocupa a ESF é o aumento do número de gestantes adolescentes.

Em menor número, imigrantes do Haiti e de outros países em situação econômica desfavorável também utilizam os serviços da ESF. Com esse público se tem certa dificuldade, na medida em que muitos não falam e não compreendem português.

A população feminina total consiste em 2.370 pessoas, já a população masculina total em 2.206 pessoas. As crianças de 0 a 11 anos são num total de 853, sendo 432 do sexo feminino e 421 do sexo masculino. A população adolescente constitui um total de 447 pessoas, sendo 242 do sexo feminino e 205 do sexo masculino.

Os adultos totalizam 2.872 pessoas, havendo predomínio desta população no território. Destas 2.872 pessoas, 1.465 são mulheres e 1.407 são homens. Já a população idosa é composta de 404 pessoas, sendo 231 mulheres e 173 homens. Desta forma então, é possível identificar que há um predomínio da população do sexo feminino, conforme ilustrado no gráfico 1.

GRÁFICO 1: População da ESF SJO dividida em faixa etária e sexo.



FONTE: Gestão Municipal de Saúde, 2019.

Percebe-se no território alto índice de vulnerabilidade, com uso de drogas por jovens, de consumo de álcool por alguns usuários e diversos casos de violência doméstica. Alguns outros problemas encontrados são o uso exacerbado de medicamentos controlados relacionados a saúde mental.

1.7 Proposta de pesquisa-intervenção

Como foi mencionado no diagnóstico territorial, a média de gestantes por ano na ESF SJO é consideravelmente alto, sendo assim pode-se afirmar que a população infantil consequentemente aumenta havendo uma preocupação com o crescimento e desenvolvimento destas crianças.

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura e isso pode se dar meio das consultas de puericultura (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta

de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

Na ESF, todas as quartas-feiras de manhã são destinadas às consultas de puericultura, no entanto durante o período que estou inserida no serviço, pode-se perceber que muitas são as crianças que faltam as consultas e há muita demanda espontânea de pais que trazem suas crianças com queixas agudas, relacionadas principalmente a sintomas respiratórios e gastrointestinais. Percebe-se ainda que não há uma organização do serviço para busca ativa dos faltosos para consultas de puericultura.

Por meio desses problemas elencados, o foco da pesquisa-intervenção se direciona para a área da saúde da criança. A proposta, passível de modificação, seria avaliar a cobertura das consultas de puericultura de crianças de 0 a 24 meses, conforme a periodicidade que preconiza o MS. Inicialmente seria realizado o mapeamento de todas essas crianças, possivelmente com a ajuda das ACS. Após o mapeamento dessas crianças, seria possível avaliar quantas são as crianças atendidas no SUS e também no privado, quantas são as crianças que realizam a consulta de sete dias na ESF com o profissional enfermeiro, quantas são as crianças que dão seguimento as consultas de puericultura conforme periodicidade, etc.

No que tange a intervenção, a ideia inicial seria elaborar um instrumento que irá permitir o controle das crianças de 0 a 24 meses, tendo como principais informações o nome, idade, data da última consulta e situação vacinal. Assim que elaborada, o instrumento será divulgado em reunião de equipe e deverá ser responsabilidade de todos os profissionais do serviço alimentá-la.

Ainda, para complementar as ações, pensou-se em elaborar um calendário de periodicidade das consultas para anexar na caderneta da criança, já na consulta dos sete dias, a fim de guiar os pais para que as consultas não se percam ao longo dos 24 meses.

Trata-se de intervenções simples, mas que irão possibilitar uma maior organização do serviço, permitindo a busca ativa de crianças faltosas às consultas e conseqüentemente diminuindo a busca do serviço só em casos de adoecimento.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado. 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaoafederal.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2019.
- BRASIL. Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei no 8080, de 10 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei 8080. Brasília, DF. 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 02 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 2017b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&data=22/09/2017&pagina=68>>. Acesso em: 29 de jul. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: 2006a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em 15 jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2019.
- BRASIL. Portaria Interministerial no 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF. 2005. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/multiprofissional.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2019.
- CRUZ RM, SORATTO J, FARIAS JM. Diagnóstico de ações de saúde: uma análise territorial sob a perspectiva do usuário. **Rev. CEFAC**. 2018 Nov-Dez;

20(6):715-722. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v20n6/pt_1982-0216-rcefac-20-06-715.pdf>. Acesso em: 17 de jul. 2019.

FIGUEIREDO NETO, M. V. et al. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. Revista Âmbito Jurídico, Rio Grande, v. 8, n. 76, maio 2010, s.p. Disponível em: <http://ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=7781&n_link=revista_artigos_leitura>.

GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **G-mus**. 2019. Disponível em: <<http://smsmarau.g-mus.com.br/agenda/relagendamentoss>> Acesso em 25/07/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Conheça cidades e estados do Brasil. **Dados do censo**. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/panorama>>. Acesso em: 01 jun. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 29, n. 10, p. 1927-1936, Out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 de jun. 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan. Mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. História de Marau. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>>. Acesso em: 02 de junho. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. História de Marau. s/d. Disponível em: <<http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>>. Acesso em: 14 mai. 2019.

SILVA CSSL, KOOPMANS FF, DAHER DV. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista PróUniverSUS**. 2016 Jan./Jun.; 07 (2): 30-33. Disponível em: <<http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345>>. Acesso em 02 jun. 2019.

SILVA, Cristiane Trivisiol da et al. Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 25, n. 1, e2760014, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000100304&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01 ago. 2019.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 21, n.1, p. 200-209, Jan. 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802018000100200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de ago. 2019.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. Saúde soc., São Paulo , v. 19, n. 3, p. 509-517, Set. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jun. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. Campus Passo Fundo: apresentação. s/d. Disponível em: <<<https://www.uffs.edu.br/campi/passo-fundo/residencias-multiprofissionais/a-residencia>>>.

2. PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

Este projeto de pesquisa faz parte do segundo capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Neste programa atuam os núcleos de profissionais enfermeiros, farmacêuticos e psicólogos, sendo a pesquisadora enfermeira. Os campos de atuação compreendem duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Marau, Rio Grande do Sul, a ESF Santa Rita e ESF São José Operário, sendo esta, campo de atuação da pesquisadora.

Como componente inicial do TCR, realizou-se o diagnóstico situacional em saúde do município de Marau, com ênfase na ESF São José Operário. Nesse foi realizado o levantamento de dados históricos, territoriais, geográficos e também foi possível conhecer a realidade e dinâmica dos serviços e da população pertencente ao território. A partir do diagnóstico foram identificadas diversas potencialidade e também fragilidades da rede de saúde servindo de subsídio para a escolha do tema de pesquisa, que estará centrado na área de saúde da criança com ênfase na puericultura.

O reconhecimento de que a criança é uma prioridade para Atenção Primária em Saúde (APS) e que ela se caracteriza como um dos grupos mais vulneráveis serve de base para ressaltar a importância da atenção integral à sua saúde, visto que a fragilidade do cuidado em saúde dessa população pode acarretar em grandes consequências, tanto no presente, como no futuro (BRASIL, 2018).

Em cinco de agosto de 2015, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.130 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por objetivo:

“promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.” (BRASIL, 2015, art. 2º).

A puericultura consiste no acompanhamento do desenvolvimento da criança, tendo por objetivo a promoção da saúde, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

A integralidade da atenção à criança é um processo em construção na APS, sendo os serviços da ESF reconhecidos como espaços ideais para estabelecer esse cuidado. No entanto, o que ainda tem predomínio nas consultas de saúde da criança é o atendimento individual, pautado na queixa-conduta (DAMASCENO et. al, 2016). Segundo Soares et. al. (2016), há o desconhecimento por parte dos familiares e comunidade acerca da importância do acompanhamento periódico e sistemático das crianças, sendo priorizado o cumprimento de práticas majoritariamente de caráter curativo.

Segundo Araújo et. al. (2014), os profissionais de saúde envolvidos no cuidado à criança devem desenvolver suas atividades, tendo por base programar as políticas públicas vigentes que garantam a qualidade da atenção à população infantil.

O enfermeiro é o profissional que tem a autonomia para a realização das consultas de puericultura e deve ter o comprometimento em realizá-la da forma mais adequada, monitorando o crescimento e desenvolvimento e contribuindo para promoção da saúde por meio de orientações relacionadas ao cuidado, intervindo sempre que necessário. Além disso, através dessa prática é possível estreitar o vínculo com a criança e a sua família possibilitando conhecer o espaço e a situação em que vivem (ZANARDO et. al, 2017).

Diante do exposto e da necessidade de contribuir para melhoria da organização do serviço, a questão que norteará esse estudo consiste em: como são desenvolvidas as ações vinculadas a Política de Saúde da Criança em uma ESF do Norte do Rio Grande do Sul?

2.1 JUSTIFICATIVA

A escolha do referido tema em saúde da criança com ênfase na puericultura se deu através da observação direta e indireta do serviço em que a pesquisadora está inserida durante os seis meses iniciais do processo da RMS. É importante salientar que além da observação, outro fator importante se deu pelo fato de a pesquisadora possuir fragilidade em trabalhar com o público desta faixa etária, percebendo que é necessário aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto.

No que se refere ao dia a dia na ESF, nota-se que são muitas as crianças que faltam as consultas de puericultura e há muita demanda espontânea de pais que trazem as crianças com queixas agudas, relacionadas principalmente a sintomas respiratórios e gastrointestinais.

Ainda, é possível perceber que à medida que as consultas de puericultura vão se espaçando, a partir dos seis meses de idade, as faltas tendem a aumentar e percebe-se que não há um monitoramento adequado para a realização da busca ativa destas crianças que faltam as consultas.

Conforme o que foi descrito no diagnóstico, há 4.576 usuários cadastrados na ESF, sendo em torno de 273 crianças de 0 a 24 meses. As consultas de puericultura são realizadas pelo profissional médico nas quartas-feiras pela parte da manhã e são agendadas somente seis crianças, totalizando 24 crianças/mês.

Sendo assim, há uma grande dificuldade em realizar o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças pertencentes ao território, tendo em vista que no município de Marau isso acaba se limitando apenas ao profissional médico, não havendo protocolos para o profissional enfermeiro atuar nesse processo.

Dessa forma, o que se pretende é analisar, na percepção da equipe e dos pais de crianças de 0 a 24 meses, quais são as ações desenvolvidas no que se refere à saúde da criança e elaborar um instrumento que facilite a busca ativa de crianças faltosas e conseqüentemente promova a ampliação do programa de puericultura.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo geral

Analisar a percepção dos pais das crianças cadastradas em uma ESF do Norte do Rio Grande do Sul a respeito do atendimento de puericultura vinculadas a Política de Atenção à Saúde da Criança a fim de contribuir para a melhoria da assistência prestada.

2.2.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar quais ações vinculadas à saúde da criança são ofertadas pela ESF;
- 2) Conhecer a percepção da equipe e dos pais frente à importância da puericultura;
- 3) Avaliar a cobertura de puericultura das crianças de 0 a 24 meses pertencentes à ESF em estudo;
- 4) Elaborar um instrumento que facilite a busca ativa de crianças faltosas;

2.3 REFERENCIAL TEÓRICO

Contextualizando a política de atenção integral a saúde da criança

No decorrer dos séculos a criança passou a ser vista socialmente, com particularidades significativas que exigiram transformações sociais, econômicas e políticas. O reconhecimento da criança enquanto ser biopsicossocial, assim como, seus direitos enquanto cidadão foi se delineando ao longo da história, paralelos a assistência à saúde a este segmento populacional, o qual passou por transformações e ainda permanece em constante construção (ARAÚJO et al. 2014).

De acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. Ou seja, além

de oferecer o atendimento sem discriminação, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade. Não basta acolher a todos para que a assistência seja bem sucedida, há também de se levar em consideração as especificidades de cada sujeito. (BRASIL, 2004)

Este é um grande desafio que o Ministério da Saúde tem procurado enfrentar ao longo dos anos através da promoção de políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos diversos segmentos populacionais, especialmente, idosos, mulheres e crianças. (BRASIL, 2004)

A evolução histórica da participação da criança na sociedade, assim como os cuidados à saúde voltados a essa população, apresentou avanços, tendo como reflexo a redução da mortalidade infantil e implantação de diversas políticas públicas de saúde (ARAÚJO et al. 2014).

Em 1983, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de desenvolver ações para melhorar as condições de saúde, a cobertura e a rede pública de serviços. Em 1984, o PAISMC foi desmembrado em: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (MACÊDO, 2016).

As ações do PAISM foram voltadas à saúde da mulher, enquanto o foco do PAISC era a saúde da criança, onde as principais ações poderiam ser resumidas em crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso (MACÊDO, 2016).

No Brasil, os direitos das crianças foram consolidados juridicamente por meio da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. No capítulo I, Art. 7º da referida lei, é salientado que:

“a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.” (BRASIL, 1990, art. 7º).

A atenção à saúde da criança inicia-se antes mesmo do nascimento com acompanhamento do pré-natal assegurando o desenvolvimento de uma gestação segura e permitindo o parto de um recém-nascido saudável (BRASIL,

2012). Nesse contexto está inserida a Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.459 em 24 de junho de 2011, que consiste em:

“rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011, art. 1º).

A lei dispõe ainda quais são os objetivos da Rede Cegonha, sendo eles:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (BRASIL, 2011, art. 3º).

A prioridade da atenção à criança até dois anos, prevista na Rede Cegonha, veio se somar ao recente lançamento pelo governo federal do “Brasil Carinhoso”, um conjunto de ações interministeriais, envolvendo saúde, educação, assistência social pela Primeira Infância Brasileira. A proposta é a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança neste período crítico e sensível da primeira infância (BRASIL, 2012).

A mais recente política voltada para a saúde da criança é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que foi instituída no âmbito do SUS, em cinco de agosto de 2015, por meio da Portaria nº 1.130, tendo por objetivo:

“promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.” (BRASIL, 2015, art. 2º).

