

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

POLIANA REGINELE DE MELO DIAS

**A CONSULTA DE PUERICULTURA NA PERSPECTIVA DE MÃES E
PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO
HORIZONTE**

Belo Horizonte

2017

POLIANA REGINELE DE MELO DIAS

**A CONSULTA DE PUERICULTURA NA PERSPECTIVA DE MÃES E
PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Imaculada de Fátima Freitas, Universidade Federal de Minas Gerais.

Belo Horizonte

2017

D541c Dias, Poliana Reginele de Melo.
A consulta de puericultura na perspectiva de mães e profissionais de unidades básicas de saúde [manuscrito]. / Poliana Reginele de Melo Dias. - - Belo Horizonte: 2017.
159f.: il.
Orientador: Maria Imaculada de Fátima Freitas.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Cuidado da Criança. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Estratégia Saúde da Família. 4. Avaliação em Saúde. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Freitas, Maria Imaculada de Fátima. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WA 320

**ATA DE NÚMERO 544 (QUINHENTOS E QUARENTA E QUATRO) DA
SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO
APRESENTADA PELA CANDIDATA POLIANA REGINELE DE MELO DIAS
PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 4 (quatro) dias do mês de julho de dois mil e dezessete, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação *"A CONSULTA DE PUERICULTURA NA PERSPECTIVA DE MÃES E PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE"*, da aluna *Poliana Reginele de Melo Dias*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria Imaculada de Fátima Freitas (orientadora), Claudia Regina Lindgren Alves e Elysângela Ditzz Duarte, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

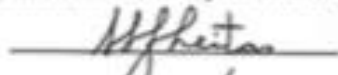
APROVADA;

APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

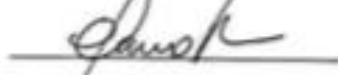
REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 04 de julho de 2017.

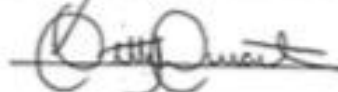
Prof.ª Dr.ª Maria Imaculada de Fátima Freitas
Orientadora (Esc. Enf. UFMG)



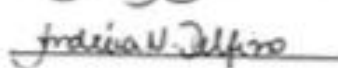
Prof.ª Dr.ª Claudia Regina Lindgren Alves
(Fac. de Medicina/UFMG)




Prof.ª Dr.ª Elysângela Ditzz Duarte
(EEUFMG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



**HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 02/07/17**


Prof.ª Dr.ª Maria Imaculada de Fátima Freitas
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

Dedicatória

Dedico esse trabalho a todas as crianças, suas mães e familiares e a todos os profissionais da atenção básica que, diariamente, ofertam suas vidas em favor da saúde pública.

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença constante em todos os momentos, agradeço pela nova vida, nova história! És a razão do meu existir! Seu amor me sustenta todos os dias!

À professora Maria Imaculada pelos ensinamentos tão preciosos que foram além dos conhecimentos teóricos. Obrigada por tudo!

Ao meu querido esposo Daniel, que suportou as ausências, o estresse, as lágrimas, as reclamações e monólogos constantes! Sua paciência e seus conselhos foram fundamentais para essa caminhada. Obrigada pelo companheirismo e por seu amor!

Aos meus pais que sempre dedicaram suas vidas para que tivéssemos acesso à melhor educação possível! Obrigada por todo apoio, amor, carinho, compreensão pelas visitas apressadas e por me incentivarem todos os dias. Vocês são essenciais!

À minha irmã por todo incentivo e conversas sobre a pesquisa, dificuldades, e por ter me dado o melhor presente da vida: Théo, que mesmo sem saber, me enchia de ânimo e felicidade, simplesmente por existir! Que bom ter vocês na minha vida!

Aos meus familiares, sogros, cunhados, sobrinhos, por entenderem as ausências, o cansaço, a falta de atenção. Obrigada por serem parte da minha família!

À minha companheira de jornada Regina Célia: como foram boas nossas conversas e desabafos! E ao Marco, por sua companhia e pelo gravador.

Aos meus colegas de trabalho do Centro de Saúde Independência, principalmente aos enfermeiros que sempre me “cobriram” nos momentos de ausência. À Kenya Vidal, nossa gerente, seu apoio foi fundamental para que eu pudesse completar essa etapa! Muito obrigada!

À querida Andréia Guerra que leu minha proposta de pesquisa ainda sem consistência teórica para que eu pudesse participar do processo seletivo. Obrigada!

À Michelle Almeida, por me ajudar na estruturação do texto, quando eu estava toda perdida! Nosso encontro foi muito valioso! Obrigada!

Aos NEPs distritais e aos gerentes das unidades básicas de Belo Horizonte que não impuseram empecilhos para a realização dos grupos e aos profissionais que atenciosamente participaram da pesquisa. Muito obrigada!

Às queridas mães, que muitas vezes participaram da pesquisa com os seus filhos nos braços e que mudaram completamente o meu jeito de pensar e fazer puericultura, muito obrigada! Vocês foram essenciais!

Ao Mirio Araújo e Nathália Pereira pela ajuda com as transcrições. Obrigada!

E à minha saudosa Vó Nely, que ainda internada, em seus últimos dias, foi a primeira a saber da minha aprovação para essa etapa da vida! Senti seu orgulho quando olhou para mim e, por leitura labial devido à traqueostomia, me disse, bem espaçado: Parabéns! Obrigada por sempre nos incentivar ao estudo! Esse valor irá me acompanhar para sempre! A senhora faz muita falta!

RESUMO

O acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança é uma prática fundamental na Atenção Primária à Saúde, com impacto direto nas taxas de morbimortalidade. A puericultura favorece a qualidade de vida infantil, evitando mortes precoces e hospitalizações, contribuindo para que a criança desenvolva todo o seu potencial. Considerando que a média de atendimentos de puericultura encontra-se abaixo do esperado na cidade de Belo Horizonte, este estudo buscou compreender as perspectivas de mães e de profissionais sobre esta consulta, para desvelar aspectos objetivos e subjetivos que possam se relacionar com a baixa média de atendimentos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou como referencial a Teoria das Representações Sociais. O cenário do estudo incluiu unidades básicas com elevadas e baixas médias de puericultura. A coleta foi conduzida por meio de grupos focais com profissionais que realizam puericultura, e entrevistas abertas com mães de crianças menores de dois anos, aderentes ou não às consultas. A análise dos dados foi realizada de acordo com o método da Análise Estrutural de Narração (AEN). Participaram dos grupos 28 profissionais: 13 enfermeiros, 11 médicos generalistas e quatro pediatras; as entrevistas foram realizadas com 14 mães. Os profissionais reconheceram a puericultura como instrumento de prevenção de agravos e promoção à saúde. Os resultados mostraram que a realização das ações do 5º dia é fator facilitador da puericultura nas unidades em que esse fluxo é bem organizado, coincidindo com uma média mais elevada de atendimentos. Os profissionais de unidades com menor média de puericultura afirmaram se sentir pouco capacitados em saúde da criança, problema agravado pela falta de pediatras na rede básica. Eles também afirmaram que a adesão das mães à consulta é baixa, relacionando-a à falta de conhecimento da importância da puericultura, ao desinteresse e às dificuldades das mães em saírem do trabalho. Contudo, nas entrevistas realizadas com as mães, o trabalho não foi citado como empecilho para as consultas, mas sim a distância da unidade, falta de recursos financeiros e esquecimento da data marcada. A maioria das mães não reconheceu o termo puericultura ou compreende, de forma superficial, a importância deste acompanhamento. Afirmam que comparecem à unidade principalmente quando a criança está doente. As mães consideram a consulta como satisfatória quando o profissional atende a criança de forma integral, mas relatam que, se encontradas alterações, o encaminhamento para especialistas pode ser demorado. Algumas mães observam diferenças entre as consultas dos enfermeiros, generalistas ou pediatras e os resultados apontam a permanência do modelo biomédico nas representações sobre cuidados em saúde como impedidor central para a organização dos serviços e adesão às atividades de promoção e prevenção previstas na puericultura. Espera-se que essa pesquisa contribua para discussões nas unidades de saúde, viabilizando estratégias que favoreçam a puericultura, contribuindo com a melhoria da captação das crianças, da frequência das mães às consultas e da qualidade das ações. Para tal sugerem-se a capacitação dos profissionais e inclusão de pediatras para completar as equipes de apoio, oferecendo uma atenção primária qualificada para que a criança possa crescer de forma saudável.

Palavras Chave: Cuidado da Criança; Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde Coletiva; Pesquisa qualitativa; Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Systematic monitoring of child growth and development is a fundamental practice in Primary Health Care, with a direct impact on morbidity and mortality rates. Childcare promotes children's quality of life, avoiding early deaths and hospitalizations, and allowing the child to develop his full potential. Considering that the average number of childcare services is lower than expected in the city of Belo Horizonte, this study sought to understand the perspectives of mothers and professionals about this consultation, in order to reveal objective and subjective aspects that may be related to the low averages. This is a qualitative research, grounded in the theory of social representations. The study scenario included basic units with high and low childcare averages. The data collect was conducted through focus groups with professionals who make the childcare, and interviews with mothers of children under two years old, frequent or not to consultations. Data analysis was performed according to the structural analysis of narration method. 28 professionals participated: 13 nurses, 11 family physicians and four pediatricians; the interviews were made with 14 mothers. The professionals recognized the childcare as an instrument of prevention of diseases and health promotion. The results demonstrate that the "action of the 5th day" facilitates childcare in the units in which this work process is well organized, coinciding with a higher average of attendance. The professionals of units with lower average said that they don't feel qualified in the child care, a problem aggravated by the low number of pediatricians in the basic units. They also affirmed that the mothers' frequency to the consultation is low, relating it to the low knowledge of the importance of childcare, indifference and difficulties to getting out of work. However, in the interviews with the mothers, the work was not cited as an obstacle to the consultations, but the distance from the unit, little financial resources and inattention with the date. The majority of mothers did not recognize the term childcare or understand superficially the importance of this monitoring. They say that they come to the unit mainly when the child is sick. Mothers consider the consultation is satisfactory when the provider attends the child integrality, but reports that, if changes are found, referral to specialists may be difficult. Some mothers observe differences between the consultations of nurses, generalists or pediatricians, and the results indicate that the permanence of the biomedical model in representations about health care as a central impediment to the organization of services and adherence to the activities of promotion and prevention in childcare. It is expected that this research contributes to discussions in the health units, enabling strategies that favor childcare, contributing to the improvement of the infants' uptake, the frequency of mothers to consultations and the quality of actions. To this end, it is suggested that the professionals be trained and that pediatricians be included to complete the support teams to offer qualified primary care so that the child can grow up in a healthy way.

Keywords: Child Care; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Promotion; Public Health; Qualitative Research; Health Evaluation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	- Média de atendimentos de puericultura por Distritos Sanitários no município de Belo Horizonte, 2015.	19
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	- Calendário para acompanhamento da criança e adolescente – crescimento e desenvolvimento, PBH, 2004.....	48
Quadro 2	- Calendário para acompanhamento do RN de alto risco – crescimento e desenvolvimento, PBH 2004.	51
Quadro 3	- Comparação entre unidades com baixas e altas médias de puericultura, Belo Horizonte, 2017.	99
Quadro 4	- Caracterização das mães de menores de dois anos, entrevistadas em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2017.	103
Figura 1	- Mapa dos Distritos Sanitários do município de Belo Horizonte, 2014.	29
Figura 2	- Objetos das representações dos profissionais sobre puericultura, 2017.	36
Figura 3	- A puericultura no contexto da atenção primária, 2017.	36
Figura 4	- Representações dos profissionais sobre a importância da puericultura, 2017.	40
Figura 5	- Representações dos profissionais sobre o gerenciamento da atenção básica e a influência política no funcionamento das unidades, 2017.	46
Figura 6	- Os fluxos de atendimento à saúde da criança, 2017.	47
Figura 7	- Representações dos profissionais sobre o agendamento das consultas de puericultura, 2017.	52
Figura 8	- Representações dos profissionais sobre a ação do 5º dia e da visita domiciliar ao recém-nascido, 2017.	59
Figura 9	- Representações sobre o acompanhamento e monitoramento da puericultura, 2017.	63
Figura 10	- Representações dos profissionais sobre a falta de pediatras nas unidades básicas de saúde, 2017.	66