A PNAISC está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos. Os princípios que orientam esta política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade, a

integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa (BRASIL, 2018).

As diretrizes norteadoras para a elaboração de planos e projetos de saúde voltados às crianças, como a gestão interfederativa, a organização de ações e os serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes temáticas de atenção à saúde; promoção da saúde, qualificação de gestores e trabalhadores; fomento à autonomia do cuidado e corresponsabilização de trabalhadores e familiares; intersetorialidade de pesquisa e produção de conhecimento e monitoramento e avaliação das ações implementadas (BRASIL, 2018).

Os sete eixos estratégicos que compõem a política têm a finalidade de orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território, a partir dos determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos (BRASIL, 2018).

Suas ações se organizam a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase para as redes temáticas, em especial à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território, e servem de fio condutor do cuidado, transversalizando a Rede de Atenção à Saúde, com ações e estratégias voltadas à criança, na busca da integralidade, por meio de linhas de cuidado e metodologias de intervenção, o que pode se constituir em um grande diferencial a favor da saúde da criança (BRASIL, 2018).

A assistência à saúde da população infantil ainda encontra-se em processo de construção, juntamente com assistência à saúde em geral, em um movimento de mudança paradigmática do modelo centrado na doença e na criança, para um modelo de construção de redes, em prol da inclusão da família e da integralidade do cuidado (ARAÚJO et al. 2014).

Segundo Araújo et al. (2014), as lacunas e limites existentes no cuidado à criança, estão relacionadas as relações organizacionais e administrativas, no fortalecimento das políticas públicas estaduais e municipais, no modelo de processo de trabalho e no processo continuado de educação em saúde. Sendo assim, se torna necessário que essas ações sejam discutidas em profundidade,

reorganizadas e pactuadas para que estes avanços possam realmente refletir as reais necessidades da população infantil.

Atenção a saúde da criança na Atenção Primária a Saúde

A APS responsabiliza-se pela atenção à saúde de seus usuários, constituindo-se na principal porta de entrada do sistema; ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo; organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral do processo saúde doença (LAVRAS, 2011).

O reconhecimento de que a criança é uma prioridade para a APS e que ela se caracteriza como um dos grupos mais vulneráveis serve de base para ressaltar a importância da atenção integral à sua saúde, visto que a inexistência de um cuidado em saúde dessa população pode acarretar em grandes consequências, tanto no presente, como no futuro (BRASIL, 2018).

A integralidade da atenção à criança é um processo em construção na APS, sendo os serviços da ESF reconhecidos como espaços ideais para estabelecer esse cuidado. Nesse sentido, a puericultura tem um importante papel e se constitui como uma das principais ações realizadas na área de saúde da criança (DAMASCENO et. al, 2016; KUNS, POSSAMAI; 2018).

A puericultura tem por finalidade promover ações de promoção da saúde e de bem-estar infantil, além de oportunizar a detecção precoce de problemas de saúde e realizar encaminhamentos especializados. Esta tem por finalidade seguir um cronograma, promovendo a busca ativa dos faltosos sempre que necessário (KUNZ, POSSAMAI; 2018)

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

A puericultura na maioria das vezes é uma atividade desenvolvida pelo profissional enfermeiro, contemplando ações que consistem em orientações, escuta, avaliação antropométrica e nutricional, estímulo ao aleitamento materno, verificação das imunizações, educação em saúde, observação dos determinantes de saúde, identificação de anormalidades e encaminhamento, registro em prontuário e na caderneta de saúde da criança (ZANARDO et. al, 2017).

A Caderneta de Saúde da Criança é um documento que deve ficar de posse da família e que, se devidamente preenchido pelos profissionais de saúde, contém informações valiosas sobre vários aspectos de saúde da criança, que podem ser utilizadas por diversos profissionais e serviços. A caderneta é distribuída gratuitamente pelo Ministério da Saúde para todas as crianças nascidas no território nacional, o que permite o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, do nascimento aos 10 anos de idade incompletos (BRASIL, 2012).

Em um estudo feito por Andrade et. al. (2014), os profissionais consideram que a caderneta contribui no processo de produção do cuidado durante o atendimento à criança, por meio das informações presentes em seu conteúdo. O diálogo sobre as condições de saúde da criança, por meio de informações geradas na caderneta, no encontro entre profissional, criança e família é vivenciado como ação desejada e buscada pelos profissionais, no sentido em que o instrumento possibilita aos pais visualizarem e acompanharem o crescimento e o desenvolvimento da criança.

No entanto, são muitas as dificuldades encontradas, relacionadas a informações anotadas de maneira incorreta, incompletas e, até mesmo, a ausência de registros, fato que pode comprometer a qualidade da assistência à criança e o alcance dos objetivos do acompanhamento de seu crescimento e de seu desenvolvimento (ANDRADE et. al, 2014)

Em um estudo feito por Kunz e Possamai (2018), a implantação da consulta de enfermagem em puericultura teve como objetivo principal desenvolver uma melhor qualidade na assistência prestada às crianças e famílias, modificando o fluxograma de atendimento na unidade, a fim de inserir esta ação junto à agenda da equipe, bem como proporcionar nova oportunidade de acesso e acessibilidade às crianças e suas famílias.

No entanto, a resistência dos pais em trazerem seus filhos sadios para os serviços de saúde ainda é constante, visto que argumentam que os mesmos não estão doentes para realizarem consultas. Isso pode estar intimamente ligado à falta de informação que as famílias possuem sobre o acompanhamento das crianças, e por possuírem uma cultura centrada no modelo curativo e biomédico, o que torna difícil a sensibilização dos mesmos a essa ação de saúde (KUNZ; POSSAMAI, 2018).

Além da puericultura, também existem outros programas vinculados a saúde da criança que podem ser desenvolvidos pela ESF, destacam-se o Programa Saúde nas Escolas (PSE), Programa Nacional de Triagem Neonatal, Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, Rede Cegonha, Primeira Infância Melhor, Programa Nacional de Imunizações, cujo objetivo em comum é a saúde preventiva das crianças, buscando por meio de ações de saúde, promover a saúde das mesmas (KUNZ, POSSAMAI; 2018).

Cabe ressaltar que é necessário atuar de forma generalista e conjunta com todos os profissionais de saúde compreendendo a criança em seu ambiente familiar e social. Nesse sentido, a atuação de forma multiprofissional se faz imprescindível nos espaços da saúde, pois implica em uma consciência de limites e de potencialidades de cada área do saber, buscando um fazer coletivo fundamentado nos princípios diretrizes do SUS (LOPES et. al, 2013).

2.4 METODOLOGIA

2.4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de abordagem quanti-qualitativa do tipo pesquisa-intervenção, onde será realizada análise de prontuário das crianças na faixa etária de 0 a 24 meses para posteriormente avaliação da cobertura das consultas de puericultura. Também será realizada uma entrevista semiestruturada contendo dados sociodemográficos com profissionais da equipe de enfermagem, psicologia, odontologia, medicina, farmácia, agente administrativo e agente comunitário de saúde e outra com os pais de crianças

na faixa etária de 0 a 24 meses pertencentes à Estratégia de Saúde da Família em estudo.

2.4.2 Local e período de realização

O estudo será realizado entre março e dezembro de 2020 na ESF São José Operário, localizada no município de Marau, no norte do estado do Rio Grande do Sul.

2.4.3 Participantes da pesquisa

Serão convidados a participar sete profissionais pertencentes à equipe da ESF em estudo que esteja atuando há mais de um ano no serviço.

No que se refere aos pais das crianças na faixa etária de 0 a 24 meses pertencentes à ESF em estudo, será realizado um sorteio através de uma lista extraída do prontuário eletrônico G-MUS das crianças nascidas no ano de 2017. Inicialmente serão sorteados dez números, como base para o início da pesquisa, que será finalizada conforme a saturação dos dados.

2.4.4 Critérios de inclusão

- Pais de crianças da faixa etária de 0 a 24 meses pertencentes à ESF;
- Profissionais da equipe da ESF que estão ligados diretamente no cuidado à população em estudo e que estejam atuando no serviço há mais de um ano.

2.4.5 Critérios de exclusão

- Indivíduos com estado cognitivo prejudicado ou, estar em condição de saúde que impeça a participação na pesquisa.

2.4.6 Coleta de dados

Os dados acerca das crianças nascidas no ano de 2017 serão obtidos através do sistema de Gestão Municipal de Saúde (G-MUS), por meio da análise de prontuário de todas estas crianças cadastradas. Serão extraídas informações acerca da periodicidade das consultas de puericultura, idade, sexo, teste do pezinho e vacinas. Será definido o ano de janeiro a dezembro de 2017 a janeiro a dezembro de 2019, visto que todas as crianças terão completado dois anos e será possível realizar a análise da cobertura de consultas de puericultura.

Os participantes serão convidados a participar do estudo. Caso houver o aceite dos mesmos, estes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a pesquisadora.

Em seguida, será realizada a entrevista semiestruturada contendo dados sociodemográficos para os profissionais (APÊNDICE B) e para os pais (APÊNDICE C), ambas serão gravadas em áudio por meio de um telefone celular para que posteriormente possam ser transcritas.

A pesquisadora reservará uma tarde por semana para a realização das entrevistas de forma individual nas dependências da ESF em estudo com os profissionais da equipe e com possibilidade de ser em domicílio com os pais e/ou mães mediante contato prévio e agendamento.

Será utilizada a planilha do Microsoft Excel para a elaboração do instrumento que irá facilitar a busca ativa dos faltosos às consultas de puericultura, tendo como principais informações o nome, idade, data da última consulta e situação vacinal. Assim que elaborado, o instrumento será divulgado em reunião de equipe e deverá ser responsabilidade de todos os profissionais do serviço alimentá-la.

2.4.7 Processamento e análise dos dados

Os dados extraídos do sistema G-MUS serão elencados na planilha do Microsoft Excel e a partir disso serão construídas tabelas e gráficos para melhor visualização dos resultados.

Será realizada a análise descritiva dos dados sociodemográficos. Todas as entrevistas individuais serão transcritas no documento Microsoft Word 2010, onde posteriormente serão analisadas por meio da análise de conteúdo. Essa metodologia pode ser usada em qualquer tipo de documento ou texto e permite fazer descrições sistemáticas dos conteúdos, sejam qualitativas ou quantitativas, a fim de interpretar e inferir conhecimentos a partir dos participantes e seus meios e atingir a compreensão dos seus significados (BARDIN, 2016).

Dependendo das categorias que forem construídas, poderão ser feitas relações com as características sociodemográficas dos participantes e com as vivências e percepções da pesquisadora.

2.4.8 Aspectos éticos

Inicialmente, será enviado um ofício para Secretaria Municipal de Saúde de Marau com vistas a aprovação da pesquisa por meio do Termo de Ciência e Concordância (APÊNDICE C).

O projeto será enviado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UFFS, conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). A pesquisa iniciará somente após a aprovação por este órgão.

No momento da coleta dos dados, os indivíduos que aceitarem participar da pesquisa deverão assinar o TCLE e terão o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade. O usuário que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer penalidade e seu atendimento no serviço será mantido.

Este estudo pode trazer benefícios ao SUS e à Atenção Básica no sentido de permitir conhecer sob a percepção dos usuários da comunidade e profissionais, quais são as ações vinculadas à saúde criança que estão sendo ofertadas pela ESF. Todos os participantes terão benefícios na medida em que esse estudo pode contribuir para melhoria da prestação da assistência relacionada à saúde da criança.

Os riscos aos quais os usuários estarão expostos serão de se sentirem intimidados pela presença da pesquisadora durante a coleta de dados. Se caso isto acontecer, será prestado toda a assistência necessária.

Todos os usuários que participarem da pesquisa terão garantidos o sigilo e a confidencialidade em todas as fases da pesquisa. Somente as pesquisadoras terão acesso aos dados coletados. Logo após a finalização das entrevistas, as gravações serão salvas em computador e excluídas do celular, a fim de evitar a perda e exposição das informações. Os dados serão armazenados por cinco anos nas dependências da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e após esse período serão excluídos.

2.5 RESULTADOS ESPERADOS

O principal resultado esperado dessa pesquisa é conhecer quais são as ações vinculadas à saúde da criança que estão sendo ofertadas na ESF, sob a percepção de usuários e profissionais do serviço. Espera-se também que o instrumento a ser elaborado para identificação das crianças faltosas as consultas de puericultura, contribua positivamente para essa ação.

Os benefícios esperados são a busca ativa eficaz e conseqüentemente a melhoria na adesão as consultas de puericultura. Espera-se que haja a diminuição das demandas por queixas agudas na faixa etária da população estudada. Espera-se, ainda, promover reflexão dos profissionais e usuários acerca da importância da consulta de puericultura.

Espera-se também que o protocolo para as consultas de enfermagem em puericultura seja aprovado pela Gestão Municipal em Saúde, visto que o mesmo já se encontra em andamento. A aprovação desse protocolo certamente irá fortalecer a prestação da assistência ao público infantil e não será somente centrado no profissional médico.

2.6 RECURSOS

Os recursos financeiros necessários para o desenvolvimento do projeto estão listados no Quadro 1 a seguir, sendo todos custeados pela pesquisadora.

Quadro 1 – Recursos financeiros necessários

Identificação do Orçamento	Tipo	Valor em Reais (R\$)
Impressões e encadernações	Outros	200,00
Materiais de papelaria (três canetas, um pacote de etiquetas adesivas, fitas adesivas coloridas, um pacote de elástico fino, uma caixa de clips, um tubo de cola branca)	Outros	50,00
TOTAL		250,00

2.7 CRONOGRAMA

O cronograma de execução das atividades relacionadas ao projeto em questão, através dos meses do ano de 2019 e 2020 a partir do corrente mês está descrito no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 – Cronograma de execução

Atividades	2019				2020												
	09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Revisão da literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■		
Elaboração do Projeto	■	■	■														
Entrega do Projeto			■														
Qualificação				■													
Envio CEP				■													
Aprovação no CEP				■	■	■	■										
Coleta de Dados						■	■	■	■	■	■						
Apresentação relatório parcial ao CEP										■							
Análise dos dados									■	■	■	■	■				
Redação do Artigo													■	■			
Entrega para banca															■		
Apresentação final																	■

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Gisele Nepomuceno de; REZENDE, Tércia Maria Ribeiro Lima; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 857-864, Oct. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000500857&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 out. 2019.

ARAUJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, Dec. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000&lng=en&nrm=iso>>. Acesso em 7 out. 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <<https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em 12 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf. Acesso em 11 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em 15 out. 2019.

BRASIL. Portaria n. 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 13 out. 2019.

DAMASCENO, Simone Soares et al . Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2961-2973, Sept. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso<. Acesso em 6 out. 2019. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 out. 2019.

LOPES, Maria Rita Lima et. al. Acompanhamento de consulta de crescimento e desenvolvimento infantil (CD) com abordagem multiprofissional – relato de experiência. **Rev. ABENO** vol.13 no.2 Londrina Jul./Dez. 2013. Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-59542013000200006&script=sci_arttext. Acesso em 12 out. 2019.

MACÊDO, Vilma Costa de. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde/ Vilma Costa de Macêdo– Recife: **Ed. Universitária da UFPE**, 2016. 43 p. Disponível em: Acesso em 14 out. 2019.

MERG, Clediane Cristina Kunz; MENEZES, Luana Possamai. A implantação da consulta de enfermagem em puericultura na estratégia de saúde da família. **Revista espaço ciência & saúde** v.6, n.1, p.41-55, jul./2018.

SOARES, Delane Giffoni et. al. Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do estado do Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, 29(1): 132-138, jan./mar., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/371>>. Acesso em 12 nov. 2018.

ZANARDO, Graziani Maidana et. al. Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão narrativa da literatura. **Revista de enfermagem | fw** | v. 13 | n. 13 | p. 55-69 | 2017. Acesso em 13 out. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Sr. (a):

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE DE CRIANÇA EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE DO RIO GRANDE DO SUL**. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da aluna Thayna Bonadiman Ciechovicz da Residência Multiprofissional em Área da Saúde: área de concentração Atenção Básica e é orientada pela professora doutora Alessandra Muller Germani, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Este estudo tem como objetivo geral analisar como são desenvolvidas as ações vinculadas a Política de Saúde de Criança em uma ESF do Norte do Rio Grande do Sul a fim de contribuir para melhorias da assistência que é prestada. Durante a pesquisa você irá participar de uma entrevista semiestruturada que será gravada em áudio e posteriormente transcrita para análise dos dados. Os dados coletados por meio deste, poderão avaliar a cobertura de puericultura na ESF estudada e permitir conhecer sob a percepção dos usuários da comunidade e profissionais, quais são as ações vinculadas à saúde criança que estão sendo ofertadas nesse serviço.

Os riscos desta pesquisa estão relacionados a algum constrangimento por parte dos participantes ao responder ao questionário. Para que isto seja minimizado, a entrevista foi revisada pelos pesquisadores, a fim de garantir o sigilo e confidencialidade e não invadir a intimidade dos indivíduos participantes, direcionando-as somente a conteúdo relacionado ao interesse público.

Estando de acordo em participar, os pesquisadores serão os únicos a terem acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei. Os resultados deste trabalho poderão ser publicados em artigo científico ou apresentados em encontros ou congressos e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Sinta-se à vontade em deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando informar, da maneira que achar mais conveniente, a sua desistência sem ter qualquer prejuízo. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelos pesquisadores. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido(a)

nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento pelo telefone (55) 999829248 (entre 07:30 e 17:00), e-mail bonadimanthayna@gmail.com, endereço: Rua 21 de maio, nº 161, bairro São José Operário, CEP 99150-000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail cep.uffs@uffs.edu.br ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., portador(a) do documento de identidade (RG) nº....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, _____ de _____ de 2020.

Assinatura do participante: _____

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Thayna Bonadiman Ciechovicz
Pesquisadora responsável

Profa. Dra. Alessandra Muller
Germani
Orientadora

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PROFISSIONAIS

Nome: _____

Sexo: F () M () Idade: _____

Cor da pele: () Branca () Parda () Negra () Outra

Grau de escolaridade:

() Analfabeto () Médio completo

() Fundamental incompleto () Superior incompleto

() Fundamental completo () Superior completo

() Médio incompleto

É praticante de alguma religião? () Sim () Não Se sim: Qual?

Situação conjugal: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)

() Separado(a) () Viúvo(a) () União estável/vive junto

Renda familiar mensal:

() Até um salário mínimo () Acima de 6 salários mínimos

() Entre 1 e 2 salários mínimos () Não sabe referir

() Entre 3 e 4 salários mínimos

() Entre 5 e 6 salários mínimos

Profissão: _____

Tempo de atuação: _____

Especialização _____

1. O que é puericultura para você? *(o termo será explicado caso não haja entendimento)*
2. Fale um pouco sobre a rotina do seu serviço vinculada a saúde da criança. Quais são as ações que a ESF proporciona a esse público?
3. Para você, qual a importância da puericultura?
4. Quais são as possíveis potencialidades que você observa no serviço relacionado à saúde da criança? E quais são as fragilidades?

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA OS PAIS

Nome: _____

Sexo: F () M () Idade: _____

Filhos: _____

Cor da pele: () Branca () Parda () Negra () Outra

Grau de escolaridade:

- () Analfabeto () Médio completo
 () Fundamental incompleto () Superior incompleto
 () Fundamental completo () Superior completo
 () Médio incompleto

É praticante de alguma religião? () Sim () Não Se sim: Qual?

Situação conjugal: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)

() Separado(a) () Viúvo(a) () União estável/vive junto

Atualmente está empregado? () Sim () Não

Profissão: _____

Aposentadoria () Auxílio-doença ()

Renda familiar mensal:

- () Até um salário mínimo () Acima de 6 salários mínimos
 () Entre 1 e 2 salários mínimos () Não sabe referir
 () Entre 3 e 4 salários mínimos
 () Entre 5 e 6 salários mínimos

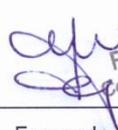
1. O que é puericultura para você? *(o termo será explicado caso não haja entendimento)*
2. Você acha importante realizar o acompanhamento da puericultura?
3. Como você percebe o acompanhamento do seu filho, realizado pela ESF?
4. Fale sobre o que você acha que poderia ser melhorado no serviço para o atendimento ao público infantil.

APÊNDICE D - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA
SAÚDE: ÁREA DE CONCENTRAÇÃO ATENÇÃO BÁSICA

Termo de Ciência e Concordância da Instituição

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Fernanda Garbin**, representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado "*Análise da política de saúde da criança em uma Estratégia de Saúde da Família do Norte do Rio Grande do Sul*", declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.


Fernanda Garbin
Coord. Ações em Saúde
PM Marau/RS

Fernanda Garbin

Coordenadora de Ações em Saúde de Marau



Thayna Bonadiman Ciechovicz

Enfermeira residente – Pesquisadora responsável

Marau, 12 de novembro de 2019.

3. RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

3.1 INTRODUÇÃO

Este trabalho faz parte do terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo. O campo de prática ocorre no município de Marau, Rio Grande do Sul, em duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF): ESF Santa Rita e ESF São José Operário.

Neste terceiro capítulo será apresentado o relatório de campo da pesquisa, tendo como objetivo descrever todas as etapas que ocorreram durante esse período e contextualizar o processo que culminou em uma submissão de um novo projeto, seguindo a mesma linha de pesquisa: saúde da criança.

3.2 LOGÍSTICA E AS ETAPAS DA COLETA DE DADOS

3.2.1 Logística prévia e justificativa da submissão de um novo projeto

Inicialmente, foi realizada a qualificação do projeto no dia 10 de dezembro de 2019 nas dependências da UFFS, estando presentes residentes, preceptoras, tutoras e docentes. Fizeram parte da banca a docente Maríndia Biffi e a docente Renata dos Santos Rabello. Logo após a qualificação, as sugestões da banca foram analisadas e foram realizadas alterações no projeto.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) no dia 5 de maio de 2020 e o parecer foi liberado pela Plataforma Brasil em 6 de junho de 2020, considerando o projeto como NÃO APROVADO.

Como considerações finais, foram dadas as seguintes opções:

1. Entrar com um RECURSO das deliberações do CEP/UFFS junto à Plataforma Brasil no prazo de trinta (30) dias, solicitando a reavaliação do mesmo com base em argumentações que sustentem este pedido;
2. Submeter NOVO PROTOCOLO de pesquisa junto à Plataforma Brasil, reformulando este projeto considerando todos os apontamentos feitos por este CEP. Neste caso, o título do novo “PROJETO DE PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS” deverá ter, NO MÍNIMO, um caractere diferente do título do projeto atual, NÃO APROVADO pelo CEP/UFFS.

Durante esse período, em virtude da pandemia do vírus da COVID-19 que iniciou em março no Brasil, a ESF havia passado por muitas mudanças na forma de organização do serviço. Devido à orientação do isolamento social para evitar a propagação da doença, as atividades em grupo de educação em saúde, as visitas domiciliares e os atendimentos eletivos foram todos suspensos, sendo mantidos somente os atendimentos em caráter de urgência na unidade. Os pacientes com sintomas respiratórios passaram a ser atendidos em uma unidade centralizada localizada na Secretaria Municipal de Saúde.

No que se refere à atuação da residente, as consultas de enfermagem relacionadas à saúde da mulher, as coletas dos exames citopatológicos, também foram suspensas. As atividades na escola, os grupos de atividade física e de artesanato e os acolhimentos de forma multiprofissional na unidade que aconteciam devido à presença da RMS se tornaram bem menos frequentes, devido ao medo e ansiedade que os usuários sentiam em sair de casa e contrair o vírus. Os profissionais da equipe, acostumados com a correria e com a alta demanda da ESF de repente se depararam com uma unidade vazia e isso de certa forma causou descontentamento na residente, que sentiu falta de desempenhar o seu trabalho e além de tudo sentiu muita falta de estar em contato com os usuários.

Em decorrência do projeto não ter sido aprovado, da pandemia da COVID-19 e das recomendações acerca do isolamento social, em conversa com a orientadora e com a preceptora, foi decidido alterar o projeto e submeter um novo protocolo de pesquisa.

Sendo assim, a proposta do novo projeto ficou direcionada somente para os profissionais, integrantes da ESF São José Operário, tendo título alterado para “Análise da política de saúde da criança na percepção dos profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte do Rio Grande do Sul”.

Logo após, um novo documento foi encaminhado para Secretaria Municipal de Saúde de Marau com vistas à aprovação da pesquisa por meio do Termo de Ciência e Concordância. Após o consentimento e assinatura do Termo de Ciência e Concordância pela coordenadora de ações em saúde de Marau, o projeto pode ser submetido no dia 21/09/2020. No dia 22/09/2020 foi constatado uma pequena pendência com relação à folha de rosto, sendo assim foi realizada a alteração e a mesma foi aceita pelo CEP em 25/09/2020.

O parecer foi liberado no dia 26/10/2020, tendo como pendências:

1. RISCOS – COMENTÁRIOS:

Descrever as medidas a serem adotadas caso os riscos identificados venham a se concretizar. Pesquisadores mencionam que, caso o risco ocorra, os participantes serão contatados e informados sobre o ocorrido e retirados do estudo. Há necessidade de cuidado com o participante caso o risco venha a acontecer. Exemplo: os pesquisadores farão uma retratação? Prestarão alguma assistência psicológica (ou outra) aos participantes que sentirem necessidade frente ao efeito adverso? Como os pesquisadores pretendem assistir os participantes, caso o risco ocorra? Adicionar essa informação no corpo do projeto, no TCLE e na plataforma Brasil.

2. DESENHO e METODOLOGIA PROPOSTA – COMENTÁRIOS: Os pesquisadores descrevem no desenho do estudo: “Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa-intervenção”. No entanto, na metodologia aparece também uma etapa quantitativa. Solicita-se a inclusão da palavra “quantitativo” no desenho do estudo.

3. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO – COMENTÁRIOS: Solicita-se ajustar o período de início de coleta para data posterior a conclusão da aprovação pelo CEP.

Por se tratarem de correções consideradas simples, o projeto ficou pendente na modalidade “ad referendum”, quando não há a necessidade de aguardar por uma nova reunião do CEP para aprovação.

As correções foram realizadas e o projeto foi reenviado no dia 05/11/2020 e o parecer foi liberado no dia 11/11/2020, considerado o projeto como APROVADO sob CAAE 38505420.4.0000.5564.

3.2.2 Coleta de dados e instrumento de coleta de dados

Logo após a aprovação pelo CEP, houve atraso para iniciar a coleta de dados, em virtude de a pesquisadora ter o diagnóstico positivo para COVID-19 e se manter em isolamento.

Passado o período de isolamento e o retorno da pesquisadora às suas atividades, foi possível iniciar a coleta de dados no mês de dezembro de 2020. Em virtude da pesquisadora e dos demais profissionais da equipe desempenharem seu trabalho no mesmo local, a coleta de dados ocorreu de forma presencial, sendo respeitados todos os protocolos de biossegurança devido à pandemia da COVID-19, bem como uso de máscaras, distanciamento mínimo, higienização de toda a sala e janelas abertas no momento do encontro.

O instrumento utilizado consistiu em uma entrevista semiestruturada construída pela própria pesquisadora contendo questões sobre características sociodemográficas e perguntas abertas a respeito da puericultura e processos de trabalho referentes à saúde da criança.

As entrevistas foram realizadas de forma individual nas dependências da ESF logo após a assinatura voluntária do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme a disponibilidade de cada profissional. Todas as entrevistas ocorreram normalmente, sem intercorrências. Não houve dúvidas por parte dos sujeitos com relação ao instrumento de pesquisa.

3.2.3 Perdas e recusas

Não houve recusa por parte dos profissionais para a realização da pesquisa. No que se refere a perdas, em virtude dos critérios de inclusão e exclusão não foram todos os profissionais da equipe que puderam participar do estudo.

3.2.4 Preparação e organização do banco de dados

Finalizado a coleta de dados com todos os participantes da pesquisa, foi iniciada a transcrição das entrevistas pela própria pesquisadora. Para a digitação do conteúdo foi utilizado o documento Microsoft Word versão 2010.

Após a transcrição, foi possível iniciar a análise dos dados, realizando uma leitura flutuante para se apropriar das falas e identificando quais eram relevantes aos objetivos do estudo. Para facilitar a análise, durante a leitura a pesquisadora optou por colocar em negrito palavras e frases que chamaram a sua atenção.

Em sequência, uma nova leitura foi realizada para uma maior compreensão das falas, captando núcleos de sentido e dividindo em categorias e subcategorias. Da análise final dos dados, foi possível a construção de categorias temáticas que serão apontadas ao longo desse trabalho, no capítulo 4.

3.3 POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS

Em um contexto geral, pode-se ressaltar que o processo de coleta de dados ocorreu normalmente, sem intercorrências. No que se refere às potencialidades, não houve dificuldade de contato com os profissionais, tendo em vista que o campo de atuação da pesquisadora foi o local da realização das entrevistas.

O instrumento de coleta de dados não gerou dúvidas, nem constrangimentos e entrevistas foram relativamente rápidas, o que não prejudicou os atendimentos aos usuários do serviço.

Quanto aos desafios enfrentados, pode-se destacar a não aprovação do antigo projeto de pesquisa pelo CEP, a pandemia da COVID-19 e o curto período de tempo para a realização do estudo, gerando dificuldades e a não realização da intervenção que visava reunir elementos a partir da fala das profissionais para promover uma Educação Permanente em Saúde (EPS) com ênfase à saúde da criança.

3.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Em um contexto geral, pode-se destacar múltiplos percalços ao longo do período, o que acabou gerando atraso nas etapas do desenvolvimento do estudo.

Em vista disso e de outros motivos elencados ao longo desse relatório de campo, a intervenção não pode ser realizada em tempo, no entanto, cabe ressaltar que ainda é o desejo da pesquisadora promover esse encontro de EPS com os profissionais enquanto inserida no serviço como residente multiprofissional.

4 ARTIGO CIENTÍFICO

O Artigo será encaminhado para avaliação na Revista Saúde e Sociedade.

**ANÁLISE DA POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA NA PERCEPÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE
DO RIO GRANDE DO SUL**

**ANALYSIS OF THE CHILD'S HEALTH POLICY IN THE PERCEPTION OF
PROFESSIONALS OF A FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE NORTH OF
RIO GRANDE DO SUL**

Thayna Bonadiman Ciechovicz¹
Eliana Paula Brentano²
Alessandra Regina Müller Germani³

¹ Enfermeira, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

² Enfermeira, Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família, Preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

³ Docente do Curso de Medicina e Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

RESUMO

Introdução: O reconhecimento de que a criança é uma prioridade para a Atenção Básica a Saúde (ABS) e que compõe um dos grupos mais vulneráveis serve de base para ressaltar a importância da atenção integral à saúde infantil. Dentro desse contexto, os profissionais de saúde devem desenvolver suas atividades, tendo por base programar as políticas públicas vigentes que garantam a qualidade e integralidade da atenção a essa população. **Objetivo:** analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre como são desenvolvidas as ações vinculadas a Política de Saúde da Criança em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) do Norte do Rio Grande do Sul (RS). **Método:** estudo de abordagem qualitativa, tendo como sujeitos da pesquisa sete profissionais pertencentes a uma equipe da ESF do município de Marau, RS. Como instrumento de pesquisa utilizou-se uma entrevista semiestruturada gravada em áudio contendo dados sócios demográficos, perguntas abertas a respeito da puericultura e dos processos de trabalho referentes à saúde da criança. O método escolhido para a análise das entrevistas foi a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011). **Resultados:** da análise, emergiram três categorias: Concepções e relevância da puericultura sob a ótica dos profissionais de saúde que atuam na ESF; Organização e funcionamento da rede de atenção à saúde da criança no município e o papel da ESF e Potencialidades e fragilidades da implementação da política de atenção a saúde da criança na ESF. **Considerações finais:** as ações desenvolvidas na ESF no cuidado à saúde da criança estiveram relacionadas ao acolhimento, às consultas programadas, às visitas domiciliares, às ações de promoção e prevenção à saúde e também ao encaminhamento para outros serviços, no entanto, foi possível constatar que muitas ações não ocorrem da forma que é preconizado pela PNAISC. Destaca-se a atuação da RMS e de profissionais que não fazem parte da equipe mínima, fato que se constitui como um diferencial, pois foi possível identificar que a ampliação da equipe permite o desenvolvimento de algumas ações que vão além do preconizado pela PNAISC, possibilitando uma melhoria na assistência à saúde da criança.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde da Criança; Puericultura; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The recognition that a child is a priority for Primary Health Care (ABS) and that it makes up one of the most vulnerable groups serves as a basis to emphasize the importance of comprehensive child health care. Within this context, health professionals must develop their activities, based on programming as current public policies that guarantee the quality and comprehensiveness of care for this population. **Objective:** to analyze the perception of health professionals about how they are developed as actions linked to the Child Health Policy in a Family Health Strategy (ESF) in the North of Rio Grande do Sul (RS). **Method:** a qualitative approach study, with seven professionals belonging to an ESF team from the city of Marau, RS, as research

subjects. As a research instrument, a semi-structured interview recorded in audio containing demographic data, open questions about the childcare and child health work processes. The method chosen for the analysis of the characteristics was the content analysis, proposed by Bardin (2011). **Results:** from the analysis, three categories emerged: Conceptions and promotion of childcare from the perspective of health professionals working in the FHS; Organization and functioning of the child health care network in the municipality and the role of the FHS and Potentialities and weaknesses of the implementation of the child health care policy in the FHS. **Final considerations:** the actions developed in the ESF in child health care were related to welcoming, scheduled consultations, home visits, health promotion and prevention actions and also referral to other services, however, it was possible to verify that Many actions do not take place as recommended by PNAISC. We highlight the performance of professionals who are not part of the minimum team and also of the RMS, a fact that constitutes a differential, as it was possible to identify that the expansion of the team allows the development of some actions that go beyond what is recommended by PNAISC, enabling an improvement in child health care.

KEYWORDS: Child Health; Childcare; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health professionals.

INTRODUÇÃO

O reconhecimento de que a criança é uma prioridade para Atenção Básica (AB) e que compõe um dos grupos mais vulneráveis serve de base para ressaltar a importância da atenção integral à saúde, visto que a fragilidade do cuidado em saúde dessa população pode acarretar em grandes consequências, tanto no presente, como no futuro (BRASIL, 2018).

Neste sentido, em cinco de agosto de 2015, o Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.130 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem por objetivo:

“promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.” (BRASIL, 2015, art. 2º).

Portanto, a integralidade da atenção à criança torna-se um processo em construção na AB, sendo os serviços da ESF reconhecidos como espaços ideais para estabelecer esse cuidado. Nesse sentido, a puericultura tem um importante papel e se constitui como uma das principais ações realizadas na área de saúde da criança (DAMASCENO et. al, 2016; KUNS, POSSAMAI; 2018).

A puericultura tem por finalidade promover ações de promoção da saúde e de bem-estar infantil, além de oportunizar a detecção precoce de problemas de saúde e realizar encaminhamentos especializados (KUNZ, POSSAMAI; 2018).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

Neste contexto, o profissional enfermeiro tem a autonomia para a realização das consultas de puericultura e deve ter o comprometimento em realizá-la da forma mais adequada, contemplando ações que consistem em orientações, escuta, avaliação antropométrica e nutricional, estímulo ao aleitamento materno, verificação das imunizações, educação em saúde, observação dos determinantes de saúde, identificação de anormalidades, encaminhamento, registro em prontuário e na caderneta de saúde da criança (ZANARDO et. al, 2017).

Além da atuação da enfermagem, cabe ressaltar que é necessário atuar de forma generalista e conjunta com todos os profissionais de saúde. Estes profissionais devem desenvolver suas atividades tendo por base programar as políticas públicas vigentes que garantam a qualidade da atenção à população infantil.

Nesse sentido, a atuação de forma multiprofissional se faz imprescindível nos espaços da saúde, pois implica em reconhecer os limites e potencialidades de cada área do saber, buscando um fazer coletivo

fundamentado nos princípios e diretrizes do SUS (LOPES et. al, 2013; ARAUJO et. al. 2014).

A escolha de trabalhar com essa linha de pesquisa surgiu da observação e inclusão no serviço da pesquisadora como residente multiprofissional em saúde em uma ESF e da necessidade pessoal de aprofundar seus conhecimentos acerca do assunto. Percebeu-se que trabalhar com os profissionais da equipe da ESF e identificar as suas percepções acerca do cuidado à saúde da criança, da puericultura e dos processos de trabalho relacionado à essa população é de grande relevância, na medida em que pode promover a reflexão das suas práticas e a identificar os problemas e carências no serviço, funcionando também como disparador para qualificar ações.

Diante do exposto, a questão que norteou este estudo consistiu em: “Como são desenvolvidas as ações vinculadas a Política de Saúde da Criança na percepção dos profissionais de saúde em uma ESF do Norte do Rio Grande do Sul?”, tendo como objetivo geral: analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre como são desenvolvidas as ações vinculadas a Política de Saúde da Criança em uma ESF do Norte do Rio Grande do Sul.

Os objetivos específicos consistiram em: caracterizar os sujeitos do estudo conforme dados sócio demográficos, conhecer a percepção dos profissionais no que se refere ao entendimento e importância da puericultura, identificar quais ações voltadas à saúde da criança são desenvolvidas na ESF e no município e conhecer na percepção dos profissionais, quais são as potencialidades e fragilidades encontradas no serviço no que se refere à saúde da criança.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de abordagem qualitativa. Segundo Câmara (2013), o estudo qualitativo permite estabelecer fatores de determinado fenômeno, a partir da perspectiva analítica do real, por meio da população estudada. Ainda, capta as nuances da percepção dos entrevistados para

ampliar a compreensão da realidade vivida pelos respondentes e aprofunda a questão de como as pessoas percebem os fenômenos estudados.

O estudo foi realizado no período de outubro de 2020 a janeiro de 2021 e buscou analisar o desenvolvimento da política de saúde da criança a partir da percepção de profissionais em uma ESF da região norte do Rio Grande Do Sul, conhecida também como planalto médio.

No último censo realizado pelo IBGE em 2010, a população do município era de 36.364 habitantes, sendo 31.558 pertencentes ao meio urbano e 4.806 pertencentes ao meio rural, com densidade demográfica de 56,00 hab/km². Atualmente, a população estimada é de 44.858 pessoas (IBGE, 2020). Conforme relatório extraído do prontuário eletrônico do município, a ESF em estudo possui 4.100 cadastrados, sendo 2071 pessoas do sexo feminino e 2010 pessoas do sexo masculino (GMUS, 2021).

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais pertencentes à ESF em estudo. Os critérios de inclusão foram profissionais da equipe da ESF, de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que atuam diretamente no cuidado à população em estudo e que estão no serviço há mais de um ano. Os critérios de exclusão foram profissionais que estavam em férias e afastados em razão da pandemia da COVID-19.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora nas dependências da unidade de saúde, por meio de uma entrevista semiestruturada construída pela própria pesquisadora (ANEXO A) gravada em áudio, contendo questões sobre características sócio-demográficas e perguntas abertas a respeito da puericultura e processos de trabalho referentes à saúde da criança. Foram respeitados todos os protocolos de biossegurança devido à pandemia da COVID-19, bem como uso de máscaras, distanciamento mínimo, higienização de toda a sala e janelas abertas no momento da entrevista.

Posteriormente, os dados foram transcritos no documento Microsoft Word 2010 e tratados a partir da análise de conteúdo do tipo temática proposta por Bardin (2011), sendo operacionalizada a partir das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação.

Na etapa de pré-análise, como os dados já estavam transcritos, realizou-se leitura compreensiva para apropriação dos diálogos e observações, identificando os pertinentes aos objetivos do estudo. Na fase de exploração do material, realizou-se leitura em profundidade dos diálogos e observações para captar os núcleos de sentido e classificação/reclassificação dos achados — categorias e subcategorias empíricas. Da análise final dos dados, foram elencadas três categorias conceituais de análise. Os profissionais foram identificados, neste estudo, utilizando-se a letra maiúscula E (entrevistado) seguida de numeração arábica (E1, E2, E3...).

Ressalta-se que os princípios éticos foram respeitados, de acordo com a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul e aprovado sob o número do Parecer n° 4.392.809.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O público alvo foi composto por sete profissionais da saúde, todas exclusivamente do sexo feminino, com idades entre 28 a 47 anos, sendo mais prevalente a faixa etária dos 30 anos (4). Todas se autodeclararam da cor branca e a grande maioria da religião católica (6). Quanto à situação conjugal, a grande maioria era casada (4). Sobre a renda familiar mensal, a mesma variou entre 3 a 4 salários mínimos (3), 5 e 6 salários mínimos (2) e acima de 6 salários mínimos (2).

No que diz respeito à escolaridade, três possuíam ensino médio completo, três ensino superior completo e uma ensino superior incompleto. Além disso, três possuíam curso técnico, três haviam concluído uma pós-graduação e duas possuíam mestrado. No que se refere ao tempo de atuação na ESF, o período variou de 1 a 5 anos (2), 5 a 10 anos (3) e acima de 10 anos (2).