Figura 11	-	Representações dos profissionais sobre dificuldades no atendimento da puericultura, 2017.	70
Figura 12	-	Meios e modos de se fazer puericultura, 2017.	71
Figura 13	-	Representações dos pediatras sobre como eles realizam a consulta de puericultura, 2017.	75
Figura 14	-	Representações dos generalistas sobre como eles realizam a consulta de puericultura, 2017.	78
Figura 15	-	Representações dos enfermeiros sobre como eles realizam as consultas de puericultura, 2017.	82
Figura 16	-	Representações dos profissionais sobre a influência do perfil profissional no atendimento à puericultura, 2017.	85
Figura 17	-	Representações dos profissionais sobre a capacitação profissional, 2017.	87
Figura 18	-	Contexto familiar e adesão à puericultura, 2017.	88
Figura 19	-	Representações dos profissionais sobre a adesão das mães à puericultura, 2017.	93
Figura 20	-	Representações dos profissionais sobre aleitamento materno e alimentação complementar, 2017.	97
Figura 21	-	Objetos das representações das mães sobre puericultura, 2017.	104
Figura 22	-	A procura das mães pela unidade básica de saúde, 2017.....	107
Figura 23	-	Representação das mães sobre o conceito e a importância da puericultura, 2017.	110
Figura 24	-	Representações das mães sobre o acesso aos serviços de saúde da criança nas unidades, 2017.	113
Figura 25	-	Representações das mães sobre a consulta de puericultura realizada pelos profissionais, 2017.	118
Figura 26	-	Representações das mães sobre a adesão à puericultura, 2017.	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AEN – Análise Estrutural de Narração

APS – Atenção Primária à Saúde

DF – Distrito Federal

ESF – Estratégia Saúde da Família

IRAs – Infecções Respiratórias Agudas

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

PSSI – Primeira Semana de Saúde Integral

RN – Recém-Nascido

RS – Representações Sociais

SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1	- INTRODUÇÃO	14
1.1	- Contextualização do problema	14
1.2	- Objetivo	22
2	- REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	- Puericultura: aspectos históricos e cenário atual	22
2.2	- Promoção da saúde	24
2.3	- Representação social	26
3	- PERCURSO METODOLÓGICO	28
3.1	- Referencial Metodológico	28
3.2	- Cenário do Estudo	28
3.3	- Sujeitos da pesquisa e coleta de dados	30
3.4	- Análise e tratamento dos dados	33
3.5	- Aspectos éticos	34
4	- RESULTADOS E DISCUSSÃO – GRUPOS FOCAIS	35
4.1	- Os grupos focais com os profissionais de saúde	35
4.2	- Representações dos profissionais sobre puericultura	35
4.2.1	- Puericultura no contexto da atenção primária	36
4.2.1.1	- A importância da puericultura	37
4.2.1.2	- Gerenciamento da atenção primária e influência política	41
4.2.2	- Os fluxos de atendimento à saúde da criança e a organização do processo de trabalho como fatores influenciadores da puericultura	47
4.2.2.1	- O agendamento das consultas de puericultura	47
4.2.2.2	- Visita domiciliar e Ação do 5º dia	53
4.2.2.3	- Acompanhamento e monitoramento da puericultura	60
4.2.2.4	- A falta do profissional pediatra	63
4.2.2.5	- Problemas estruturais e da organização do serviço	67
4.2.3	- Meios e modos de se fazer puericultura: o atendimento à criança e o perfil profissional	70

4.2.3.1	-	A consulta do Pediatra	71
4.2.3.2	-	A consulta do Generalista	76
4.2.3.3	-	A consulta do Enfermeiro	78
4.2.3.4	-	Perfil profissional	83
4.2.3.5	-	Capacitação profissional	86
4.2.4	-	O contexto familiar e a adesão à puericultura	88
4.2.4.1	-	Adesão das mães à puericultura	88
4.2.4.2	-	Aleitamento materno e alimentação complementar	94
4.3	-	Comparando as unidades com diferentes médias de puericultura	98
5	-	RESULTADOS E DISCUSSÃO – ENTREVISTAS	102
5.1	-	Caracterização das mães	102
5.2	-	Representações das mães sobre puericultura	104
5.2.1	-	A procura das mães pela unidade básica de saúde	105
5.2.2	-	O conceito e a importância da puericultura	107
5.2.3	-	O acesso aos serviços de saúde da criança	111
5.2.4	-	A consulta realizada pelos profissionais na perspectiva das mães	114
5.2.5	-	A adesão das mães às consultas de puericultura	119
6	-	REPRESENTAÇÕES DAS MÃES E DOS PROFISSIONAIS: ASPECTOS COMPLEMENTARES E DIVERGENTES	122
6.1	-	Conceito e importância da puericultura	122
6.2	-	A demanda espontânea	122
6.3	-	O atendimento de puericultura	123
6.4	-	A adesão das mães às consultas de puericultura	123
6.5	-	Acesso aos serviços de saúde da criança	124
7	-	CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
		REFERÊNCIAS	131

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – GRUPOS FOCAIS	146
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTAS	148
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG	150
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SMSA/PBH	154

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do problema

A atenção à saúde da criança é uma ação prioritária no contexto de saúde mundial, uma vez que a infância representa o período do ciclo de vida em que ocorrem as mais rápidas, complexas e importantes mudanças fisiológicas, tanto em relação ao desenvolvimento físico, quanto psíquico e cognitivo. Apesar dos esforços constantes das autoridades governamentais e das organizações, o adoecimento e a mortalidade em menores de cinco anos permanecem elevados em todo o mundo (UNICEF, 2015).

A mortalidade infantil é um dos indicadores mais sensíveis às condições de vida da população. Ela expressa como a criança, desde o início de sua existência e sem maturidade imunológica, responde às adversidades presentes no ambiente em que vive. Esse índice pode ser utilizado para avaliar o impacto de mudanças políticas, econômicas e sociais e verificar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2012a; COSTA et al., 2009; FRIAS et al., 2009).

Nas últimas três décadas, as ações para o combate à mortalidade infantil obtiveram resultados positivos e o número de mortes de crianças menores de cinco anos, no mundo, passou de 12,7 milhões em 1990 para 5,9 milhões em 2015. Desde o ano 2000, em que o declínio da mortalidade foi mais significativo, as vidas de 48 milhões de crianças foram preservadas e elas não completariam cinco anos caso as taxas permanecessem no mesmo nível. Contudo, percebem-se disparidades continentais importantes e ainda morrem no mundo cerca de 16 mil crianças diariamente (UNICEF, 2015).

Estas desigualdades ficam evidentes quando se avalia o monitoramento dos “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” (ODM), resultado de um acordo firmado no ano 2000 entre os 189 países membros das Nações Unidas. Esse pacto estabeleceu oito objetivos centrais e a quarta meta foi a redução em 2/3 da mortalidade de crianças menores de cinco anos até o ano de 2015. Enquanto algumas regiões do mundo conseguiram cumprir o objetivo, outras permanecem distantes do mesmo, como o Cáucaso e a Ásia Central, a Oceania, a Ásia Meridional e a África Sub-Saariana (PNUD, 2015; UNICEF, 2015).

A América Latina reduziu a mortalidade de 32/1000 nascidos vivos, em 2000, para 18/1000 nascidos vivos, em 2015. Um dos países que contribuiu para esse

declínio foi o Brasil, que cumpriu antecipadamente o acordo e conseguiu reduzir a taxa de mortalidade em menores de cinco anos de 32/1000 nascidos vivos em 2000 para 16/1000 nascidos vivos em 2015 (UNICEF, 2015).

Essa conquista no Brasil pode ser atribuída a diversas políticas públicas implementadas nas últimas décadas, como o aumento dos serviços de saneamento básico, acesso à água tratada, melhoria do nível de educação e redução da pobreza. Inclui-se, ainda, a ampliação dos serviços de saúde, com melhoria da atenção à gestação, parto e ao recém-nascido, aumento da prevalência de aleitamento materno, da imunização, além da antibioticoterapia e da terapia de reidratação oral (CANIELLO, 2016; DOMINGUES et al., 2015; PAIM, et al., 2011; LANSKY et al., 2009).

Atualmente, os ODM deram lugar aos “Objetivos de Desenvolvimento Sustentável”, com 17 grandes metas distribuídas nas dimensões econômica, social e ambiental. A meta de diminuição da mortalidade de menores de cinco anos encontra-se no terceiro objetivo: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos em todas as idades. Espera-se que até 2030 a mortalidade infantil continue seu declínio em todo o mundo e passe de 49,4/1000 nascidos vivos para 23/1000 nascidos vivos (ONU, 2015).

As melhores condições de vida e a garantia dos direitos fundamentais impulsionaram, na década de 1970, os movimentos populares, que ganharam visibilidade quando a população lutava pela redemocratização do país. As mudanças nos serviços de saúde no Brasil e na atenção à saúde materno-infantil foram frutos dessas lutas e começaram a ser mais fundamentadas na década de 1980 (SANTOS NETO et al., 2008).

A partir dessas iniciativas foi criado em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com ações voltadas para a melhoria das condições de saúde da mulher e da criança, tanto na atenção primária, quanto para toda a rede pública de saúde. Em 1984, esse programa se desmembrou em dois componentes integrados: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC).

O PAISM tinha por objetivo a redução da morbimortalidade materna e melhoria das condições de saúde das mulheres, trazendo o conceito da integralidade na assistência ao pré-natal, parto, puerpério, climatério e menopausa, assistência às pessoas com doenças sexualmente transmissíveis, além de prevenção ao câncer de mama e colo uterino, e planejamento familiar (BRASIL, 2011).

O PAISC, com o objetivo de reduzir a taxa de mortalidade em menores de cinco anos, tinha como foco central cinco ações fundamentais: o aleitamento materno e a orientação alimentar para o desmame; assistência e controle das infecções respiratórias agudas (IRAs); assistência e controle das doenças diarreicas; controle das doenças preveníveis por imunização; e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2011; TRAPE et al., 2009).

Essas ações encontrariam um espaço ideal para serem colocadas em prática com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, que representou o marco fundamental da reorganização da saúde no Brasil. Em um contexto de uma atenção primária intervencionista, centrada na doença e nas práticas curativas, o SUS trouxe inovações conceituais, fundamentando-se nos princípios da integralidade, equidade, participação social e em um novo conceito de saúde, que agora está relacionado à qualidade de vida da população e a direitos fundamentais como alimentação, trabalho, moradia, saneamento, lazer (FACCHINI e GARCIA, 2009; BRASIL, 1988)

Com a implantação do SUS, diversos programas foram iniciados com o objetivo de ampliar o acesso ao sistema de saúde e fortalecer a atenção básica. Dentre eles surge a proposta do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Essa iniciativa trouxe resultados significativos ao considerar a família como centro do cuidado e ao revelar a importância dos agentes de saúde no estabelecimento de vínculo entre o usuário e o serviço (PAIM et al., 2011; ALVES e VIANA, 2006).

Ancorado no sucesso do PACS, o Ministério da Saúde propõe, em 1994, a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) como eixo norteador para a reorganização do modelo assistencial a partir da atenção básica. Essa estratégia promove a organização das ações de saúde em um território delimitado para o enfrentamento e resolução dos problemas identificados. Baseia-se nos princípios da integralidade, hierarquização e equidade, cadastramento de usuários e equipe multiprofissional, oferecendo assistência contínua em todos os ciclos de vida da comunidade (BRASIL, 2004; BRASIL, 1997).

O objetivo do PSF é prestar uma assistência humanizada, integral, contínua, resolutiva e de qualidade. Além disso, propõe a intervenção sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta, utilizando educação continuada da comunidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e incentivando o controle social (BRASIL, 1997). Esse é o modelo adotado em muitos municípios brasileiros com

características próprias de cada gestão e conduzido pelos princípios e valores do cuidado centrado na família, da escuta qualificada, do acolhimento, priorizando as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos (MELLO, 2009).

O Programa de Saúde da Família se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil. Assim, com a publicação da Portaria 648, em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde passou a considerar o PSF não mais como um programa, mas como uma estratégia, chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF), com abrangência nacional (BRASIL, 2006).

Nessa estratégia, o cuidado com a saúde da criança é meta fundamental para garantir uma assistência de qualidade à população. Embora esse cuidado inclua desde o período gestacional até a infância, há dois focos principais da assistência infantil na atenção básica: os cuidados na primeira semana de vida do recém-nascido (RN), com a visita domiciliar e as ações do 5º dia, e o acompanhamento criterioso do crescimento e desenvolvimento infantil, priorizando os menores de dois anos (BRASIL, 2012a).

Sobre o primeiro foco é importante dizer que o Ministério da Saúde preconiza que, após o nascimento do bebê, a equipe de saúde da família visite a mãe e o RN, assim que possível. Essa visita tem o propósito de oferecer apoio emocional e assistencial para que as orientações discutidas durante o pré-natal sejam colocadas em prática. Deve-se observar com cuidado o domicílio, as condições de higiene, de saneamento e ventilação, além de orientar sobre os cuidados gerais com o bebê, incentivar o aleitamento materno, identificar sinais de perigo e avaliar as relações familiares (BRASIL, 2012a; MINAS GERAIS, 2008).

Posteriormente, mãe e bebê devem comparecer à unidade para a realização das ações do 5º dia, que compreendem: a coleta de material para triagem neonatal (teste do pezinho), as imunizações da puérpera e do RN, o encaminhamento para triagem auditiva (teste da orelhinha) e para avaliação do estado geral da criança e da mãe. É essencial que, nesta oportunidade, o profissional de saúde reforce a importância do aleitamento materno, observe e avalie a mamada, assegurando posicionamento adequado e pega correta, e oriente sobre possíveis complicações nas mamas. Ao finalizar o atendimento, devem ser agendadas as consultas puerperal e de puericultura, pela equipe (PBH, 2014a; MINAS GERAIS, 2008; BRASIL, 2004).