Após uma leitura cuidadosa das entrevistas, três categorias conceituais de análise foram elencadas: Concepções e relevância da puericultura sob a ótica dos profissionais de saúde que atuam na ESF; Organização e funcionamento da rede de atenção à saúde da criança no município e o papel

da ESF e Potencialidades e fragilidades da implementação da política de atenção a saúde da criança na ESF.

Assim segue as análises realizadas:

CONCEPÇÕES E RELEVÂNCIA DA PUERICULTURA SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATUAM NA ESF

Dessa categoria emergiram duas subcategorias, onde uma evidencia o entendimento que as profissionais da saúde têm a respeito da puericultura e a outra sobre a importância que a puericultura tem para essas profissionais.

Quanto à primeira subcategoria, algumas profissionais apontaram o seu entendimento acerca da puericultura associando esse cuidado à saúde da criança desde a assistência do pré-natal.

“A puericultura para mim na verdade ela é uma continuidade do pré-natal” (E3)

“Puericultura para mim é o acompanhamento que é feito desde lá do início do pré-natal, que se inicia já no primeiro trimestre da gestação e vai toda a gestação da mãe, aí depois quando nasce o bebê que daí faz o acompanhamento até os dois anos” (E6)

Segundo o Ministério da Saúde (2012), a atenção à saúde da criança inicia-se antes mesmo do nascimento com o acompanhamento da gestante por meio do pré-natal assegurando o desenvolvimento de uma gestação segura e permitindo o parto de um recém-nascido saudável.

A PNAISC também menciona a gestação e as ações do pré-natal na atenção integral a saúde da criança se configurando como um dos sete eixos estratégicos da política:

“atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido: consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015, art. 6, parágrafo 1º).

Segundo Amorim e Backes (2020), a gestão do cuidado significa acolher as singularidades do binômio mãe-filho e da família deste, desde o pré-natal, e promover cuidado singular, multidimensional, contínuo, vigilante e

sistematizado, que valoriza a subjetividade do ser mulher-mãe e os cuidados com a criança.

A garantia da assistência ao pré-natal proporciona a identificação de doenças e agravos de forma precoce e permite que intervenções sejam realizadas a fim de evitar maiores complicações. Dessa forma, considerando que o pré-natal compreende não só a saúde da gestante, mas também da criança, e a puericultura se configura como uma ação à saúde da criança se torna válido o entendimento de que as mesmas possam estar interligadas.

Uma profissional da saúde apontou o entendimento da puericultura centrado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde o seu nascimento. Ainda, a mesma mencionou uma compreensão da puericultura relacionada a ações de cunho técnico, conforme relatado a seguir:

“Puericultura é o acompanhamento da criança desde o nascimento, de peso, de vacina, nutrição, desenvolvimento” (E1)

Costa e colaboradores (2014) evidenciam em seu estudo a observação de que o cuidado à saúde da criança prestado por muitos profissionais está voltado mais para o acompanhamento dos aspectos biológicos preconizados pelo ministério da saúde, que abrangem: crescimento, desenvolvimento, imunização, nutrição, exame físico, cartão de vacina, higienização, entre outros.

No entanto, Zanardo et. al (2017) traz que a puericultura não é somente a assistência de cuidados e orientações, mas sim, um momento de estabelecer a relação do profissional entre a criança, família e comunidade. Sendo assim o entendimento de que a puericultura está associada somente aos aspectos biológicos da criança se torna um pouco limitado, na medida em que a criança se configura como um indivíduo que possui diversas particularidades que devem ser avaliadas para a garantia do princípio da integralidade.

Outras profissionais também referiram o entendimento da puericultura centrado no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em si, no entanto mostraram uma visão mais ampliada, partindo do pressuposto da integralidade, envolvendo a família e múltiplos aspectos que devem ser observados para contribuir diretamente na melhoria da assistência a esse público.

“Eu entendo a puericultura como um cuidado integral a saúde das crianças, e também de suas famílias, que envolvem os aspectos físicos, psicológicos, sociais” (E2)

“É o acompanhamento da criança de zero aos dois anos, onde é cuidada a saúde da criança, no geral, física, mental...” (E7)

Segundo Zanardo et. al, (2017), a puericultura é uma atividade que abrange a criança e os envolvidos no cuidado, permitindo acompanhar o crescimento da mesma em todos os aspectos. Além disso, essa prática corrobora para o estreitamento do vínculo com a família e possibilita conhecer o espaço e a situação em que vivem.

Sendo assim, é válido ressaltar que muito além do aspecto físico e/ou biológico da criança, a puericultura pode ser entendida como uma ação que proporciona uma maior aproximação da criança e das suas famílias com a equipe da ESF, permitindo um espaço de diálogo, confiança mútua, possibilitando que os profissionais compreendam a situação familiar em que a criança vive, além de permitir que os familiares e/ou responsáveis possam estar compartilhando seus reais medos, preocupações e angústias relacionados à saúde da criança em um contexto geral.

A segunda subcategoria destaca a relevância da puericultura na visão das profissionais, no que diz respeito ao acompanhamento do desenvolvimento da criança relacionado à identificação de problemas e prevenção de doenças e agravos.

“É muito importante para que a gente venha evitar vários tipos de agravos” (E2)

“É fundamental esse acompanhamento, em vários momentos já foram observados situações de dificuldade de desenvolvimento da criança e que às vezes no dia a dia dos pais não é observado”(E3)

Para ver o seu desenvolvimento, para prevenir futuros problemas, para prevenir futuras doenças, ver como está evoluindo, auxiliar quando é preciso (E5)

É o início de tudo né, se tu tiver uma boa base, um bom alicerce, vai ser mais fácil para prevenir futuras doenças (E6)

Segundo Zanardo e colaboradores (2017), a puericultura desempenha um papel importante no acompanhamento da criança, com o objetivo de minimizar os agravos à saúde, pois é durante os primeiros anos de vida que as doenças são frequentes e algumas vezes, graves e atentar para saúde das crianças nessa fase é crucial para identificar reais problemas que podem ser atendidos a tempo.

Além disso, existem diversos outros tipos de agravos à criança, como situações de vulnerabilidade, violência familiar, que podem ser observados por meio da puericultura, por isso a sua importância no que se refere à promoção de um crescimento saudável e na melhoria da sua qualidade de vida.

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO E O PAPEL DA ESF

Essa categoria traz à tona como são organizados os processos de trabalho na ESF e no município na perspectiva do cuidado a saúde da criança, desta forma expressam a rotina de funcionamento do serviço e representam o dia a dia da unidade na visão de diferentes núcleos profissionais que trabalham em prol do mesmo objetivo: a integralidade da atenção à saúde da criança.

Em um contexto geral, o conjunto de ações que compõem o atendimento à saúde da criança na ESF em estudo compreende: recepção e acolhimento, consultas médicas, psicológicas, odontológicas e de enfermagem, visitas domiciliares, atendimento ambulatorial, imunizações, educação em saúde por meio de atividades na escola e creches, acesso das mães e pais ao pré-natal, dispensação de medicações, entre outras atividades. Essas ações são desenvolvidas por diversos profissionais, sendo eles: médico, enfermeiro, psicólogo, dentista, auxiliar de saúde bucal, auxiliar administrativo, técnico de enfermagem e farmacêutico.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a portaria nº 18, de 7 de janeiro de 2019 institui que as equipes mínimas da Atenção Básica (AB) deverão ser compostas por médicos (preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade), enfermeiro (preferencialmente especialista em saúde da família), auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, podendo contar com cirurgião-dentista (preferencialmente especialista em saúde da família), e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

Dessa forma, pode-se ressaltar que a equipe de ESF do município é ampliada, visto que também possui o profissional farmacêutico e o psicólogo atuando no serviço e que serão mencionados ao longo do estudo.

No que se refere à saúde da criança, segundo a PNAISC, sempre que possível a mãe deve deixar a maternidade já com a data agendada para o comparecimento entre o terceiro e o quinto dia de vida da criança em sua unidade, no entanto o acolhimento às crianças que nascem no território da ESF se dá por uma ação articulada entre a AB e a Vigilância em Saúde do município e as consultas geralmente se dão no sétimo dia de vida, como destaca a entrevistada:

“A notícia do nascimento da criança é logo comunicado pela vigilância em saúde através de telefone, aí a gente já faz o contato com o familiar, para vir agendar ou para vir trazer essa criança pra consulta do sétimo dia. Na primeira semana a gente já tem um relacionamento com os pais e a criança para dúvidas, rotinas do cuidado, das necessidades que devem ser tomadas nesse período, das vacinas, sendo avaliado já alguns marcos do desenvolvimento do bebê também, e claro, a formação do vínculo para seguir acompanhando na unidade. Também já sai da consulta do sétimo dia agendada pra consulta dos 15 dias com o pediatra que a gente tem na rede e já com o retorno também da mãe e do bebê nos 30 dias” (E3)

É importante ressaltar que a aproximação da ESF logo após o nascimento contribui para que a criança e a família se sintam felizes e cuidados pelos profissionais de saúde, construindo laços de afeto, implicação e compromisso com o cuidado à saúde das crianças.

Segundo a PNAISC, a integralidade da atenção começa pela AB mediante o acesso e acolhimento universal e o exercício da clínica, a partir da valorização da relação com o usuário. A função central das equipes de AB é acolher, escutar e oferecer resposta adequada, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde e/ou de reduzir danos e sofrimentos da população.

O acolhimento na ESF geralmente é feito pelo auxiliar administrativo que se encontra na recepção da unidade. Embora essa prática possa ser realizada por todos os profissionais da ESF como preconiza o Ministério da Saúde, na ESF muitas vezes o acolhimento é limitado ao auxiliar administrativo, ao médico e ao enfermeiro como mencionado na fala a seguir:

“Começando por mim ali na frente, aí vai passar por um médico ou pela enfermagem também se tem necessidade” (E4)

O acolhimento possibilita a humanização do atendimento, garantindo o acesso ao serviço de saúde. Refere-se à atenção dada aos problemas de saúde do usuário, de maneira qualificada, proporcionando a solução do seu

problema ou o encaminhamento do mesmo para uma possível resolução (LOPES et. al, 2015).

Pelo fato da AB e da ESF se caracterizarem como portas de entrada aos serviços de saúde, o acolhimento se constitui como uma importante ferramenta, na medida em que permite acolher todos os usuários que procuram o serviço, principalmente no que se refere às crianças, onde seus pais, familiares e/ou responsáveis muitas vezes procuram o serviço para com o intuito de buscar orientações e esclarecimento de dúvidas.

Na fala a seguir, a profissional menciona que além do acolhimento, existem as consultas programadas para a assistência à saúde da criança. Pode-se entender que o programa, a qual a profissional menciona, se refere ao programa de puericultura.

“Tem diversas consultas relacionadas ao programa, que não são queixas do dia, mas sim uma consulta para avaliação do desenvolvimento dessa criança (E3)”

Os agendamentos das consultas de puericultura na ESF seguem o que é recomendado pelo Ministério da Saúde, ou seja, as consultas são realizadas na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês e no 24º mês (BRASIL, 2012).

Outra profissional esclarece em sua fala que as consultas programadas para a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança são de exclusividade do profissional médico e que o enfermeiro se torna responsável pela demanda espontânea da unidade.

“Geralmente se é consulta de mês é passado pela médica, ou caso tenha alguma queixa do dia geralmente são as enfermeiras que avaliam, mas geralmente a consulta do mês é com a médica” (E6)

Em um estudo feito por Assis et. al. (2011), as enfermeiras evidenciaram a mesma realidade, a não realização das consultas de puericultura, sendo as consultas pautadas nas queixas apresentadas pela família e sinais e sintomas das crianças de acordo com a demanda diária e em livre demanda.

Além de ser uma atribuição do médico, o Ministério da Saúde também preconiza que o enfermeiro se configura como um profissional capacitado para realizar consultas de puericultura (BRASIL, 2012). Além disso, muitos estudos trazem a efetividade da consulta de enfermagem em puericultura, a autonomia do enfermeiro para a realização dessa ação e a valorização da atuação desse

profissional como um agente fundamental deste processo (ZANARDO et. al, 2017; YAKUWA; NEILL; MELLO, 2018; SIEGA, 2020), no entanto a organização do serviço da ESF segue a lógica de apenas a consulta do sétimo dia ser com o enfermeiro e as demais consultas programadas serem de responsabilidade do médico, conforme já mencionado anteriormente na fala das profissionais.

Além das consultas médicas e de enfermagem, é importante mencionar que a ESF conta com uma equipe de saúde bucal composta pela dentista e auxiliar de saúde bucal. Além dos atendimentos na unidade, as atividades relacionadas à saúde da criança na saúde bucal incluem ações de promoção à saúde tanto para as crianças como para os pais, e também nas escolas e creches, como mencionado na fala:

Na rotina geral, a gente tem o acompanhamento das crianças. A gente vai na creche passar vídeos, ensinar a escovar os dentes, mostrar como se previne a cárie, a escovação supervisionada. É feito o atendimento aqui na unidade também para essas crianças, desde o nascimento, os primeiros dentinhos, ensinar os pais a cuidar a escovação da criança (E7)

Em um estudo realizado por Figueiredo e colaboradores (2020), há a compreensão dos profissionais da necessidade de haver orientação aos pais e/ou responsáveis acerca dos cuidados com a saúde bucal como um meio essencial para manutenção da saúde das crianças requerendo, para tanto, a oferta de ações educativas que fomentem a compreensão acerca da promoção da saúde e da prevenção de doenças bucais.

A PNAISC recomenda o ambiente escolar como um espaço eficiente para o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde bucal, como a escovação supervisionada, a aplicação de flúor nos casos necessários e as atividades educativas em sala de aula.

A profissional também menciona que o atendimento à saúde bucal é prioritário até os dois anos de idade, podendo a consulta ser agendada previamente, seguindo o mesmo fluxo que as consulta médicas e de enfermagem.