A puericultura, segundo foco da assistência à criança na APS, é o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil,

identificando os grupos de maior risco para intervenções apropriadas, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade. Essa prática visa manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, atingindo a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Realiza ações de promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, a partir de orientações sobre os riscos de agravos à saúde (CAMPOS et al., 2011; DEL CIAMPO et al., 2006).

Na ESF, a puericultura é realizada nas consultas individuais, agendadas para médicos generalistas, pediatras ou enfermeiros, e em grupos operativos, com a colaboração da equipe multiprofissional. As ações devem ser oferecidas a todos os menores de cinco anos cadastrados na área de abrangência, priorizando os menores de dois anos. Cada avaliação é fundamental para a promoção da qualidade de vida da criança, estímulo para o desenvolvimento de potencialidades, aferição das medidas antropométricas e acompanhamento dos marcos do sistema neuropsicomotor (BRASIL, 2012a; MINAS GERAIS, 2008).

As consultas representam um espaço para a educação em saúde e uma oportunidade para que os profissionais de saúde orientem cada mãe, de acordo com a idade da criança e os problemas apresentados. Além disso, permitem o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, desenvolvimento cognitivo e comportamental, da prevenção de doenças imunopreveníveis e do incentivo aos hábitos saudáveis de vida (BRASIL, 2012a; MINAS GERAIS, 2008).

A puericultura é estratégia fundamental que favorece a melhoria da qualidade de vida infantil, evita mortes precoces e hospitalizações desnecessárias. Acompanhar e avaliar esses atendimentos nas unidades básicas de saúde são de extrema importância, pois dentre as mais relevantes causas da mortalidade infantil estão as morbidades evitáveis e sensíveis à Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2009a).

Uma das formas encontradas pelo Ministério da Saúde para monitorar a Atenção à Saúde da Criança na rede primária de todo o país é pela avaliação de indicadores específicos desta linha de cuidado. Dentro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) existem métodos que acompanham o desempenho das unidades básicas a partir de índices de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses, proporção de menores de um ano com imunização em dia, proporção de crianças com baixo peso ao nascer, além da média de atendimentos de puericultura (BRASIL, 2012b).

De acordo com o Manual Instrutivo do PMAQ (2012) o método para o cálculo da média de atendimentos de puericultura é:

“Considerando o número de atendimentos de puericultura preconizados para menores de 1 ano (7/ano) e crianças entre o 1º e 2º ano de vida (2/ano), e o número médio de crianças menores de 2 anos segundo o censo 2010, a média de atendimentos de puericultura para crianças nessa faixa etária seria de 4,5/criança/ano” (BRASIL, 2012b, p.16).

O objetivo deste indicador é, portanto, avaliar o desempenho das equipes de saúde da família, relacionando a produção de atendimentos de puericultura ao número de crianças menores de dois anos pertencentes à área de abrangência (BRASIL, 2012b).

Os resultados desses indicadores não são divulgados para a população, mas cada gestor e profissionais dos serviços têm acesso aos índices de seu município de forma *online*, a partir da intranet, disponibilizados pelas prefeituras. Em Belo Horizonte, que possui 86% da população com cobertura da ESF, esse indicador apresentou uma média de 2,3/criança/ano em 2015, com variações entre os Distritos Sanitários, observadas na TAB.1.

Tabela 1 – Média de atendimentos de puericultura por Distritos Sanitários no município de Belo Horizonte, 2015.

DISTRITO SANITÁRIO	MÉDIA DE ATENDIMENTOS 2015
Barreiro	2,0
Centro- Sul	3,4
Leste	2,3
Nordeste	2,4
Noroeste	2,0
Norte	2,3
Oeste	2,4
Pampulha	2,2
Venda Nova	2,1
Belo Horizonte	2,3

FONTE: PBH, 2015 - DADOS DA INTRANET. Acesso em 20 de jan de 2016.

Esse indicador está, portanto, abaixo do recomendado em todos os distritos sanitários do município, mesmo com ampla cobertura de PSF.

A literatura apresenta alguns estudos que possam justificar o baixo índice de puericultura, como uma pesquisa realizada no PSF do Ceará por Neto et al. (2010). Os autores apontam a falta às consultas (absenteísmo) como um dos grandes motivos da não realização da puericultura. Dessa forma, investigaram quais seriam as principais justificativas apresentadas pelas mães para não levarem seus filhos à puericultura. Os resultados encontrados foram categorizados da seguinte maneira, a partir dos discursos das mães: o esquecimento, a falta de aviso do agendamento de consultas ou horários inadequados, a falta de tempo, acontecimentos inesperados ou por não considerarem que a consulta era importante.

No cenário internacional, a situação não é diferente. Estudo realizado por Tumaini et al. (2013) avaliou a atenção primária nos Estados Unidos. Concluiu-se que houve uma diminuição na realização das consultas de puericultura e que a razão para isso foi incerta, variando desde a baixa educação dos pais até as relações médico-mães mais enfraquecidas.

Estudo de Sousa e Erdmann (2012) visa compreender os modos de cuidar e de cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde, e como eles são percebidos por profissionais da ESF, gestores, docentes e mães. Os resultados trazem aspectos subjetivos do cuidar da criança na atenção básica, que possui sentidos diferentes fundados no valor da vida e na dignidade humana, mas não detalham a importância que os sujeitos de pesquisa concedem ao serviço de puericultura.

Oliveira et al. (2013) apontam, a partir de observação não-participante, como os profissionais realizam as consultas de puericultura e quais as condutas adotadas por eles. O estudo identificou que, nas atividades, os enfermeiros têm voltado mais sua atenção para o histórico de enfermagem e exame físico, deixando em descoberto a educação em saúde e acompanhamento subsequente da criança. Contudo, não foi realizada nenhuma reflexão sobre estas práticas.

Apesar dos estudos encontrados se inscreverem no mesmo tema da presente proposta, não foram encontradas pesquisas recentes sobre o PSF/ESF que mostrem a conexão entre o valor da puericultura para mães, suas justificativas para as faltas, e o contexto de realização das ações pelos profissionais, o que pensam e que valor conferem a ela, com o objetivo de compreender a problemática que envolve a baixa

adesão às consultas no primeiro ano de vida das crianças, do ponto de vista desses atores.

Além disso, é importante aprofundar, de forma qualitativa, essa questão, uma vez que a avaliação e o acompanhamento dos indicadores não incluem os modos como deveria ser e nem a qualidade das puericulturas realizadas, mas apresenta apenas a quantidade de procedimentos realizados.

Acredita-se que o resultado desse estudo poderá contribuir para a adesão às propostas de promoção da saúde e preencher lacunas no conhecimento referente à atenção integral à criança pelos serviços de atenção básica. Espera-se que os resultados propiciem, aos gestores e profissionais, discussões de estratégias que ampliem o acesso aos serviços de saúde da criança, com inclusão de aspectos subjetivos não explicitados no cotidiano do trabalho. Da mesma forma, poderão considerar as dificuldades materiais detectadas nesta área assistencial, seja por deficiência estrutural, organizacional ou de investimento profissional no compromisso com a saúde infantil.

Os profissionais de saúde poderão discutir, em parceria com os gestores, seus processos de trabalho e levantar alternativas para qualificar a assistência à saúde da criança, valorizando a percepção das mães e da equipe de saúde e contribuindo para a melhoria dos indicadores dessa linha de cuidado.

Além disso, os resultados provenientes da reflexão dos atores dessa pesquisa sobre a puericultura poderão cooperar para a conscientização da importância dessa prática para a saúde infantil, produzindo novos conhecimentos e transformando ações de mães e profissionais de saúde.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos contribuem não só para a redução da mortalidade infantil, mas reforçam o compromisso da atenção primária de se prover qualidade de vida para a criança, e que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2004a).

1.2 Objetivo

Compreender representações de mães e de profissionais sobre a consulta de puericultura, sua prática e importância, desvelando aspectos objetivos e subjetivos da experiência dos atores que justificam a baixa média de atendimentos à criança no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico tem como finalidade apresentar alguns conceitos para a compreensão dos fundamentos para a realização do este estudo, dividido em três etapas: a primeira descreve a puericultura, seus aspectos históricos e a prática atual. A segunda discute a conceituação da promoção da saúde e a terceira apresenta o referencial teórico da pesquisa propriamente dita, qual seja, a descrição das bases das representações sociais, como uma teoria que organiza o caminho para a análise dos dados da realidade e o motivo de tal escolha.

2.1 Puericultura: aspectos históricos e cenário da prática atual

A origem e evolução da puericultura estão intimamente relacionadas à organização dos serviços de saúde, bem como à concepção de infância em diferentes contextos culturais e históricos. Nas antigas sociedades medievais, com altas taxas de mortalidade infantil, o primeiro desafio da criança era o de sobreviver. Apenas no século XVIII surge a concepção moderna de infância e com a evolução das ciências e da capacidade racional, inicia-se o interesse científico pela população infantil (SANTOS et al., 2012; KRAMER, 2002; ARIES, 1981).

Os serviços de saúde e sua estruturação ganham maior ênfase com a Revolução Industrial e a crescente concentração da população nas áreas urbanas. As epidemias, associadas a baixas condições de vida e trabalho, forçaram os governos a intervir, principalmente com medidas higienistas e curativas, na saúde pública. A pediatria começa a se constituir como especialidade médica e são publicados os primeiros estudos sobre doenças infantis (SANTOS et al., 2012; FREIRE, 1991).

O termo “puericultura” foi utilizado pela primeira vez por Ballexserd, ao publicar na Suíça, em 1762, seu livro “Tratado de Puericultura”, abordando questões gerais de

higiene da criança. A expressão ganhou força em 1865, na França, com a publicação do manual “A puericultura ou a ciência de elevar higienicamente e fisiologicamente as crianças”, pelo médico Caron. Em sua observação empírica, este médico constatou que grande parte das crianças internadas nos hospitais de Paris poderiam ter doenças e internações evitadas se as mães fossem orientadas sobre aleitamento materno exclusivo e cuidados gerais (BONILHA e RIVORÊDO, 2005; MENDES, 1996).

Por meio dos estudos de Pasteur e da teoria microbiana das doenças (1878) a puericultura ganha embasamento teórico, com a definição da etiologia das doenças, o conceito de infecção e de imunidade, e as técnicas de antisepsia. Estudos sobre as necessidades nutricionais do organismo humano, a fisiologia da digestão, cuidados gerais necessários para se evitar a contaminação de alimentos, as doenças infecciosas e suas vacinas, foram incorporados a esta prática, transformando-a em um conjunto de orientações sobre como cuidar de uma criança nos primeiros anos de vida (SANTOS et al., 2012).

No Brasil, houve um movimento progressivo da atenção à saúde da criança no final do século 18. A pediatria foi reconhecida como especialidade médica apenas no ano de 1882, com a justificativa de uma frequência exagerada de doenças com crescente letalidade na população infantil. Nessa época, muitos médicos complementavam sua formação na Europa e alguns conceitos e métodos da puericultura foram incorporados e ela se tornou a principal estratégia de defesa da infância (SANTOS et al. 2012; ROCHA, 1996).

A puericultura se institucionaliza entre as décadas de 1910 e 1930 e inserida às propostas da saúde pública. Até a década de 1950 a assistência à saúde infantil era de caráter normativo, refletindo majoritariamente as reivindicações da sociedade e de movimentos operários. A década de 1960 é marcada pela influência no Brasil das práticas da medicina preventiva e comunitária desenvolvida nos Estados Unidos (BONILHA e RIVOREDO, 2005; NOVAES, 1979).

Com a reorganização dos serviços de saúde no Brasil, a partir da década de 1980, e a valorização da Atenção Primária à Saúde, o governo priorizou o desenvolvimento das ações básicas voltadas à criança – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, controle de doenças diarreicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2011). O advento do SUS é o grande marco dessa década e,

posteriormente, com a reorganização da APS utilizando-se a estratégia do PSF, fica estabelecido o cenário para realização da puericultura até os dias atuais.

A mais recente conquista foi a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em 2015, após anos de implementações de programas de governo. A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, oferecendo cuidados integrais desde a gestação, com atenção especial à primeira infância. Visa contribuir para a redução da morbimortalidade e cooperar na promoção de um ambiente de condições dignas para o desenvolvimento infantil (BRASIL, 2015).

A política possui sete eixos estratégicos para orientar e qualificar os serviços de atenção à saúde da criança. O terceiro eixo consiste na promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral, com vigilância e estímulo ao pleno crescimento e desenvolvimento pela atenção básica utilizando as orientações da “Caderneta de Saúde da Criança” e incluindo apoio aos familiares e fortalecimento de vínculos (BRASIL, 2015).

A implementação desta política amplia a mudança da compreensão dos princípios que norteiam a concepção de saúde. O olhar ampliado para a saúde da criança, presente na política, traz elementos para além da morbimortalidade. Espera-se que, com esse avanço, os serviços de saúde da criança ganhem maior visibilidade e recursos para seu pleno desenvolvimento.