“É acompanhado a criança até os dois anos, tem preferência também, não é necessário tirar ficha, é agendado até os dois anos” (E7)

Segundo a PNAISC, para o primeiro ano de vida da criança recomendam-se duas consultas odontológicas: a primeira consulta por volta do

nascimento do primeiro dente de leite, e uma segunda consulta aos 12 meses de idade. Após o 1º ano de vida, a equipe de saúde bucal deverá realizar uma programação de consultas periódicas para a criança, em função da avaliação de risco e vulnerabilidade, devendo-se garantir pelo menos uma consulta ao ano (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Outra profissional evidencia que costuma realizar a orientação a respeito da saúde bucal e sensibilizar os pais a procurarem atendimento odontológico para os seus filhos.

“E muitos a gente consegue convencer de também fazer avaliação odontológica, uma, nem que seja, até os dois anos de idade” (E6)

Comassetto e colaboradores (2019) destacam a necessidade da valorização da prevenção e promoção de saúde bucal infantil e a importância do contexto familiar, bem como a responsabilização dos pais e/ou responsáveis neste processo durante os primeiros anos de vida da criança.

A assistência à saúde bucal pode ser garantida por meio de consultas programadas e/ou atividades de educação em saúde com os pais, responsáveis e também em escolas e creches. Esse cuidado deve ser entendido como um elemento fundamental à saúde da criança e cabe ressaltar a importância da inserção dos pais nesse processo.

Embora não faça parte da equipe mínima da ESF, o serviço também conta com a atuação da psicologia na unidade. Os atendimentos às crianças, bem como os demais atendimentos, se dão por meio do acolhimento psicológico previamente agendado, conforme encaminhamento dos profissionais da saúde ou a necessidade própria dos pais ou usuários.

Além da esfera curativa, a fala trazida por essa profissional traz elementos no que diz respeito às ações de promoção e também de prevenção à saúde realizadas na ESF, bem como a assistência à casos que exigem maior complexidade, como risco de suicídio, violência familiar e sexual :

“A gente pode pensar em duas esferas, tanto na parte da promoção da saúde, como na parte da prevenção. Na parte de promoção da saúde das crianças, tem a questão de todo o acompanhamento que a gente pode fazer por meio de grupo de gestantes, de palestras educativas. A gente pode falar da parte de promoção que a gente faz nas escolas, com orientações a professores, pais, famílias (...) E na parte preventiva, é mais uma questão da gente tratar quando algo foge da normalidade, quando tem algo de patológico tanto pra criança, como para a família (...) O atendimento psicológico em si, tanto para a criança, como para os pais (...) Nós trabalhamos muito com relação a alguns casos, de crianças e

adolescentes por exemplo, com risco de suicídio, alguns casos de violência familiar, violência sexual” (E2)

Um estudo feito por Marques e Oliveira (2015), menciona a presença do psicólogo como fundamental na composição da equipe e que o saber desse profissional vem a somar e contribuir em diferentes processos de trabalho na ESF, podendo trabalhar como facilitador de relações e de acesso aos pacientes e serviços, identificando situações de risco e realizando encaminhamentos, colaborando na formação de grupos psico-educativos voltados à comunidade e fortalecendo laços fundamentais para a continuidade do tratamento dos sujeitos.

No que diz respeito à PNAISC, a mesma traz a necessidade da atuação desse profissional na atenção integral à criança em situação de violências por meio de serviços especializados, ou seja, serviço de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual. Ainda, a política traz que esse profissional deve atuar em serviços específicos, como Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), as unidades prisionais e redes de saúde mental como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

O NASF não faz parte das redes de atenção do município, no entanto é possível contar com o apoio do CAPS e do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), sendo este último onde a ESF trabalha de forma articulada, principalmente no que diz respeito a casos de qualquer tipo de violência, em especial às crianças.

Além da psicologia, a equipe da ESF também conta com o profissional farmacêutico, responsável por toda a assistência farmacêutica. No entanto, quando questionada sobre sua rotina de serviço na unidade, a entrevistada somente mencionou o fato da dispensação da medicação:

“Eu fico bastante tempo na farmácia, aqui a gente acaba fazendo a entrega da medicação” (E5)

Um estudo sobre os desafios do farmacêutico na pediatria traz que esse profissional tem a função de orientar os pais e responsáveis acerca do tratamento, esclarecer sobre os perigos da automedicação, visto que as crianças possuem a fisiologia diferente dos adultos, podendo levar à intoxicação ou não fazendo o efeito desejado, orientando-os sempre a procurar atendimento se necessário (CASTILHO; NASCIMENTO; GRASSI, 2016).

Embora na PNAISC o profissional farmacêutico não seja mencionado, no ano de 2017, o Ministério da Saúde publicou um guia com recomendações e estratégias para a ampliação da oferta, do acesso e do uso racional de medicamentos em pacientes pediátricos. Esse documento buscou reunir um panorama da situação da assistência farmacêutica em pediatria, além de apresentar propostas de recomendações e estratégias para se avançar nessa agenda de saúde coletiva em prol do público infantil (BRASIL, 2017).

Apesar da entrevistada não ter mencionado outras ações realizadas na sua rotina de serviço, percebe-se pela pesquisadora, durante a inserção no serviço, que além da dispensação da medicação, também são realizadas orientações aos pais e/ou responsáveis no que diz respeito ao uso correto e racional dos medicamentos.

As ações realizadas no território também são muito importantes e proporcionam uma maior aproximação da equipe, das crianças e famílias. Por meio das visitas domiciliares é possível conhecer as realidades, identificar agravos, estabelecer estratégias de diálogo e de intervenção de acordo com as necessidades de cada criança e família, além das atividades de busca ativa e de orientações gerais conforme mencionado nas falas a seguir:

“A gente vai mensalmente na casa da criança para ver o que tá acontecendo, como é que tá, se a criança tá sendo maltratada, tá sendo negligenciada, se faltou a consulta, o porquê que faltou na consulta, a gente faz essa parte também” (E1)

“Geralmente todo mês a gente acompanha, vai na casa, vê se fez as vacinas, vê se foi nas consultas, eu costumo orientar muito sobre a alimentação” (E6)

Segundo Yakuwa, Neill e Mello (2018), as ações no âmbito domiciliar vão em busca de uma maior conexão com o cotidiano das famílias e da garantia de atendimento e acompanhamento em situações de descontinuidade da atenção à saúde. Na articulação entre a equipe e o domicílio, ganha destaque a discussão entre os profissionais sobre os casos das famílias privilegiando o compartilhamento de saberes interprofissionais e fortalecendo o trabalho em equipe para assim realizar a tomada de decisões de forma conjunta.

Um aspecto importante para a equipe de saúde considerar nos processos de trabalho junto às famílias se relaciona às dinâmicas familiares, seus conflitos, relações e implicações. Por meio das visitas domiciliares se

torna possível identificar crianças que estejam em situação de risco e vulnerabilidade.

Segundo a PNAISC, uma criança em risco refere-se àquela exposta a situações em que há maior chance de evolução desfavorável, em qualquer aspecto biopsicossocial. Por isso o cuidado em saúde demanda um olhar da criança por inteiro, numa postura acolhedora com escuta atenta e qualificada e o estabelecimento de vínculos.

No que se refere ao sistema de saúde do município, o mesmo conta com profissionais especialistas disponíveis na rede para casos específicos que demandam uma maior complexidade, como mencionado na fala a seguir:

“Se ela (a criança) não tem nenhum problema de saúde, é feito o acompanhamento na unidade, caso ela tenha qualquer deficiência, qualquer outro probleminha de saúde, é feito o acompanhamento com o pediatra lá nas especialidades até os dois aninhos de idade” (E6)

O fato mencionado vai de encontro ao que é preconizado pela PNAISC, onde em situações de crianças de maior risco/complexidade poderá ser necessária a atenção de um profissional de apoio, principalmente casos de crianças com atraso no seu desenvolvimento, onde deve haver interface e encaminhamento responsável para o pediatra. No entanto, a política menciona que deve ser mantido o compromisso de acompanhamento da criança pela ESF, levando em conta o princípio da longitudinalidade, o que de fato geralmente não ocorre.

O profissional pediatra atua no município 20 horas no posto de saúde central, mais conhecido como especialidades. Geralmente, a criança é avaliada pelo enfermeiro na consulta do sétimo dia e após se tem instituído a avaliação com o pediatra nos 15 dias de vida como já foi mencionado na fala dos profissionais e que não é preconizado pela PNAISC, mas o município proporciona.

Com relação às demais faixas etárias, para ter acesso à consulta com o médico pediatra se torna necessário o encaminhamento do médico da ESF, sendo agendado a consulta previamente pelo auxiliar administrativo da ESF e realizado as orientações necessárias.

Segundo a PNAISC, para atendimento em serviços de pediatria, o SUS abrange crianças e adolescentes de zero a 15 anos, ou seja, até completarem

16 anos ou 192 meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento.

A fala da E3 traz sobre a importância de se ter um médico pediatra na rede:

“(...) com o pediatra que a gente tem na rede, que isso é uma das vantagens né, a gente tem esse plus no nosso município” (E3)

Contar com o apoio de um atendimento especializado é muito importante para a equipe e isso demonstra o fortalecimento da rede de atenção do município. Segundo o Ministério da Saúde, a articulação de profissionais e serviços de saúde, mediante estratégias como o estabelecimento de linhas de cuidado, a troca de informações e saberes, a tomada horizontal de decisões garantem a continuidade do cuidado de forma a contribuir para a integralidade da atenção e a proteção da criança (BRASIL, 2018).

Além disso, é importante ressaltar que a ESF em estudo conta com profissionais enfermeiros, psicólogos e farmacêuticos que fazem parte da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Na fala a seguir, a RMS foi apontada como uma possibilidade de maior interação dos núcleos profissionais distintos:

“Em função de estar na residência, acontece mais de conseguir acompanhar a questão do acolhimento, de participar da puericultura, de atendimentos com a enfermagem” (E5)

Um estudo feito por Domingos, Nunes e Carvalho (2015), traz a influência da RMS na mudança do trabalho, de acordo com a perspectiva da atenção básica (integralidade do trabalho em equipe multiprofissional), contribuindo para que a atenção primária seja mais resolutiva nos cuidados a saúde da população.

Sendo assim, nota-se a importância da atuação da RMS nos serviços, tendo em vista que representam um apoio na prestação do cuidado, além de proporcionar um trabalho de forma conjunta, trocando conhecimentos e discutindo casos, em prol do bem estar da população.

Cabe ressaltar o município não possui protocolos de atenção à saúde da criança. Segundo a PNAISC, a elaboração de protocolos clínicos assistenciais e também de linhas de cuidado, definindo as ações e os serviços que devem

ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede e os fluxos assistenciais a serem percorridos pelos usuários, constitui outra estratégia que, além de organizar e facilitar o percurso terapêutico dos usuários, sendo formulados conjuntamente por profissionais destes diferentes serviços, também pode servir de importante elemento de integração entre eles.

Por fim, nesta categoria pode ser evidenciada a organização dos processos de trabalho da ESF relacionado à saúde da criança, desde o acolhimento, das consultas programadas, até o encaminhamento para outros serviços. Pode-se perceber que a ESF conta com uma equipe ampliada e com a presença da RMS, além da articulação com as demais redes de atenção do município e que algumas ações do serviço não ocorrem da forma que é preconizada pela PNAISC, enquanto outras vão além.

Além disso, os profissionais mencionaram como é organizado o serviço e deixaram claro o papel da ESF, que se constitui como um espaço não só para o tratamento de doenças, mas também para a realização de atividades de promoção e prevenção à saúde, fato que vai de encontro com Araújo e colaboradores (2018), onde foi evidenciado que os programas estruturados para oferecer AB ou Atenção Primária à saúde da criança têm como metas principais além do tratamento e reabilitação, a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA NA ESF

Nessa categoria, as profissionais evidenciam as potencialidades encontradas no serviço. Na grande maioria das falas, é trazido a respeito das agentes comunitárias de saúde (ACS) e sobre a importância do seu trabalho na assistência à saúde da criança.

“O próprio acompanhamento das agentes comunitárias de saúde, acaba dando realmente uma atenção à saúde das crianças e das famílias” (E2)

“Da importância dos agentes comunitários de saúde que conseguem passar mais tempo na casa da família observando como é o vínculo, porque às vezes numa consulta só não se observa tudo e sim o relacionamento dos pais em casa, com as crianças e de como é na comunidade” (E3)

“Tem o trabalho das agentes de saúde, sempre cuidando também, que eu acho importante, que acompanham as crianças, veem o que elas mais precisam, trazem para a unidade, é discutido e vê o que pode ser feito dependendo da situação” (E4)

“O trabalho das agentes de saúde, elas fazem as visitas, acompanham, realizam bastante esse acompanhamento no domicílio” (E5)

“A equipe de agentes de saúde está completa, isso é o elo entre a equipe e a comunidade”(E7)

O acompanhamento no domicílio, na percepção das profissionais, é essencial, pois permite o conhecimento da realidade do contexto familiar, fortalecendo o cuidado às crianças e famílias, além da articulação com a equipe da ESF.

Em um estudo feito por Peruzzo e colaboradores (2018), é reforçada a importância do papel das ACS, devido ao fato de serem elas as responsáveis por estabelecer o elo entre a comunidade e a equipe da ESF, facilitando o acesso ao ambiente familiar e a identificação dos problemas existentes influenciando na caracterização da demanda.

Nesse sentido, o trabalho das ACS por meio das visitas domiciliares tem muita relevância, na medida em que aproxima as famílias da ESF, além de proporcionar uma visão mais ampliada acerca do contexto familiar e dos determinantes e condicionantes de saúde da população garantindo uma atenção à saúde mais efetiva.

Algumas profissionais mencionaram a prontidão da equipe em ofertar acolhimento aos usuários que chegam ao serviço, em fortalecer vínculos e em realizar a busca ativa das crianças pertencentes à ESF.