2.2 Promoção da Saúde

A Promoção da Saúde é o processo de capacitar pessoas para melhorar o controle sobre sua própria saúde. São ações que vão além do comportamento individual e envolvem intervenções sociais e ambientais (BRASIL, 2010).

O movimento formal da promoção da saúde surgiu no Canadá, em 1974, com a divulgação de um documento que apresentava uma nova perspectiva da saúde daquele país, com o crescimento das doenças crônicas e sua relação com o ambiente social e ocupacional da população. Conhecido como Informe Lalonde, o documento traz o conceito de "campo da saúde", que integra quatro componentes que o influenciam: biologia humana, ambiente (social e natural), estilo de vida e organização da assistência à saúde (LALONDE, 1974).

Um dos impactos do Informe Lalonde foi a realização da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em 1978, em Alma-Ata. A partir da declaração elaborada nesse evento foi lançada a ideia de que saúde é um direito de cidadania e que depende da formulação de políticas públicas, tendo a intersectorialidade como eixo estruturante. Essas políticas devem envolver a economia, a equidade social, o acesso à educação e à informação. Nessa mesma ocasião a Atenção Primária à Saúde (APS) foi considerada como principal estratégia de promoção e assistência à saúde (PEREIRA e OLIVEIRA, 2014).

Na década de 1980, as discussões sobre os conceitos de APS e Promoção da Saúde persistiram e, em 1981, na I Conferência Nacional de Saúde, no Canadá, foi debatido o fato de que o contexto social influenciava o comportamento individual, sendo um fator determinante da saúde. Em 1986, também no Canadá, foi elaborada a Carta de Ottawa durante a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Nela é proposto um conceito ampliado de promoção da saúde, entendida como uma ação que capacita a comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, participando do controle desse processo. Centrada em fatores sociais e ambientais, admite como pré-requisitos para a saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2001).

Na América Latina os encontros sobre Promoção da Saúde também ganharam força e, em 1992, na Colômbia, foi discutido na Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde nas Américas, a necessidade de enfrentar a pobreza, as doenças e o sofrimento causados pela urbanização e industrialização desordenadas (PEREIRA e OLIVEIRA, 2014).

No Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, principalmente na década de 1980, foi fundamental para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foram discutidos os fundamentos da promoção da saúde e três eixos temáticos essenciais: “Saúde como direito de cidadania”, “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” e “Financiamento Setorial”. Esse encontro representou um marco nas políticas públicas de saúde, e como principal conquista traz a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, criado pela Constituição Federal de 1988 (PAIM et al., 2011).

A década de 1990 é marcada pela discussão e reestruturação da Atenção Básica, com o advento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que

serviu de inspiração para o Programa Saúde da Família (PSF) e que tem por desafio consolidar os princípios e diretrizes do SUS e ser espaço de promoção da saúde e prevenção de agravos (CARVALHO, 2010; BRASIL, 2004).

Em 2006, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), cujo objetivo geral é promover a qualidade de vida, reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde é entendida, nesta política, como uma forma de colaboração para a construção de ações que respondem às necessidades sociais em saúde. É uma estratégia de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, com responsabilidade pela qualidade de vida da população (BRASIL, 2010). Dessa forma, torna-se um grande desafio colocá-la em prática, considerando as profundas iniquidades sociais existentes no Brasil.

Algumas outras estratégias poderão ajudar a fortalecer o campo da promoção da saúde, como a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS), lançada pelo Ministério em 2013. Um dos pontos chave dessa política é o incentivo ao desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, que envolve a educação em saúde. Essa estratégia é fundamental para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença e na melhoria do autocuidado (BRASIL, 2013a).

Apesar de todos os esforços políticos e governamentais, é possível afirmar que há, ainda, grandes desafios, na atualidade, sobretudo para os profissionais de saúde, que dizem respeito à conscientização das comunidades sobre o novo modelo de atenção, não mais centrado na doença, mas em ações que garantam mudanças nos determinantes sociais de saúde, uma vez que a saúde é o maior meio para o desenvolvimento social, econômico e pessoal (BRASIL, 2002). A atenção ao recém-nascido faz parte destas ações, e também constitui um desafio, para aumentar sua cobertura e adesão.

2.3 Representação social

As representações sociais foram inicialmente utilizadas na sociologia por David Émile Durkheim (1858-1917). Segundo ele, as representações traduzem a visão de um grupo a respeito de si mesmo em suas relações com os objetos e estão

relacionadas com as experiências acumuladas pelas gerações. Dessa forma, os indivíduos herdaram representações da sociedade e nem sempre têm consciência disso (GOMES et al., 2002).

Durkheim, no entanto, foi muito criticado por pensar que as representações são exteriores ao indivíduo e têm o poder de coerção sobre as consciências individuais. Para Minayo (1994), o conceito de Durkheim anula o pluralismo essencial da realidade social.

Posteriormente, Moscovici (1961) publica seus estudos com o objetivo de explorar a dimensão social da construção da realidade, tanto entre sujeito e objeto quanto entre sujeitos nas interações (HERZLICH, 2005), cuja dimensão foi nomeada por ele de representação social (RS).

A RS é vista como um fenômeno e não apenas como um conceito. Moscovici deseja que a teoria seja capaz de ler os mais diferenciados fenômenos e objetos do mundo social e não uma teoria forte e fechada (REIS e BELLINI, 2011). No entanto, a ideia de um sujeito que “absorve” um conhecimento do mundo exterior e o transforma por meio de seus próprios filtros, não é admitida na teoria. A RS só é representação quando delimitada em determinado grupo.

Por outro lado, Giami e Veil (1997) delimitaram uma corrente crítica das representações sociais. Esses autores consideram que toda representação é, obviamente, social, mas é uma atividade reflexiva do sujeito, sem se poder, portanto, desconsiderar sua individualidade. São processos construídos ao longo da vida, a partir de interações sociais dinâmicas, mas com a carga psíquica de cada indivíduo.

Uma representação é, então, o ponto de vista de sujeitos sobre os objetos e de como estes objetos passam a fazer parte da vida desses últimos, como valores e modos de agir que vão se definindo pelas interações sociais e em suas contradições. Assim, as representações não são puramente o que vem antes da prática cotidiana, mas são o pensamento e a ação - a própria prática. De fato, as representações estão contidas nas condutas e não somente no mundo das ideias, explicitando-se ao se desvelar ações e reflexões dos atores sobre os objetos de análise (MASSIMO e FREITAS, 2015).

O referencial de representações tem sido muito utilizado no campo da saúde para a análise de aspectos sociais que envolvem o processo saúde-doença e suas práticas sociais. Espera-se que os fundamentos das representações permitam o desvelamento do que pensam mães e profissionais de saúde a respeito da

puericultura realizada em unidades básicas de saúde, para compreender o que está envolvido no complexo processo de não utilização desse serviço.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Referencial Metodológico

Trata-se de pesquisa qualitativa, cujo interesse primordial é conhecer as representações de mães e profissionais a respeito da consulta de puericultura oferecida nas unidades básicas de saúde. As pesquisas qualitativas visam o aprofundamento de particularidades e singularidades da experiência social das pessoas e não um conhecimento que possa ser generalizado e universalizado como regra. É metodologia que exige a construção de categorias, de forma indutiva, a partir dos dados encontrados nos relatos dos participantes ou provenientes de observações de campo, para serem discutidas à luz da literatura pertinente sobre os objetos desvelados, quando se constrói categorias teóricas (YIN, 2016; STAKE, 2011).

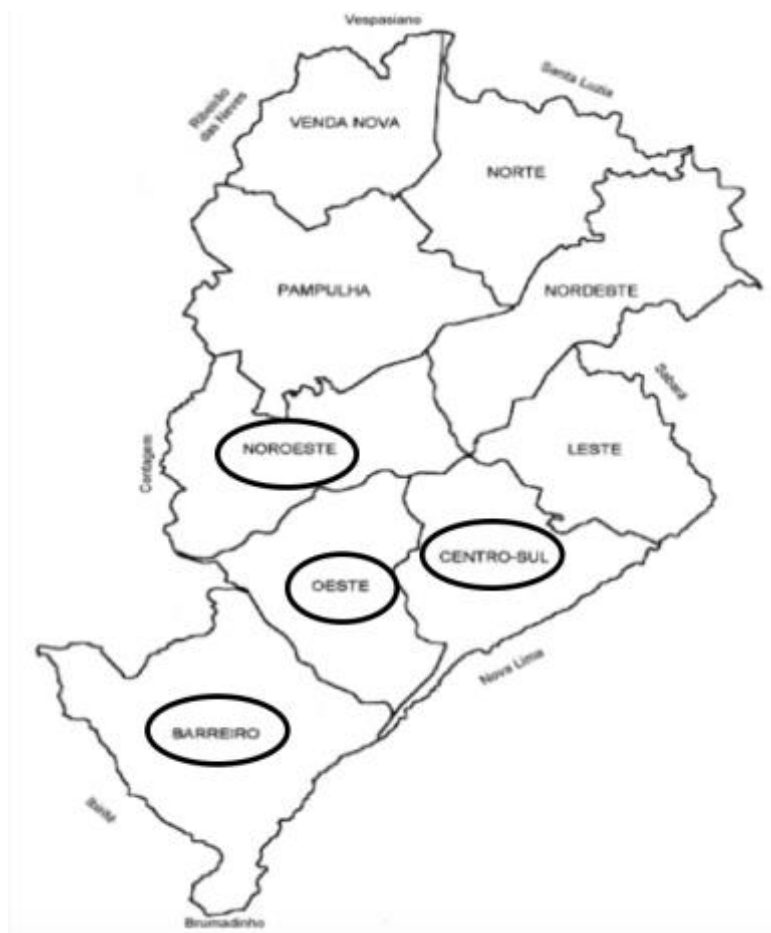
A metodologia qualitativa pode ser considerada como um instrumento essencial para a avaliação dos serviços de saúde e para a formulação de políticas de saúde, uma vez que revela a compreensão das formas de pensar e agir dos sujeitos e grupos sociais (MASSIMO, 2013), permitindo encontrar estratégias de construção e reconstrução de ações da saúde coletiva.

3.2 Cenário do estudo

O local escolhido para a realização da pesquisa é a cidade de Belo Horizonte, por se tratar da capital do Estado de Minas Gerais e ser referência em estruturação da Atenção Primária à Saúde, com cobertura de PSF de 86,57% da população, sendo 100% de cobertura das áreas de elevado e muito elevado risco (PBH, 2017).

A rede de Atenção à Saúde do SUS em Belo Horizonte está dividida em Atenção Básica, Atenção Especializada, Urgência e Emergência, Regulação da Atenção Hospitalar, Regulação da Alta Complexidade e Vigilância à Saúde. Neste contexto, a atenção primária à saúde conta com 152 centros de saúde distribuídos nos nove Distritos Sanitários como demonstrado na FIG.1: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova (PBH, 2017).

Figura 1 - Mapa dos Distritos Sanitários do Município de Belo Horizonte, 2014.



Fonte: PBH, 2014a.

As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações de promoção à saúde voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira e devem ser os primeiros serviços a serem procurados no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde (PBH, 2015).

Os centros de saúde constituem a porta de entrada preferencial para SUS e contam com 588 equipes de saúde da família em Belo Horizonte, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. As equipes de apoio são formadas por pediatras, ginecologistas e clínicos de apoio. Dos 152 centros da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico (PBH, 2014a).

Algumas unidades contam também com outros profissionais, como assistentes sociais e profissionais do NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família): nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fonoaudiólogos e educadores físicos. Esses atuam também nas 76 academias da cidade distribuídas

nos distritos. Estão ainda disponíveis na rede de atenção médicos homeopatas e acupunturistas. Todas as unidades possuem equipes de controle de zoonoses, responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais (PBH, 2017).

Nas unidades, são oferecidas consultas médicas e agendamento de consultas especializadas, atenção ao pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, imunização, acompanhamento de doenças crônicas, assistência farmacêutica, atendimento odontológico, orientações sobre saúde em geral, cuidados com feridas crônicas e agudas (curativos), coleta de exames laboratoriais, além de outros serviços (PBH, 2015).

As equipes de saúde da família realizam, ainda, visitas domiciliares e parcerias com as escolas da comunidade, oferecendo ações de saúde bucal, orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, vacinação *in loco*, entre outras, para efetivar a prevenção de doenças e promover saúde junto à população (PBH, 2015).

Para este estudo, foram selecionados os distritos que apresentaram as menores médias de puericultura (Barreiro e Noroeste) e sorteado dois entre os três distritos que apresentaram maiores médias de atendimento (Centro-Sul e Oeste). Em cada distrito foram sorteadas duas unidades básicas de saúde, onde foram realizados os grupos focais com os profissionais e as entrevistas com as mães.

Das oito unidades sorteadas houve recusa de dois gestores, com a justificativa de que não poderiam disponibilizar os profissionais para os grupos por incompatibilidade da agenda.

3.3 Sujeitos da pesquisa e coleta de dados

Este estudo foi conduzido em duas partes. Na primeira, foram realizados grupos focais nas unidades básicas de saúde com a participação dos profissionais que atendem consultas de puericultura. O objetivo dos grupos focais foi compreender representações dos profissionais sobre a consulta de puericultura, como eles a realizam e o que esperam das mães, para desvelar a importância que conferem a esta prática. Foi realizado um grupo em cada uma das seis unidades após agendamento prévio para não prejudicar o atendimento na unidade e proporcionar maior participação dos funcionários. A média foi de cinco participantes por grupo.

Os grupos focais são definidos como uma técnica de pesquisa que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico sugerido pelo pesquisador. Representa uma possibilidade de compreender a construção das representações sobre um tema específico e de aproximar o pesquisador do contexto psicológico, social e cultural dos participantes, ampliando sua forma de interpretar as ações (DALL'AGNOL et al., 2012; VEIGA e GONDIM, 2001; MORGAN, 1997).

Uma das finalidades dos grupos focais é oferecer uma oportunidade de conscientização dos participantes de sua situação atual, dando-lhes autonomia para participação nos processos de produção do conhecimento e a transformação de seu plano social. O número de participantes em grupos focais pode variar. A duração de cada grupo pode mudar conforme o número de participantes e a polêmica da temática (DALL'AGNOL et al., 2012; VEIGA e GONDIM, 2001).

As discussões dos grupos focais foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas, com a autorização expressa dos participantes. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, uso e confidencialidade dos dados.

A questão central utilizada no grupo foi colocada de forma indireta: “Vamos conversar sobre a puericultura. Gostaríamos que vocês falassem o que pensam dela, que contassem como a realizam e sobre suas expectativas e dificuldades no atendimento aos recém-nascidos da área de abrangência do serviço”. Algumas perguntas de relance foram utilizadas para aprofundar ou dar continuidade à discussão, sobretudo no que se refere às maneiras de realizar a puericultura, ao fluxo de atendimento da unidade, às ações do 5º dia, dentre outras.

Na segunda parte da pesquisa, foram realizadas entrevistas abertas, em profundidade (DEMAZIÈRE e DUBAR, 1997), com mães de crianças menores de dois anos, pertencentes às áreas de abrangência das unidades selecionadas. Em cada unidade, os agentes comunitários de saúde ou enfermeiros indicaram mães que já haviam participado de consultas de puericultura e mães que não levavam seus filhos a essas consultas. As entrevistas foram agendadas por telefone e foram realizadas nas próprias unidades de saúde.

O objetivo das entrevistas foi trazer o ponto de vista das mães sobre a consulta de puericultura, a importância que elas atribuem a essa prática, críticas e dificuldades vivenciadas dentro de seus contextos e aprendizados ao longo da vida. Também foram observados os pontos de vista das mães que não participavam dessas

consultas, para buscar a compreensão de seus motivos e conceitos. Foram realizadas 14 entrevistas com as mães, nos quatro distritos sorteados.

Após transcrição dos dados e análise prévia, tanto dos grupos quanto das entrevistas com as mães, percebeu-se que as falas estavam repetitivas, e utilizou-se o critério de saturação dos dados para delimitar esse número final de participantes. A amostragem por saturação de dados é uma técnica utilizada em pesquisas qualitativas para encerrar o número de participantes de um estudo. A suspensão da coleta de dados ocorre quando as informações colhidas nas entrevistas apresentam redundância e repetições, e novos depoimentos pouco acrescentariam ao material já obtido e à reflexão teórica a ser realizada (FONTANELLA, et al., 2008).

Segundo Veiga e Gondim (2001), as entrevistas procuram explorar a visão dos participantes a respeito de um tema, bem como seus sentimentos, crenças e desejos. É um diálogo assimétrico em que o pesquisador tem por objetivo obter informações para uma investigação tendo uma pessoa como fonte de dados, mas considerado por Demazière e Dubar (1997) como um encontro que permite a reflexão do participante com o pesquisador. De fato, esses autores afirmam que a narrativa do sujeito é uma construção que contém sequências com idas e vindas sobre os objetos em pauta, confirmações e contradições sobre fatos, personagens e significados que justificam a narrativa do sujeito.

Na ocasião foi utilizada uma questão principal, colocada de forma aberta e que permitiu uma narrativa contextualizada por parte da entrevistada: “Diga-me o que você pensa sobre o serviço de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil oferecido ao seu filho por essa unidade. Fale-me de suas dificuldades e facilidades para cuidar do seu filho, da saúde dele”. Foram também utilizadas perguntas de relance para que todos os pontos considerados principais fossem abordados, como o funcionamento do agendamento de consultas, como os profissionais realizavam as consultas das diferentes categorias, dentre outras. O instrumento da entrevista foi utilizado, inicialmente, com cinco mães. Após alterações de algumas palavras e ordem das perguntas de relance, com o objetivo de adequar a linguagem e facilitar a comunicação, foi dado seguimento às demais entrevistas. Após a assinatura do TCLE pelos participantes, as entrevistas foram gravadas em áudio com a autorização expressa do participante e transcritas.

A investigação, tanto das representações dos profissionais quanto das mães, teve por objetivo encontrar aspectos objetivos e subjetivos da experiência dos atores

quanto ao atendimento da criança na puericultura realizada em todos os distritos do município de Belo Horizonte.

3.4 Análise e tratamento dos dados

A análise dos dados obtidos nos grupos focais e nas entrevistas foi realizada de acordo com o método da Análise Estrutural de Narração (AEN), proposta por Demazière e Dubar (1997) e fundamentada em Barthes (2001). Trata-se de uma técnica de análise qualitativa que considera a narrativa não apenas um conjunto de frases, mas uma estrutura em diversas classes, hierárquicas, contendo sentidos em cada uma delas, sendo todo o conteúdo considerado na interpretação.

A AEN propõe, para compreender o significado das falas dos sujeitos, que todo o conteúdo da entrevista seja, primeiramente, “desconstruído” em sequências, que serão reconstruídas em seguida, para agrupar as conjunções e disjunções do discurso sobre um mesmo objeto. Considera-se, assim, que a totalidade inclui percepções e explicações sobre o mundo, mas não de forma organizada, linear. Em suas falas, os sujeitos interpretam o mundo, explicitam coerências e contrassensos, ao apresentarem seus pontos de vistas sobre os objetos (DEMAZIÈRE, 2008; DEMAZIÈRE e DUBAR, 1997).

A análise foi realizada em três etapas: a das entrevistas e de cada grupo separadamente, e a do conjunto das entrevistas e dos grupos, referente à discussão das categorias construídas cotejadas com a literatura pertinente.

A primeira etapa corresponde a realização de dois tipos de leituras de cada entrevista, para a qual se utilizou a técnica proposta por Blanchet e Gotman (2007) denominada “leitura vertical”, que tem por objetivo a compreensão global dos conteúdos; e a “leitura horizontal”, em que o conjunto do texto é sequenciado e numerado por ordem crescente de aparecimento no discurso e por objeto descrito, incluindo os fatos, as explicações sobre eles e os personagens envolvidos na trama. Em seguida, as sequências que tratam do mesmo objeto são agrupadas e recebem uma denominação provisória, em um processo de reconstrução da totalidade da fala do sujeito. Essa análise constitui a base para a construção da categorização das representações, que serão cotejadas entre si no conjunto das entrevistas, na etapa subsequente.

Na segunda etapa, o objetivo foi encontrar o que é comum e divergente nas falas de todos os sujeitos, para agrupar e categorizar os significados explicitados, chamada de “leitura transversal” (Blanchet e Gotman, 2007) porque agrega as falas do conjunto dos entrevistados para fazer emergir as representações apresentadas pelos profissionais de saúde e pelas mães das crianças. Aqui, as categorias de representações são aprofundadas e ganham densidade para serem cotejadas posteriormente com a literatura.

A terceira etapa é denominada por Demazière e Dubar (1997) como a etapa de teorização, na qual as categorias encontradas na análise das entrevistas e dos grupos são comparadas à literatura, somando-se às reflexões teóricas do próprio pesquisador.

3.5 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte para sua realização nos serviços de saúde, e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, para sua aprovação. Todas as exigências éticas contidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013c) foram contempladas. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto no COEP.

Para cada participante, seja nos grupos focais ou nas entrevistas em profundidade, foi fornecida uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - APÊNDICES A e B), com linguagem clara e acessível, contendo todas as informações necessárias sobre a pesquisa, como objetivos, responsáveis pelo trabalho, métodos utilizados, garantia de anonimato e do uso estrito dos dados para fins da pesquisa, além da garantia de não existência de riscos previsíveis e do direito de desistir da participação em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO – GRUPOS FOCAIS

4.1 Os grupos focais com os profissionais de saúde

Foram realizados seis grupos focais em quatro distritos sanitários da cidade de Belo Horizonte, selecionados por possuírem as menores e maiores médias de puericultura do município, a saber: Barreiro, Noroeste, Centro-Sul e Oeste. Para se chegar a estes distritos realizou-se sorteio entre os que tinham as maiores médias e os que tinham as menores médias, o que incluiu o distrito Nordeste. A escolha foi de sortear dois distritos de cada extremo, o que excluiu o distrito Nordeste que tinha a mesma média de puericultura (2,4) que a do distrito Oeste.

As unidades de saúde de cada distrito foram assim sorteadas e, posteriormente, realizado o contato com os Núcleos de Ensino e Pesquisa de cada uma das regionais e com os gerentes da unidade para a definição do dia e horário para a coleta de dados. Em duas das unidades não havia profissional pediatra, uma com baixa média de puericultura e outra com maior média.

Os grupos foram realizados nas próprias unidades, entre outubro e dezembro de 2016, com agendamento prévio e proteção das agendas dos profissionais para essa participação. Os gerentes das unidades disponibilizaram o maior número de profissionais possível para a coleta dos dados, mas sem que o atendimento da unidade fosse prejudicado. Após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e metodologia a ser utilizada, os profissionais que aceitaram participar da pesquisa receberam o TCLE e os grupos foram iniciados. Não houve recusa por parte de nenhum dos convidados.

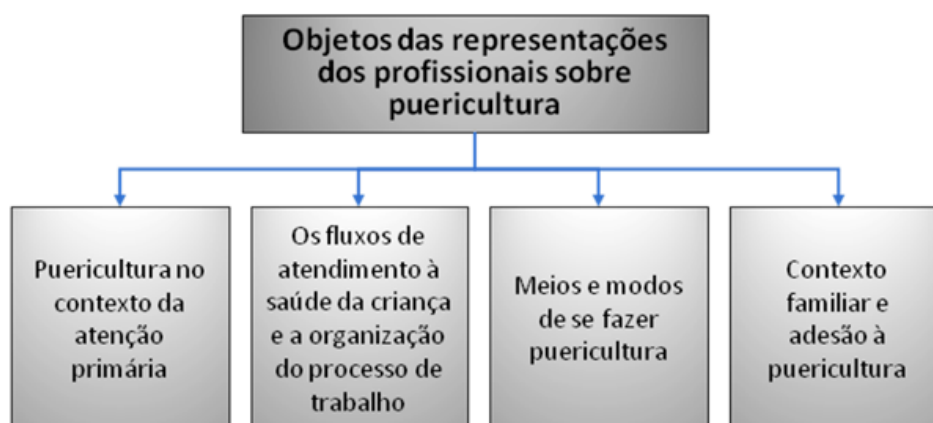
Participaram dos grupos os profissionais que atendem a consulta de puericultura. As falas dos grupos foram consideradas como a expressão de um sujeito coletivo, sem identificação da categoria específica, uma vez que as representações investigadas dizem respeito ao processo de puericultura na unidade. O total de participantes foi de 28 profissionais, 20 eram do sexo feminino e oito do sexo masculino, sendo 13 enfermeiros, 11 generalistas e quatro pediatras.

4.2 Representações dos profissionais sobre puericultura

Com a interpretação dos dados definiram-se os temas e, em cada um, as seguintes categorias relativas às representações dos profissionais, nas discussões

dos grupos: Puericultura no contexto da atenção primária; os fluxos de atendimento à saúde da criança e a organização do processo de trabalho como fatores influenciadores da puericultura; meios e modos de se fazer puericultura: o atendimento à criança e o perfil profissional; e o contexto familiar e a adesão à puericultura, como demonstrado na FIG.2.

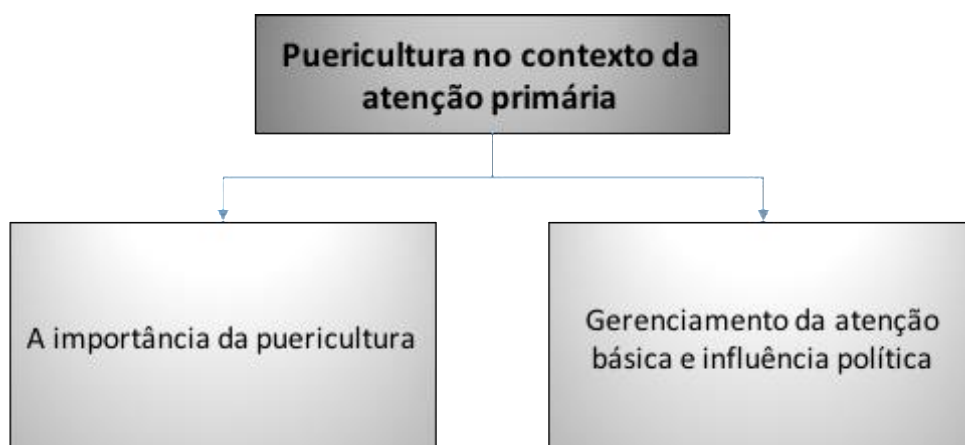
Figura 2 – Objetos das representações dos profissionais sobre puericultura, 2017.