“A equipe tá sempre disposta a receber as pessoas, às vezes por avaliação, nem consulta, pode ser uma orientação, a equipe tá sempre com as portas abertas para resolver essas questões” (E6)

“A gente tem uma porta aberta, acho que esse vínculo que se faz, do agendamento, de ligar, da busca ativa, essa abertura que se tem, de se fazer essa procura, de entrar em contato com todos os bebês que nascem, que são vinculados a ESF, indiferente se fizeram pré-natal ou não no privado, acho que isso fortalece o vínculo mostrando que o serviço tá aberto e preocupado com as pessoas também, com a comunidade” (E3)

Para Santos e Miranda (2016), o vínculo se constitui como um elemento imprescindível para o fortalecimento das relações na ESF, corresponde um recurso terapêutico e também ao mesmo tempo em uma ferramenta relevante

para o funcionamento da ESF, na medida em que intermedeia a comunicação entre os usuários e profissionais de saúde, concretizando o estabelecimento de uma relação muito próxima entre os mesmos.

A garantia do acesso e o fortalecimento do vínculo aproximam relações entre equipe e família, se constituindo como uma potencialidade para o cuidado contribuindo para o funcionamento dos serviços da ESF.

O fato de se trabalhar com uma equipe multiprofissional também foi mencionado por uma profissional da equipe como uma potencialidade, visto que a presença de diferentes núcleos profissionais podem propiciar uma visão mais ampliada no que diz respeito à atenção à saúde da criança.

“Outra questão que eu acho bem importante é que a gente conta com uma equipe multiprofissional, então isso favorece o trabalho em vários pontos” (E2)

Em um estudo feito por Filho e Souza (2017), a concepção de trabalho multiprofissional por parte dos profissionais entrevistados foi de um trabalho em conjunto de modo integrado em prol de um objetivo comum, que é o bem-estar do usuário, ocorrendo troca de saberes, articulação das ações e integração entre os membros da equipe.

Peruzzo e colaboradores (2018) evidenciam em seu estudo que os profissionais da ESF percebem a importância do trabalho em equipe no atual modelo da AB e, que alguns aspectos, como comunicação, escuta ativa e respeito às particularidades de cada profissão, são essenciais para a manutenção da harmonia e a implementação de uma prática colaborativa.

As capacitações, ou seja, as educações permanentes em saúde (EPS), também são importantes ferramentas potencializadoras do cuidado e ocorrem com frequência na ESF em estudo, como relatado na fala de uma profissional. No entanto, se torna importante mencionar que até o momento que a pesquisadora esteve atuando no serviço, somente uma EPS esteve relacionada a temática da saúde da criança.

“As nossas capacitações da equipe, eu entendo como um potencial, porque a gente percebe que isso não acontece em todos os locais e em todas as unidades” (E2)

Segundo a PNAISC, a formação de profissionais de saúde e educação se dá por meio da educação permanente, de construção de ações

compartilhadas e conhecimentos comuns com o olhar integrado para as crianças e o território, com efetivação das práticas intersetoriais.

Campos, Sena e Silva (2017), trazem a importância de compreender que a transformação do modelo de atenção à saúde no SUS pode ser potencializada pela incorporação da educação permanente, como um dispositivo que proporcione reflexões e mudanças no cotidiano dos serviços de saúde, incentive novas formas de se pensar e agir, desenvolvendo a consciência crítica e refletindo sobre possíveis novos modos de se produzir saúde e de se organizar os processos de trabalho.

Quanto às fragilidades, as falas trouxeram a alta demanda, a dificuldade de adesão e a pandemia da COVID-19, além de outros elementos citados que dificultam o desenvolvimento de ações voltadas à saúde da criança.

Em um estudo feito por George et. al (2020), foi relatado que a demanda excessiva acaba determinando a qualidade da assistência ofertada à criança, como mencionado a seguir na fala de uma profissional:

“A gente tem uma demanda muito grande na unidade, o que faz com que nem sempre a gente consiga fazer um atendimento da forma como a gente gostaria” (E2)

Sabe-se que cada indivíduo é único, sendo assim cada caso exige um olhar diferente. Segundo Menezes e colaboradores (2019), as circunstâncias que levam a criança ao serviço de saúde podem ser diversas, portanto, merecem uma atenção pautada nas suas necessidades apresentadas, no entanto, a demanda em excesso, mesmo que inconscientemente pode gerar dificuldades no que diz respeito ao acolhimento e atendimento visando a criança como um todo.

Ainda, algumas profissionais trouxeram a questão do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança que é prioritário somente até os dois anos de idade e que por conta disso as demais faixas etárias acabam se afastando das unidades de saúde.

“Você não faz o acompanhamento da criança em um todo, você faz até os dois anos porque o Ministério da Saúde prioriza, mas e depois como é que fica essa criança? Porque a criança tem vacina nos quatro, tem vacina nos nove anos... E como é que tá o desenvolvimento dessa criança? (...) O acompanhamento até os dois anos, é um bom requisito porque tu faz o acompanhamento da criança para ver como ela tá, mas eu acho que essa fragilidade tá até os dois anos de idade, porque você deveria acompanhar a criança em todos os períodos” (E1)

“A gente tem essa época do zero aos 24 meses que é denominado no programa, mas talvez deveria existir uma rotina de uma consulta anual para as crianças, é um período que a

criança fica muito distante, a criança até a vida adulta né, o adolescente principalmente fica distante das unidades de saúde” (E3)

A alta demanda da unidade pode estar intimamente ligada à dificuldade de realizar o acompanhamento das crianças de outras faixas etárias, o que conseqüentemente prejudica a prestação da assistência e o distanciamento dessas crianças da ESF.

No entanto, cabe ressaltar que a ESF busca desenvolver ações a fim de aproximar as crianças de todas as faixas etárias, nem sempre com sucesso, como relatado na fala a seguir:

“A gente tentou chamar as crianças, os adolescentes para tentar fazer atividades, pensou em passar filmes para aproximar eles da ESF, mas infelizmente não teve adesão” (E5)

Um estudo feito por George et. al. (2020) também menciona o desenvolvimento de ações voltadas para a assistência integral à saúde da criança, com ênfase na promoção e prevenção de doenças, mas ainda há muitas limitações que implicam na fragmentação nessa assistência.

Silva e colaboradores (2020) mencionam os obstáculos que permeiam a dificuldade de desenvolver ações para crianças e jovens como: a alta demanda, a baixa adesão desse público às atividades propostas pelos profissionais, que contribui para o seu distanciamento de serviço de saúde e, conseqüentemente, não permite a formação de vínculos.

Outro apontamento realizado pelas profissionais foi a dificuldade de adesão dos familiares às consultas de rotina da criança e da compreensão da importância da puericultura, onde mesmo recebendo todas as orientações necessárias, ainda há um grande número de pais que não procuram a sua unidade de saúde com essa finalidade.

Em um estudo feito por Kunz e Possamai (2018), é elencado que a resistência dos pais em trazerem seus filhos sadios para os serviços de saúde ainda é constante, visto que argumentam que os mesmos não estão doentes para realizarem consultas, como reforça a fala a seguir:

“Eu acho que a gente perde as crianças ali depois de um ano, que fica mais distante as consultas e os pais mesmo sendo orientados a ir às consultas, eles não comparecem para marcar, às vezes eles dizem que não é necessário porque eles dizem que as crianças, ah tá

com saúde, tá bem, não precisa vir consultar, não precisa fazer um exame (...) a criança tá bem, então eu não vou levar lá no posto” (E4)

Menezes e colaboradores (2019) reforçam que há, na prática, sempre o desafio de manter a vinculação entre o profissional de saúde e as famílias para que o retorno à ESF seja periódico com a finalidade de dar continuidade ao acompanhamento da saúde da criança.

Um profissional relaciona a dificuldade de manter o acompanhamento das crianças com o fato de os pais trazerem seus filhos somente quando percebem alguma intercorrência.

“Quando são pequenos, os pais trazem para o acompanhamento, mas se observa que trazem ali no início, conforme vai vendo que ah, não tem problemas, tá tudo certo, acaba trazendo só quando a criança tem alguma doença., quando realmente tá precisando, quando tem alguma complicação, febre, enfim” (E5)

Kunz e Possamai (2018) e Silva et. al (2020) reforçam que a cultura da sociedade centrada no modelo biomédico é a principal responsável pela dificuldade de implementação e aderência às ações.

Infelizmente o modelo curativista ainda tem muito domínio nos espaços de saúde e há uma grande dificuldade enfrentada pelas equipes na sensibilização da comunidade, pais e/ou responsáveis de que a ESF também se constitui como um espaço de promoção e prevenção à saúde e não somente para o tratamento de doenças.

Uma entrevistada aponta ainda como um motivo da falha de adesão às consultas de puericultura a necessidade dos pais retornarem as suas atividades laborais e conseqüentemente deixarem de frequentar a sua unidade de saúde.

“Apesar da lista que a gente tem de acompanhamento dessas crianças, a gente acaba perdendo principalmente depois que completou os 12 meses de vida, quando as consultas são mais espaçadas e os pais acabam já estando na rotina de trabalho, há mais dificuldade de trazer na puericultura, então consulta dos 15, dos 18 e dos 24 ela acaba sendo bem menos frequente, acaba tendo bastante desistência”(E3)

Em um estudo feito por Kunz e Possamai (2018), foi evidenciado que mesmo com o agendamento da consulta de puericultura, muitos pais não compareciam as consultas, e sendo questionados do motivo, alegavam que não poderiam faltar em virtude do emprego.

O fato do funcionamento da ESF compreender os períodos matutino e vespertino limita muitos usuários a utilizarem a unidade de saúde, tendo em vista que esses períodos geralmente coincidem com os horários de trabalho dos demais estabelecimentos. Dessa forma, há a dificuldade da manutenção do vínculo e conseqüentemente a falha de adesão às consultas programadas.

Outra fragilidade elencada pelas profissionais foi a pandemia da COVID-19. Segundo Fonseca, Fornari e Lourenço (2020), o enfrentamento da COVID-19 tem revelado uma situação complexa que certamente envolve a reflexão sobre a estruturação e o funcionamento dos serviços que constituem a rede de atenção à saúde.

A partir das medidas que foram tomadas pelo Ministério da Saúde sobre a ocorrência da pandemia da COVID-19 no país, os serviços de saúde passaram por uma reorganização no sentido de se adequar as normas vigentes. Em relação ao atendimento a saúde da criança, o serviço acabou suspendendo todos os atendimentos eletivos e passou a atender na unidade somente os casos que demandassem maior atenção, como mencionado na fala a seguir:

“Com relação à pandemia, no início do ano a gente teve a suspensão de todos os atendimentos eletivos, então os atendimentos que não fossem graves e de risco, eles foram parados, pela questão do risco de contaminação, principalmente com relação as crianças (E2)”

Segundo as profissionais, a suspensão da maioria das atividades se tornou uma dificuldade para a ESF realizar ações, tanto de prevenção de doenças, como de promoção à saúde, principalmente nas escolas e/ou creches.

“Várias coisas tiveram que ser paradas, inclusive o atendimento na escola, na creche, que também era um local que a gente tinha um vínculo maior, um vínculo bom para potencializar o cuidado” (E3)

“Ano passado, em função de não ter a pandemia, a gente conseguia fazer atividades na escola, uma vez por mês a gente ia na escola falar sobre assuntos que era de interesse da escola, que a direção solicitava para nós ou que a gente achava importante trabalhar e foi uma experiência muito positiva, é uma pena que esse ano não deu para continuar, mas acredito que quando as coisas voltarem ao seu normal, vai ser dado seguimento a essas atividades” (E5)

Segundo Silva et. al (2020), o elo entre os profissionais da ESF com instituições educacionais é uma forma de contribuir positivamente para o desenvolvimento de ações voltadas à saúde, minimizando os riscos à saúde e ajudando a prevenir agravos.

As atividades nas escolas são muito relevantes na medida em que aproximam as crianças e adolescentes da ESF, como menciona um estudo realizado por Silva e colaboradores (2020), onde caracterizam as palestras nas escolas como importantes ferramentas na busca ativa pela criança e o adolescente e da possibilidade de manter um vínculo com a equipe.

Dessa forma, pode-se ressaltar que em virtude do risco de contaminação pela COVID-19, as ações desenvolvidas pela ESF foram cada vez menos frequentes, acarretando o afastamento dos usuários do serviço, tendo em vista que a maioria dos atendimentos presenciais e as atividades de educação em saúde foram suspensas.

Uma profissional mencionou a dificuldade de trabalhar de forma multiprofissional. Na sua percepção, muitas vezes cada profissional trabalha no seu núcleo específico, gerando assim uma fragmentação da assistência.

“(...) articular a questão multiprofissional, que às vezes acaba ficando muito em núcleos específicos e outros não conseguem se inserir por vezes na questão do cuidado” (E2)

Segundo um estudo feito por Peruzzo e colaboradores (2018), existem muitas dificuldades encontradas no processo de trabalho e nas relações interpessoais, caracterizadas pela presença de conflitos, distanciamento e resistência por parte de alguns profissionais, o que acaba dificultando o desenvolvimento de ações de forma conjunta.

De forma geral, foram muitas as potencialidades e fragilidades encontradas no serviço na percepção das profissionais de saúde, o que implicou diretamente na reflexão dos processos de trabalho. Foi possível identificar que existem muitas melhorias a serem realizadas, que na visão da pesquisadora, podem ser tratadas em reunião de equipe e até mesmo em espaços de educação permanente em saúde.

No entanto, percebeu-se que somente a educação permanente foi mencionada como uma potencialidade para o cuidado e que em nenhum momento foram elencadas as reuniões de equipe, que segundo a PNAISC, são espaços muito importantes e constituem como dispositivos estratégicos para a ESF dialogar, organizar seu próprio processo de trabalho e as articulações necessárias com outras estruturas das redes de saúde, visando à atuação conjunta sobre problemas individuais e coletivos da população.