4.2.1 Puericultura no contexto da atenção primária

Sobre a puericultura no contexto da atenção primária, identificou-se duas subcategorias, apresentadas na FIG.3.

Figura 3 – A puericultura no contexto da atenção primária, 2017.



4.2.1.1 A importância da puericultura

Os profissionais acreditam que as consultas de puericultura podem ser um instrumento de prevenção de agravos e promoção à saúde. É compreendida também como um momento para detecção precoce de possíveis alterações para que as intervenções sejam realizadas de forma oportuna. Nesse sentido, afirmam que, mesmo que a cura não seja alcançada, todo o potencial da criança deve ser estimulado.

Os dois primeiros anos de vida são a fase mais crítica da criança. Porque se você consegue perceber alguma alteração é o período que você tem alguma coisa a fazer. Talvez você não consiga curar, mas, por exemplo: um menino que tem um atraso de desenvolvimento, você consegue estimular. Você vai aproveitar o máximo do potencial dele, mesmo que não fique normal. Mas com estímulo e tudo você consegue interferir (G2).

Em um dos grupos, a puericultura foi reconhecida como o conjunto de cuidados no princípio da vida e uma oportunidade de orientação às mães, principalmente no que se refere à alimentação saudável.

É o começo da vida. Prevenir doenças. Detecção precoce. A palavra que resume a puericultura é a prevenção, prevenção para uma vida saudável, pois ter saúde não é ter somente o físico em bom estado. A criança tem que estar em bom estado mental, a mãe precisa saber o que ela está fazendo quanto à alimentação (G4).

É nessa consulta que existe a oportunidade de se captar erros e dúvidas no aleitamento materno e alimentação da criança, bem como encontrar crianças com baixo peso, desnutrição ou com sobrepeso e obesidade. Além disso, considera-se como imprescindível a avaliação da situação vacinal, pois se as vacinas estiverem em atraso haverá prejuízos não apenas para a criança, mas para a comunidade em geral.

A maioria das mães comete muitos erros sobre amamentação, higiene, vacina atrasada. E é na puericultura que nós consertamos isso. Nessa consulta, nós encontramos baixo peso, erro alimentar (...). Tudo é na puericultura que conseguimos captar (G6).

O conceito de puericultura que os profissionais apresentam é influenciado diretamente pela vivência profissional e eles apresentam uma visão ampla sobre o termo, envolvendo ações de educação em saúde, orientações às mães, aleitamento materno, alimentação e situação vacinal, como encontrado em estudo de Vieira et al.

(2012). As falas dos grupos corroboram com a afirmação de que a monitorização do crescimento e do peso na puericultura proporcionam a detecção precoce de baixo peso, desnutrição e outros riscos associados, gerando a oportunidade de intervenção imediata (VIEIRA et al., 2012; SANTOS et al., 2010).

Alguns grupos se referem à puericultura como um momento de fortalecimento de vínculos, tanto da mãe com o bebê, quanto desses com o profissional de saúde. O vínculo mãe e bebê é estimulado principalmente quando a mãe recebe apoio e adquire a autonomia e segurança para o cuidado da criança.

A puericultura é importante para fortalecer esse vínculo entre mãe e filho, a confiança da mãe em cuidar desse filho (...). Então, se não conseguimos vincular essa mãe com o bebê ela fica insegura e acaba ouvindo qualquer um. Eu percebo mais como uma forma de vinculação da mãe com o serviço e da mãe com o seu filho, para que ela tenha mais segurança naquele cuidado e de saber o porquê de estar fazendo aquilo. Eu vejo a puericultura assim (G3).

Reichert et al. (2016) acreditam que a consulta de puericultura estreita o vínculo dos profissionais com a família, principalmente na consulta com o enfermeiro, sendo necessário a confiança mútua e uma relação de respeito para que os procedimentos sejam bem-sucedidos.

A puericultura representa, para alguns grupos, um dos poucos momentos em que os profissionais exercem a função competente ao programa de saúde da família, com momentos de orientação, prevenção e educação em saúde. Muitos citam que a demanda espontânea ocupa um grande espaço na agenda, substituindo esses procedimentos fundamentais da atenção primária. Lembram que muitas mães precisam dessa consulta para receber orientações de como cuidar melhor de seus filhos.

Eu acho que devemos insistir na puericultura, porque é um dos poucos momentos que temos para fazer medicina preventiva, saúde da família. Ainda é uma consulta importante, pois, às vezes, pegamos mães que não têm experiência nenhuma e elas ficam sem saber o que fazer (G6).

A educação em saúde realizada pelos profissionais nas consultas de puericultura contribui de forma significativa para a promoção da saúde e como uma estratégia para a mudança dos hábitos da população. Para que esse processo seja eficiente é necessária a participação ativa dos sujeitos envolvidos. É preciso,

também, que o educador valorize a cultura, costumes e rotinas da população assistida (VASCONCELOS et al., 2012).

Os grupos também citaram que a individualidade da criança deve ser sempre respeitada, evitando-se comparações com outras crianças e avaliando sempre o contexto e características familiares (físicas e psicológicas).

Podemos ver que as crianças são alvos de comparação umas com as outras, por exemplo: “o filho da minha vizinha tem a mesma idade... o filho dela está pesando tanto e o meu filho não está. Você acha que ele está magro?” “Vamos olhar no gráfico de desenvolvimento? Vamos entender o que é esse gráfico? Que nenhuma criança é igual a outra...”(G3).

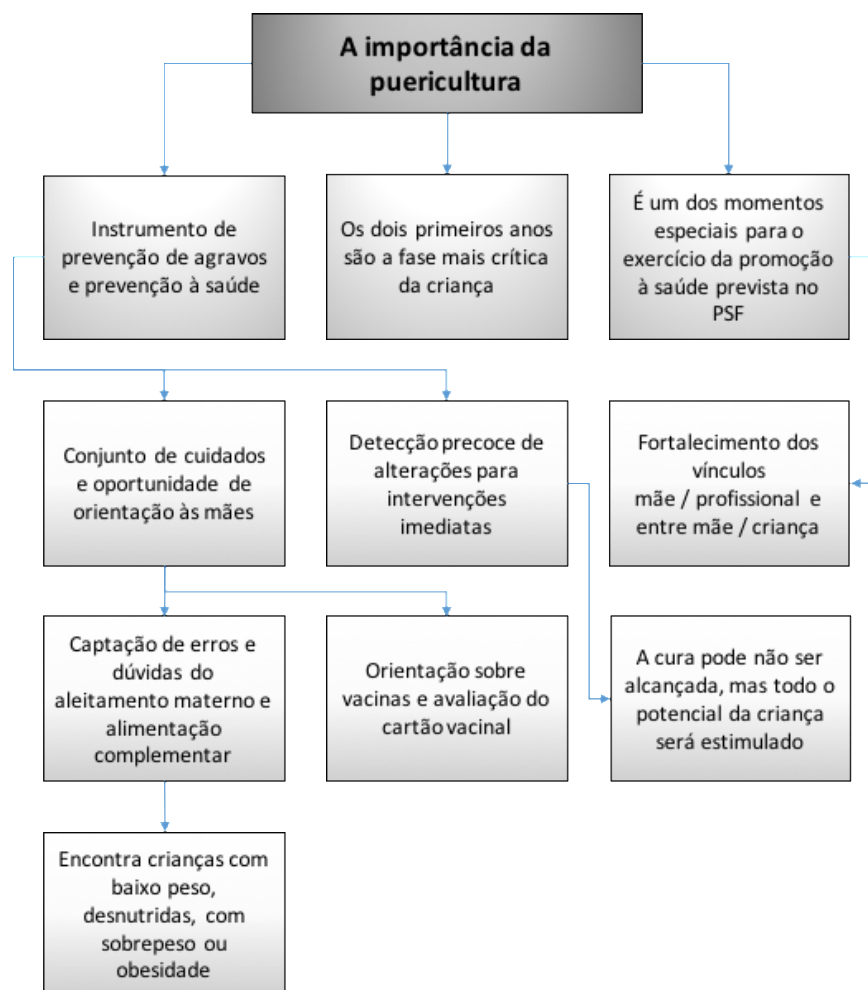
Uma estratégia citada pelos profissionais e que individualiza o cuidado é a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), considerada pelo MS um instrumento fundamental para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, além de conter informações e orientações para pais e profissionais (BRASIL, 2013d).

Porém, este instrumento ainda é subutilizado nas unidades de saúde, como também afirmam Almeida et al. (2015). Nesse estudo, verificou-se que a caderneta como método de vigilância da saúde da criança ainda não está consolidado e que a maioria dos profissionais não estão sensibilizados quanto ao seu preenchimento adequado e sua importância.

Toda mãe deve estar ciente de que seu filho é único e a caderneta contribui para que ela entenda que os padrões e médias existentes para a avaliação das medidas antropométricas e desenvolvimento são muito importantes e servem como parâmetro. Os profissionais precisam utilizar a CSC com essa consciência, mostrando às mães quando a criança está com medidas adequadas, e também quando estas estão alteradas ou em risco. Caso sejam encontrados alguma alteração ou desvios, é necessário, além das ações pertinentes, investigar a história de nascimento, prematuridade, alimentação recebida, herança genética é fundamental (VIEIRA et al., 2015; ROMANI e LIRA, 2004).

A síntese das representações dos profissionais sobre a puericultura e sua importância estão apresentadas na FIG.4.

Figura 4 – Representações dos profissionais sobre a importância da puericultura, 2017.



Dessa forma, explicita-se, em relação à importância da puericultura, que os profissionais entendem que os dois primeiros anos de vida são a fase mais crítica da criança. Assim, a puericultura representa um instrumento de prevenção de agravos e de promoção à saúde, e permite a detecção precoce de alterações para intervenções imediatas. Os entrevistados afirmam que a cura pode até não ser alcançada totalmente, mas que o potencial da criança deverá ser estimulado ao máximo.

A puericultura também é entendida como um conjunto de cuidados e uma oportunidade de orientação às mães. Nessa consulta eles captam erros de aleitamento materno e alimentação e encontram crianças de baixo peso, desnutridas, com sobrepeso ou obesidade. São realizadas também orientação e a avaliação sobre o estado vacinal.

Os profissionais afirmam que tudo isso é essencial para o fortalecimento do vínculo entre a mãe e o bebê e entre a mãe e o profissional, tornando a puericultura um dos momentos especiais para o exercício da promoção à saúde, previsto na Estratégia Saúde da Família.

4.2.1.2 Gerenciamento da Atenção Primária e influência política

Os grupos apresentaram representações sobre o desenvolvimento da puericultura nas unidades básicas de saúde, considerando-a como central e uma das poucas atividades relacionadas à “promoção da saúde” que os profissionais ainda conseguem realizar.

Eu abraço a atenção básica, não só a puericultura, mas tudo o que acontece aqui. Sou totalmente a favor da atenção básica e ela tem que ser valorizada cada vez mais. Acho que temos que ter um conhecimento cada vez maior sobre ela, sobre o nosso trabalho aqui dentro, para podermos mostrar para a população a importância do que a gente faz, não só na área da doença. A equipe da atenção básica está muito mais voltada para promover a saúde do que para buscar a cura (G1).

Acho que puericultura é uma das poucas coisas que ainda temos na unidade básica que você pode falar que é próprio da atenção primária. Porque com essas mudanças, a unidade básica não é mais aquela de antes. Virou tipo uma mini-UPA. Eles estão priorizando mais o atendimento de urgência. Essas questões preventivas, igual puericultura, os grupos, isso fica em segundo plano. Isso que a gente tem percebido nos últimos anos. Essa inversão de papéis. A gente faz papel de unidade básica e de serviço de urgência, e, às vezes, sem estrutura. Deixou de ter aquele perfil de unidade básica (G2).

Os profissionais afirmam, no entanto, que a atenção primária é pouco valorizada. Um exemplo disso é que, nas próprias unidades básicas, a demanda de pacientes com problemas agudos tornou-se prioridade. A puericultura é demanda programada e acaba sendo relegada. Afirmam também que a valorização da atenção primária e o equilíbrio entre os níveis de atenção dependem tanto da administração pública, das prioridades dos governantes e de suas influências, quanto da organização da gestão interna.

Nesse sentido, acreditam que o gestor da unidade pode influenciar a maneira que a própria população vê o trabalho das unidades básicas de saúde, mas que é necessário haver uma política coerente de Estado que sempre retome os princípios do Sistema Único de Saúde. Os profissionais afirmam que se a unidade de saúde

realizar sua verdadeira função de promoção à saúde e prevenção de agravos, haveria grande impacto na saúde da população e menor número de casos agudos para atendimento.

Isso vai depender muito da política mesmo. Eles decidem se vão desvalorizar a atenção básica. Estou há 20 anos na área de saúde pública, já passei por muitas gestões. Depende da metodologia que eles criam (G4).

Temos a questão da vontade política, que é 90% da questão, e temos a influência da gestão interna, que é a gestão direta, de organização do serviço, de não ter a filosofia de priorizar o atendimento de urgência na unidade. A gestão direta tem que estar de acordo com a filosofia de trabalho da equipe de saúde da família, então se não tem médico de referência hoje eu vou desmarcar a agenda de pré-natal para ter um atendimento de demanda espontânea? Isso não acontece aqui, mas tenho relatos destes fatos ocorridos em outras unidades. Se aparecer alguém aqui com esse perfil, ele vai encontrar certa resistência dos profissionais (G4).

Não dá para abrir mão da puericultura. Uma puericultura bem feita gera crianças mais saudáveis, com grande impacto na saúde e menos casos agudos. Não podemos pensar que o atendimento de casos agudos seja mais importante do que a atenção programada da gestante, da criança, que a gestante tem que fazer o pré-natal, disso aí não se abre mão (G4).

É importante ressaltar que o atendimento de demanda espontânea, muito citado nos grupos e que trazem grande insatisfação às equipes de saúde da família, deve ocorrer nas unidades de forma que não ocupem mais da metade da carga horária dos profissionais, pois além de ser um atendimento que traz maior desgaste, ele não representa, em sua totalidade, a proposta de promoção à saúde e prevenção de agravos do PSF (PBH, 2014b).

Segundo o protocolo da Prefeitura sobre o atendimento à demanda espontânea (PBH, 2014b), esse procedimento é essencial para cumprir o princípio do primeiro contato em que a atenção primária à saúde é considerada como o meio de acesso do usuário ao SUS. Deve-se considerar o acolhimento dos diferentes tipos de demandas, com atendimento resolutivo e otimizado.

Desde 1995 esse tipo de atendimento é associado ao conceito de Acolhimento e, dessa forma, o acesso do usuário à unidade não seria mais unidirecional, com agendamentos de consultas médicas e por ordem de chegada, mas com a escuta qualificada e atenciosa da demanda apresentada pelo paciente (PBH, 2014b).

A proposta da Prefeitura é que o atendimento de demanda espontânea coexista com a demanda programada, contudo são necessárias discussões sobre essa organização. É legítimo que esse atendimento ocorra nas unidades básicas, uma vez que grande parte das demandas desses usuários pode e é satisfeita na atenção básica. Porém, a grande preocupação é que esse nível de atenção se reduza a um pronto atendimento e que o modo de acolhimento se reduza à queixa-conduta. Muitas vezes, a situação apresentada demandará a continuidade do cuidado ou, ainda, a um apoio matricial e encaminhamento para especialidades (BRASIL, 2013b).

A discussão envolveu também o fato de que o modelo de atenção curativo ainda não foi superado. Para os participantes, a população e os gestores da saúde ainda não estão preparados para a promoção da saúde, embora o governo insista em realizar maiores investimentos na atenção curativa do que na promoção à saúde.

Voltado para a atenção primária, prevenção, não vemos tantas ações. E essa atenção é muito desvalorizada, porque a gente precisa atender os casos agudos também. O acolhimento é a menina dos olhos da Prefeitura. Não são os outros atendimentos que a gente faz, que seriam realmente da nossa função de Programa de Saúde da Família. Quando queremos fazer um grupo, sempre é questionado se vai dar tempo de atender o acolhimento. Não tem muito essa valorização da atenção primária. Nós somos uma “mini UPA”. Aqui temos que atender a puericultura, o pré-natal e todas as outras consultas de agudos. Mas são as regras e temos que segui-las. Eles nos tiram da puericultura para atender acolhimento, caso falte algum profissional (G5).

Nós passamos cada vez menos tempo na prevenção e mais no cuidado de agudos. A Saúde da Família foi criada para diminuirmos a medicina curativa. E em Belo Horizonte não é assim. Se não tomarmos a rédea da situação, os postos vão virar “mini UPAs”. Temos muito mais consultas de agudos do que programados (G6).

É importante deixar registrado que somos mais cobrados em relação ao que a população valoriza, que são os casos agudos, do que no acompanhamento e da promoção à saúde. É um absurdo quando temos que priorizar uma dengue e cancelar todas as puericulturas, porque a dengue é prioridade. Poderiam contratar profissionais que vão atender dengue. Somos do Programa Saúde da Família, nossa obrigação com a comunidade é promover a saúde e não ficar curando (G3).

A grande preocupação e incômodo que o atendimento de demanda espontânea traz, estão relacionados ao fato de que os profissionais sabem que ele

apenas reflete que o modelo de atenção medicalizado não foi superado nem pela população nem por alguns gestores. Segundo Tesser (2010), esse atendimento, que foge à proposta de escuta qualificada e que se resume a queixa-conduta, produz, com frequência, nas equipes, certa angústia, carga exaustiva de trabalho e estresse emocional.

As equipes acreditam que uma demanda programada, eficiente e controlada, significa uma demanda espontânea menor. A unidade básica que cumpre seu papel e desempenha melhor a captação e o controle de pacientes crônicos, terá um número de casos agudos menor.

Quando você chega em uma unidade que a demanda espontânea está sob controle é porque o crônico também está controlado. Os protocolos estão bem controlados, tanto de gestante, como criança, adulto. Quando a demanda espontânea está controlada, o restante também está (G4).

Os profissionais também afirmam que as mães não valorizam a prevenção, por acreditarem que elas têm uma representação equivocada em relação à puericultura, pois a presença delas é maior quando a criança está com queixas ou apresenta alguma alteração em seu estado de crescimento e desenvolvimento.

Eu percebo na minha equipe que as mães não entendem muito bem o que é puericultura, pois quando não tem queixa elas acabam não comparecendo na consulta. As mães que comparecem quase sempre têm alguma queixa. É raro ter uma mãe que vem exatamente para cumprir rotina da puericultura (G3).

As mães têm mais interesse em vir quando tem algum problema já instalado, mas para fazer a prevenção é mais difícil. Eu tinha uma puericultura marcada para essa semana, porém ela passou duas vezes na semana passada pelo atendimento de agudo, ou seja, ela passou pela médica duas vezes. Na puericultura ela não veio (G6).

Todos os profissionais concordam que é necessário haver maior mobilização dos próprios serviços para que haja mudanças nas formas de ver a atenção básica pela população em geral, sobretudo quanto à utilização do atendimento de demanda espontânea, para que não se continue a sustentar a ampliação da medicalização via ampliação do acesso. As mães devem receber cada vez mais autonomia para diminuir esse risco, uma vez que uma das maiores pressões da população é da

garantia de atendimento para sua demanda espontânea (PBH, 2014b; BRASIL, 2013b).

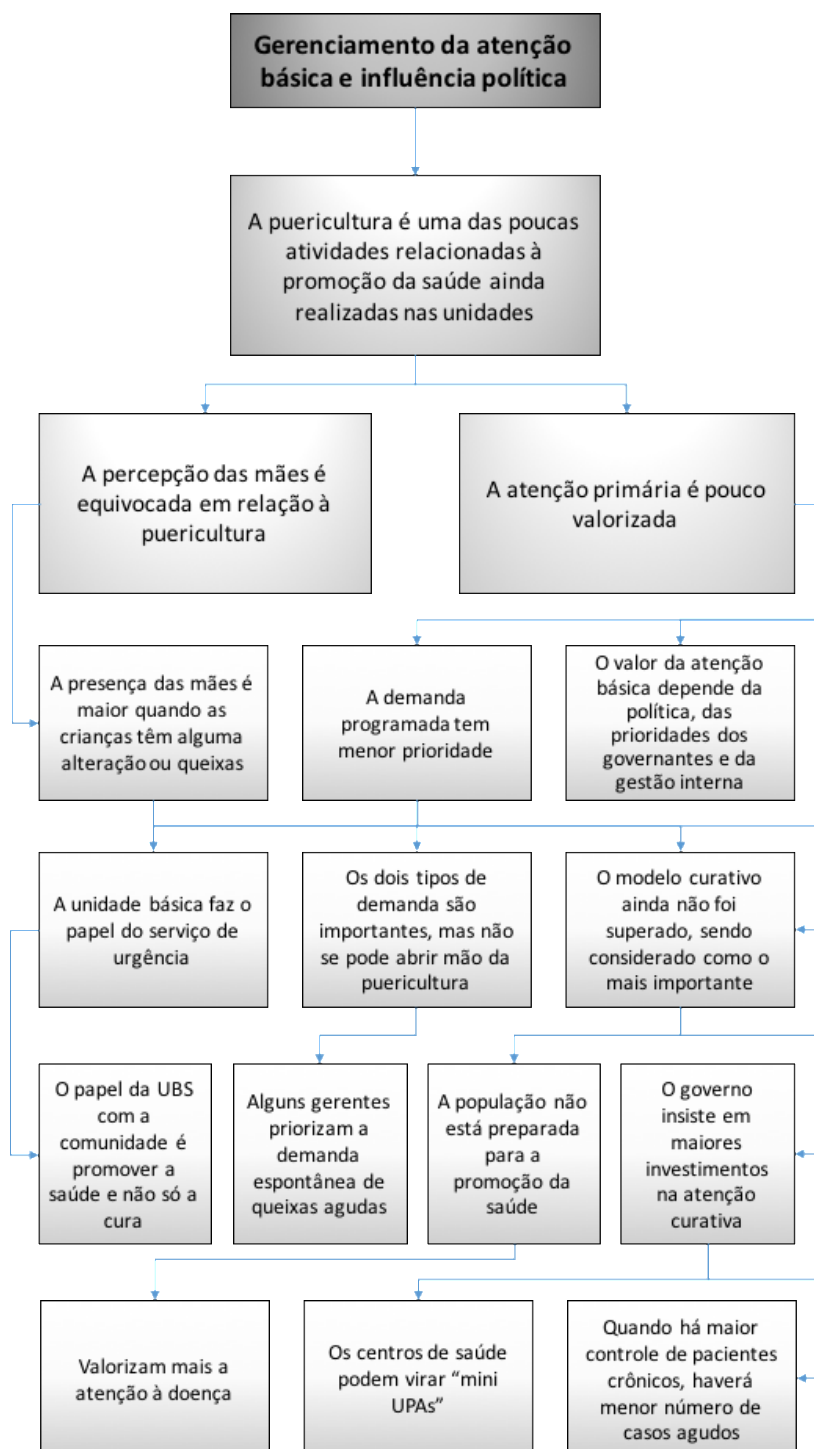
Assim, pode-se afirmar que os profissionais consideram que a atenção básica não é valorizada e a puericultura é uma das poucas atividades relacionadas à promoção da saúde ainda realizadas nos centros de saúde. Eles acreditam que o valor agregado à esse nível de atenção depende de vontade política, das prioridades dos governantes e da gestão interna.

Os grupos relatam que a demanda programada tem menor prioridade e de que não se pode abrir mão da puericultura, embora alguns gerentes façam isso. Os dois tipos de demanda são importantes, mas eles afirmam que muitas vezes exercem o papel dos serviços de urgência, sendo que a principal responsabilidade da UBS com a comunidade é promover a saúde e prevenir os agravos.

Para os profissionais o grande desafio é que o modelo curativista ainda não foi superado, sendo as ações curativas consideradas como mais importantes. E isso não só para a população, mas ainda para alguns gestores, políticos e profissionais. A população não está preparada para a promoção da saúde, porque valoriza mais a cura da doença. Isso é refletido nas consultas de puericultura, em que há maior presença das mães quando as crianças estão com algum sintoma, queixas ou dados de crescimento e desenvolvimento alterados.

Estas representações dos profissionais sobre o gerenciamento da atenção básica e influência política no funcionamento das unidades estão sintetizadas na FIG.5.

Figura 5 – Representações dos profissionais sobre o gerenciamento da atenção básica e influência política no funcionamento das unidades, 2017.



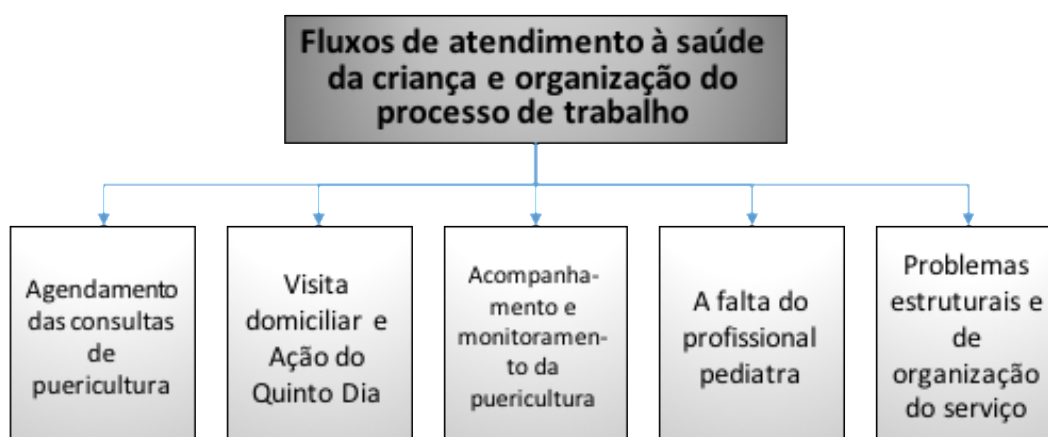
Dessa forma, os profissionais afirmam que se eles não “tomarem as rédeas” da situação, as unidades básicas se transformarão em “mini UPAs”, pois o governo investe mais na atenção curativa. Isso entristece os profissionais, porque eles

acreditam que quando há maior captação e controle dos pacientes crônicos, haverá menor demanda de agudos, contudo são necessários investimentos e organização da rede de saúde para que isso ocorra.