Ainda, Peruzzo e colaboradores (2018) trazem que as reuniões de equipe se caracterizam como uma importante estratégia para o estreitamento das relações entre os membros das equipes da ESF e para o melhor desempenho e planejamento de ações.

Por fim, assim como em um estudo feito por George et. al (2020), ainda foi possível observar que os profissionais não mencionaram o acesso às Políticas de Saúde e/ou manuais do Ministério da Saúde voltadas para saúde da criança como uma potencialidade, visto que a utilização desses instrumentos podem fortalecer suas práticas profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, houve o predomínio de profissionais da saúde do sexo feminino, na faixa etária de 30 anos, casadas, brancas, católicas e com renda familiar entre 3 a 4 salários mínimos. O grau de escolaridade variou entre ensino médio completo, ensino superior completo, ensino superior incompleto, além de curso técnico, pós-graduação e mestrado. No que se refere ao tempo de atuação na ESF o período de 5 a 10 anos teve a maior predominância.

Com esse estudo, pode-se concluir que o significado de puericultura na percepção dos profissionais engloba múltiplos aspectos, entre eles a assistência ao pré-natal, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no que se refere a imunizações, avaliação antropométrica, nutricional e muito além disso, a puericultura pode ser compreendida como um espaço de aproximação entre equipe e família, que permite que a criança seja vista como um todo, de acordo com os princípios da integralidade. Ainda, a importância da puericultura esteve associada à identificação de problemas e prevenção de doenças e agravos.

As ações desenvolvidas na ESF no cuidado à saúde da criança estiveram relacionadas ao acolhimento, às consultas programadas, às visitas domiciliares, às ações de promoção e prevenção à saúde e também ao encaminhamento para outros serviços. No entanto, foi possível constatar que muitas ações não ocorrem da forma que é preconizado pela PNAISC.

Ainda, destaca-se a atuação de profissionais que não fazem parte da equipe mínima e também da RMS, fato que se constitui como um diferencial, pois foi possível identificar que a ampliação da equipe permite o desenvolvimento de ações que vão além do preconizado pela PNAISC, possibilitando uma melhoria na assistência à saúde da criança.

As potencialidades encontradas no serviço na percepção dos profissionais estiveram relacionadas ao trabalho das ACS, ao acolhimento, busca ativa, ao trabalho em equipe de forma multiprofissional e às EPS. No que se refere às fragilidades, foram mencionados a alta demanda, a dificuldade de adesão e a pandemia da COVID-19.

Com os achados reportados nesse estudo, espera-se contribuir diretamente na reflexão dos profissionais da saúde acerca das suas práticas e da importância da atenção à saúde da criança. Além disso, esse estudo buscou trazer relevância sobre o tema à AB e também colaborar com a literatura já existente.

As limitações do estudo consistiram no fato da pesquisa ter abrangido uma pequena parcela de profissionais em virtude dos demais estarem em férias e afastamentos, o que pode ter limitado os resultados, pois não foram analisadas as percepções de todos os profissionais envolvidos no cuidado à saúde da criança da ESF.

REFERÊNCIAS

- AKUWA, Marina Sayuri; NEILL, Sarah; MELLO, Débora Falleiros de. Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3007, 2018.
- AMORIM, Tamiris Scoz; BACKES, Marli Terezinha Stein. Gestão do cuidado de enfermagem a puérperas e recém-nascidos na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 21, e43654, 2020.
- ARAUJO, Juliane Pagliari et al . História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 67, n. 6, p. 1000-1007, Dec. 2014.
- ASSIS, Wesley Dantas de et. al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 64, n. 1, p. 38-46, Feb. 2011.
- BARDIN, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- BRASIL. **Ministério da Saúde** . Portaria nº 18, de 7 de janeiro de 2019. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica em Pediatria no Brasil: recomendações e estratégias para a ampliação da oferta, do acesso e do Uso Racional de Medicamentos em crianças – Brasília, 2017.
- BRASIL. Portaria n. 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- CAMARGO DS, CASTANHEIRA ERL. Ampliando o acesso: o Acolhimento por Equipe como estratégia de gestão da demanda na Atenção Primária à Saúde (APS). **Interface** (Botucatu). 2020; 24(Supl. 1): e190600.

- CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. SENA, Roseni Rosângela. SILVA, Kênia Lara. Educação permanente nos serviços de saúde. **Esc Anna Nery** 2017;21(4):e20160317.
- CASTILHO, G. B.; NASCIMENTO, R.; GRASSI, L. T. Os desafios da atenção farmacêutica na pediatria. **Revista Saberes da FAPAN**. v. 3, n. 1, p. 26-38, jul./dez. 2016.
- COMASSETTO, Marcela Obst. et al . Acesso à saúde bucal na primeira infância no município de Porto Alegre, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 953-961, Mar. 2019 .
- DAMASCENO, Simone Soares et al . Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 9, p. 2961-2973, Sept. 2016 .
- DOMINGOS, Carolina Milena; NUNES, Elisabete de Fátima Polo de Almeida; CARVALHO, Brigida Gimenez. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 55, p. 1221-1232, dez. 2015.
- FIGUEIREDO, Renan Cabral de et. al. Experiência de atuação interprofissional do dentista na Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência Plural**.2020; 6(2):21-43.
- FILHO, Nilton Correia dos Anjos, SOUZA, Ana Maria Portela de. The workers' perceptions about the multiprofessional team work at a Psychosocial Care Center in Salvador, Bahia, Brazil. **Interface (Botucatu)**. 2017; 21(60):63-76.
- FONSECA, FERNANDA, FORNARI, LOURENÇO. Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19 / Organização Sheila Saint-Clair da Silva Teodósio, Suderlan Sabino Leandro.--. Brasília, DF : **ABen/DEAB**, 2020. 87 p.: il., color.; (Série enfermagem e pandemias, 3).
- GEORGE PS, DAHER DV, CURSINO EG, REIS AT, KOOPMANS FF. Interface entre o cuidado à saúde da criança e a formação profissional: estudo original. Online **Braz J Nurs** [Internet]. 2020.
- GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE (GMUS), Município de Marau, RS, 2021.
- LOPES, Adriana Santos et al . O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 104, p. 114-123, Mar. 2015 .
- LOPES, Maria Rita Lima et. al. Acompanhamento de consulta de crescimento e desenvolvimento infantil (CD) com abordagem multiprofissional – relato de experiência. **Rev. ABENO** vol.13 no.2 Londrina Jul./Dez. 2013.
- MAIA R.L.N. et al. A Interconsulta na Atenção Básica: Uma Experiência Multiprofissional no Atendimento de Puericultura. **II Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, 2017.

MARQUES, Ana Alice Dalla Valle; OLIVEIRA, Rafael Wolski de. Possíveis contribuições da psicologia na estratégia de saúde da família: interdisciplinaridade entre fazeres e saberes. **Est. Inter. Psicol.**, Londrina , v. 6, n. 2, p. 39-58, dez. 2015.

MENEZES LG, CIUFFO LL, GONÇALVES AP, et al. A criança e sua família na atenção primária em saúde. **Rev enferm UFPE on line.** 2019;13:e241426.

PERUZZO, Hellen Emília et al . Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 4, e20170372, 2018 .

R. H. CÂMARA. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, 6 (2), jul - dez, 2013,179-191.

SANTOS, Raionara Cristina de Araújo; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Importância do vínculo entre profissional-usuário na Estratégia de Saúde da família. **Rev Enferm UFSM** 2016. Jul/Set.;6(3): 350-359.

SIEGA CK, ADAMY EK, TOSO BRGO, ZOCHE DAZ, ZANATTA EA. Vivências e significados da Consulta do Enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. **Rev. Enferm. UFSM.** 2020.

SILVA, Taynara Takuno da et. al. La (in)visibilidad del adolescente en la atención primaria desde la perspectiva del profesional de salud: estudio descriptivo. **Online braz. j. nurs.** (Online) ; 19(3)set. 2020..

ZANARDO, Graziani Maidana et. al. Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão narrativa da literatura. **Revista de enfermagem | fw |** v. 13 | n. 13 | p. 55-69 | 2017.

ANEXOS

ANEXO A- ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Nome: _____

Sexo: F () M () Idade: _____

Cor da pele: () Branca () Parda () Negra () Outra

Grau de escolaridade: () Analfabeto () Fundamental incompleto()
Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior
completo () Superior incompleto

É praticante de alguma religião? () Sim () Não Se sim: Qual? _____

Situação conjugal: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a)

() Separado(a) () Viúvo(a) () União estável/vive junto

Renda familiar mensal: () Até um salário mínimo () Entre 1 e 2 salários
mínimos () Entre 3 e 4 salários mínimos () Entre 5 e 6 salários mínimos ()
Acima de 6 salários mínimos () Não sabe referir

Profissão: _____

Tempo de atuação: _____

Especialização _____

1. O que é puericultura para você? (o termo será explicado caso não haja entendimento)
2. Fale um pouco sobre a rotina do seu serviço vinculada a saúde da criança. Quais são as ações que a ESF proporciona a esse público?
3. Para você, qual a importância da puericultura?
4. Quais são as possíveis potencialidades que você observa no serviço relacionado à saúde da criança? E quais são as fragilidades?

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA SAÚDE E SOCIEDADE

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, fonte Times New Roman 12.

O número máximo de palavras, incluindo figuras e referências bibliográficas, varia de acordo com o tipo de artigo (ver item Tipo de Artigo).

Estrutura

Título: até 50 palavras. Conciso e informativo. Na língua original e em inglês.

Nome (s) do (s) autor (es): todos devem informar sua filiação institucional (em ordem decrescente, por exemplo: Universidade, Faculdade e Departamento) e e-mail. O autor responsável pela correspondência deverá também informar seu endereço completo (logradouro, cidade, CEP, estado, país).

Os dados de autoria, informações sobre autores e financiamento devem vir separados do artigo, em arquivo não submetido à blind review (*arquivo suplementar NÃO para revisão*).

Resumo: deve refletir os aspectos fundamentais da obra, em até 200 palavras incluindo objetivos, métodos e resultados. O resumo deve preceder o texto e estar no idioma do texto e em inglês.

Palavras-chave: até 5, no idioma do texto e em inglês, apresentadas após o resumo. Os autores devem consultar o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e / ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Gráficos e tabelas devem ser apresentados no programa original (por exemplo, Excel: em .xls), devidamente identificados, em tons de cinza, em arquivos separados do texto. Figuras, tabelas e imagens devem ser inseridas como arquivos separados do texto.

Imagens: As imagens (figuras e fotos) devem estar em alta resolução (300

dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura, em tons de cinza, em arquivos separados do texto.

Imagens que possam identificar os autores não devem estar no texto original. Eles também podem ser incluídos em arquivos além do texto.

Citações no texto: Devem seguir o padrão da ABNT.

REFERÊNCIAS

São admitidas no máximo trinta referências por artigo, exceto para revisão de literatura. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências citadas no texto. Devem obedecer à ABNT NBR 6023 [Associação Brasileira de Normas Técnicas], sendo apresentadas ao final do trabalho em ordem alfabética pelo sobrenome do primeiro autor. Veja alguns exemplos abaixo:

Livro

FORTES, PA de C .; RIBEIRO, H. (Org.). *Saúde global* . São Paulo: Manole, 2014.

Capítulo de livro

GOTLIEB, SLD; LAURENTI, R .; MELLO JORGE, MHP Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, MF *Violência e criança* . São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

Artigo de jornal

BASTOS, W. et al. Epidemia de *fitness* . *Saúde e Sociedade* , São Paulo, v. 22, n. 2, pág. 485-496, 2013.

Tese

SANTOS, ALD dos. *Histórias de jovens que vivenciaram a maternidade na adolescência menor: uma reflexão sobre as condições de vulnerabilidade*. 2006. Tese (Doutor em Saúde Materno-Infantil) -Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

Documentos Eletrônicos

PROGRAMA GLOBAL DA OMS PARA A MALÁRIA. *Relatório mundial da malária*: 2010. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: < http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmalariareport2010.pdf >.

Acesso em: 7 mar. 2011

Legislação (Lei, Portaria etc.)

- Versão impressa

BRASIL. Lei nº 9887, de 7 de dezembro de 1999. Altera a legislação tributária federal. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 1996. Seção 1, p. 13

- Versão eletrônica

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. Portaria nº 485, de 11 de novembro de 2005. Aprova a Norma Regulamentadora nº 32 (Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 nov. 2005. Disponível em: < http://www.mte.gov.br/legislacao/portarias/2005/p_20051111_485.pdf >. Acesso em: 17 jan. 2007

Artigo de jornal

CUPANI, G. População sedentária preocupa médicos reunidos em simpósio. Folha de S. Paulo, São Paulo, 15 out. 2010. Equilíbrio e Saúde, p. 14

Artigos apresentados em eventos (Congressos, Simpósios, etc.)

- Versão impressa

COUTO, MT; SOTT, RP. Ética, diversidade e saúde reprodutiva. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE, 2., 1999, São Paulo. *Livro de resumos ...* São Paulo: Abrasco: Unifesp, 1999, p. 100

- Versão eletrônica

CARVALHO, CA Religião e aids: segredos e silêncios. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO EM DST / AIDS, 4., 2001, Cuiabá. *Anais ...* Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, p.71-72. Disponível em: < <http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/public007.pdf> >. Acesso em: 18 ago.2006.

Acesso livre

Saúde e Sociedade utiliza o modelo editorial em Acesso Aberto, pelo que o seu conteúdo é de leitura e download gratuito, favorecendo a divulgação do conhecimento.

Honorários

A *Saúde e Sociedade* não cobra taxa de submissão, revisão ou publicação de artigos.

A tradução de um artigo aceito para um segundo idioma (não o da submissão) pode ser considerada ou mesmo sugerida pelo conselho editorial. Os autores interessados deverão arcar com os custos dessa tradução.

Submissão de material

Exclusivamente pelo sistema Scholar, disponível em <https://mc04.manuscriptcentral.com/sausoc-scielo>