4.2.2 Os fluxos de atendimento à saúde da criança e a organização do processo de trabalho como fatores influenciadores da puericultura

Nessa categoria, serão apresentadas as representações dos profissionais sobre os serviços de assistência à criança nas unidades básicas e seus fluxos, bem como os fatores que influenciam a organização do processo de trabalho das equipes, sintetizados na FIG.6.

Figura 6 – Os fluxos de atendimento à saúde da criança e a organização do processo de trabalho, 2017.



4.2.2.1 Agendamento das consultas de puericultura

Segundo os grupos, o agendamento de consultas de puericultura nas unidades de saúde é realizado de acordo com o calendário proposto pela Prefeitura de Belo Horizonte (QUADRO 1). Os profissionais relatam seguir as marcações sempre que possível, respeitando a idade da criança e o profissional recomendado.

Quadro 1 – Calendário para acompanhamento da criança e adolescente – crescimento e desenvolvimento, PBH, 2008.

IDADE	ATIVIDADE
1º ANO DE VIDA	
1ª semana após o parto	Visita domiciliar (ACS/ESF)
5º dia Saúde Integral	Consulta com enfermeiro
01 mês	Consulta com pediatra
02 meses	Grupo educativo + Cons. Enfermagem
03 meses	Consulta com generalista
04 meses	Consulta com enfermeiro
06 meses	Consulta com pediatra
09 meses	Grupo educativo + Cons. Enfermagem
12 meses	Consulta com pediatra
2º ANO DE VIDA	
18 meses	Consulta com generalista
24 meses	Consulta com pediatra
APÓS 3º ANO DE VIDA	
3 a 19 anos	Uma consulta médica anual

Extraído de: PBH, 2008, p.73.

O primeiro problema encontrado foi a não realização de grupos educativos, conforme recomendado pelo protocolo no segundo e nono mês de puericultura, o que não foi citado por nenhum dos profissionais participantes. A consulta é sempre realizada individualmente.

O momento em que se realiza o agendamento também irá depender de cada equipe, pois alguns enfermeiros preferem realizar as marcações mensalmente, repassando as informações das consultas para os agentes de saúde entregarem às famílias, enquanto outros preconizam a marcação do próximo atendimento durante a realização da consulta de puericultura. Em algumas unidades, os profissionais citam que as mães conseguem realizar a marcação da consulta na recepção da unidade, caso haja esquecimento do profissional ou falta da criança à consulta, exigindo remarcação.

O agendamento é feito intercalando o pediatra, o generalista e o enfermeiro. Baseados no protocolo, marcamos as consultas. A gente mesmo já agenda. Não precisa passar na recepção. A criança sai sempre com a consulta agendada (G2).

Existem algumas equipes na unidade que programam mensalmente as consultas, contando já com essa lacuna de faltas, mas tentamos conseguir uma frequência maior. De modo geral, a marcação é feita via ACS na reunião da equipe (G4).

Nas unidades que estão sem pediatra, o agendamento de consultas é realizado intercalando médico generalista e enfermeiro.

Nós temos que seguir o protocolo da prefeitura, o protocolo de consultas, porém estamos sem pediatra. Antes era mais fácil seguir, agora precisa ser entre o médico e o enfermeiro. Mas é preciso avaliar como cada equipe está fazendo. Como não tem o pediatra, na minha equipe pelo menos, estamos marcando médico, enfermeiro, médico, enfermeiro, para cada mês (G3).

Nos centros de saúde que possuem pediatra e o agendamento é realizado durante a consulta, os pediatras nem sempre realizam essa marcação, pois dizem não conhecer as agendas de todas as equipes, o que pode contribuir para a mãe sair sem a marcação.

O pediatra não marca a consulta, quem marca são as equipes. Cada equipe tem um número de vagas por dia e fazemos essa divisão de acordo com a necessidade e o calendário de puericultura. O pediatra não fica com a agenda das equipes e às vezes nem lembra de avisar a mãe que tem de sair do serviço com a próxima consulta marcada... (G5).

Outro problema encontrado no fluxo, diz respeito ao fato de que as maternidades deveriam agendar a alta responsável, mas isso não foi citado por todos os grupos. Quando esse tipo de agendamento ocorre, ele é feito por telefone ou e-mail, mas não são realizados para todas as crianças, pois se prioriza os casos em que as crianças possuem algum fator de risco no nascimento (baixo peso, intercorrências neonatais).

E, algumas vezes, a maternidade, que é nossa referência, liga e já marca a consulta via telefone. É a alta responsável. Ou mandam por e-mail, porém não é sempre que ocorre (G2).

É necessário ressaltar que o governo estadual determina que, no nascimento, a maternidade deverá notificar a unidade básica de saúde por telefonema ou guia de contra referência, informado as condições de saúde da mãe e da criança, favorecendo a captação precoce do recém-nascido (MINAS GERAIS, 2005). O protocolo não reduz esse agendamento apenas na presença de intercorrências ou para crianças com algum fator de risco.

As equipes também relatam que podem ocorrer erros de agendamento, tanto por equívoco de quem realizou, quanto pela falta do profissional que seria responsável pela próxima consulta, seja por férias, licença ou falta de vagas, ou ainda pela ausência da categoria.

O trabalho não é muito diferente, o protocolo é o mesmo de marcação, as dificuldades em relação ao agendamento existem, às vezes acontecem até alguns equívocos na hora de agendar. Algumas vezes, agenda a criança fora da faixa etária, por falta de vaga ou férias de profissionais (G1).

No período que o pediatra estava de licença e a outra entrou de férias, todas as crianças que vinham de alta hospitalar (alta responsável) para fazer a puericultura, eu tinha que fazer a primeira consulta, assumir o papel do pediatra (G4).

As puericulturas estavam sendo feitas, porém não exatamente pela falta do profissional. A gente tenta seguir o que é preconizado, mas quando isso não acontece, geralmente é pela falta de profissional. Um exemplo foi quando o médico não podia atender e possuía apenas vaga para daí a dois meses. Nesse caso, eu marco para mim ou para o pediatra, o que pode ficar fora do prazo preconizado (G4).

Alguns profissionais ainda não percebem o papel complementar de suas funções. Mesmo na ausência da categoria que consideram como membro mais habilitado para o cuidado da criança, os demais profissionais possuem suas contribuições e olhares diferenciados e esses conhecimentos não podem deixar de ser realizados ou substituídos. Mães e profissionais devem ser orientados sobre essas diferenças para que cada consulta seja valorizada. O importante é que o acesso à puericultura seja garantido.

Os profissionais relatam que o calendário de consultas pode ser alterado, dependendo da necessidade da criança. O cuidado, assim, demonstra ser individual e particularizado.

Porque seguimos o que é proposto pela prefeitura: uma consulta com o pediatra, com o enfermeiro, com o generalista e vamos intercalando. Mas depende da necessidade da criança (G4).

O estudo de Fontenele et al. (2012) afirma que a atenção à criança deve ser personalizada, inclusive no momento de planejar o calendário de puericultura. O protocolo deve ser flexível, pois algumas vezes existirá a necessidade do aumento do número de consultas. Isso também está de acordo com o que a PBH recomenda, uma vez que ela estabelece um calendário diferente para crianças que apresentam algum fator de risco, como exposto no QUADRO 2.

Quadro 2 – Calendário para acompanhamento do RN de alto risco – crescimento e desenvolvimento, PBH 2008.

IDADE	ATIVIDADE
<i>1º ANO DE VIDA</i>	
Pós-alta	Consulta com pediatra + visita domiciliar (ACS / ESF)
5º dia Saúde Integral	Consulta com enfermagem
01 mês	Consulta com pediatra
02 meses	Consulta com pediatra
03 meses	Consulta com pediatra
04 meses	Consulta com generalista
05 meses	Consulta com enfermagem
06 meses	Consulta com pediatra
07 meses	Consulta com enfermagem
08 meses	Consulta com generalista
09 meses	Consulta com pediatra
10 meses	Consulta com enfermagem
11 meses	Consulta com enfermagem
12 meses	Consulta com pediatra
<i>A PARTIR DO 2º ANO DE VIDA</i>	
18 meses	Consulta com generalista
24 meses	Consulta com pediatra
Até 19 anos	Consulta anual médica

Extraído de: PBH, 2008, p.84.

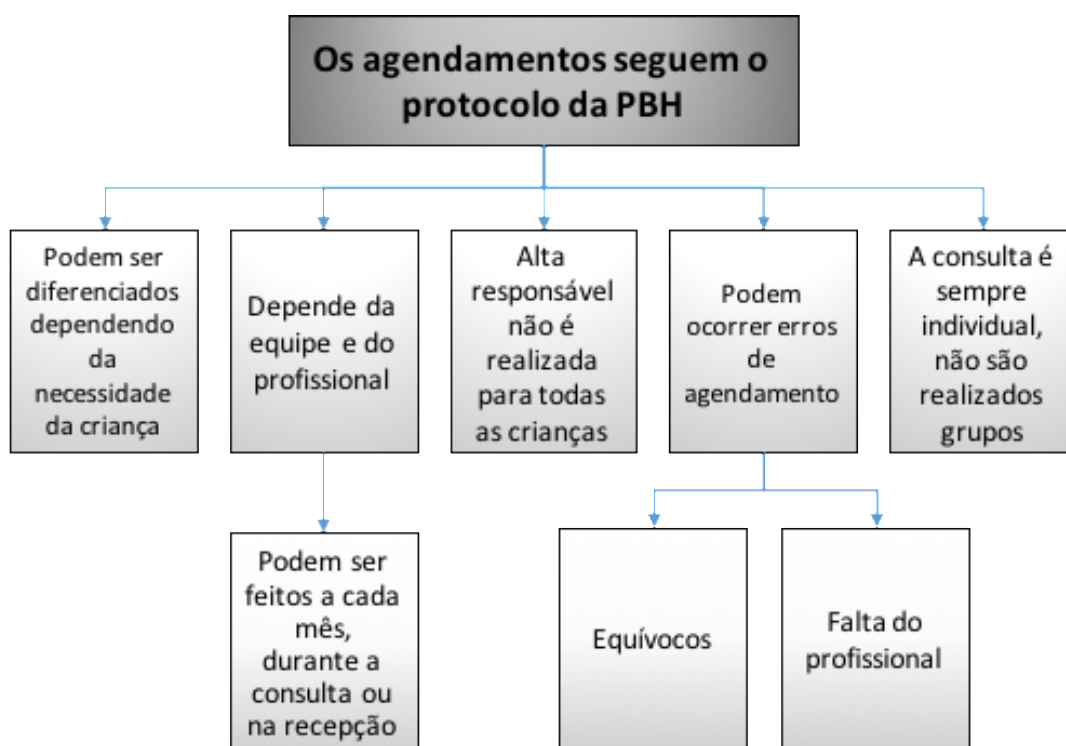
É fundamental conhecer as diferentes vulnerabilidades a que estão expostas as crianças nas mais diversas fases de desenvolvimento para garantir uma assistência eficiente. As consultas com intervalos menores de tempo para a fase da criança lactente são importantes porque os processos de crescimento e desenvolvimento ocorrem de forma acelerada nessa etapa e, posteriormente, vão desacelerando (MOITA e QUEIROZ, 2005).

Os resultados mostram que o agendamento da consulta com a mãe ainda no consultório pode ser uma importante estratégia para favorecer a adesão à puericultura, uma vez que para essa marcação a mãe pôde participar da escolha junto com o profissional, como horário e dia mais adequado da semana, para que ela consiga se programar e ir à consulta.

Espera-se que, ao oferecer um número mínimo de consultas, as crianças sejam mais bem acompanhadas. Contudo, é preciso refletir que ao se cumprir o calendário não significa que esta criança obteve consultas de qualidade e resolutivas. O agendamento e o número de consultas são apenas parte deste amplo processo referente a puericultura.

As representações que sustentam os critérios para os agendamentos de puericultura, na prática dos serviços, estão sintetizadas na FIG. 7.

Figura 7 – Representações dos profissionais sobre o agendamento das consultas de puericultura, 2017.



Sobre o agendamento de consultas os profissionais afirmam que esse ocorre de acordo com o protocolo de puericultura, mas as consultas são sempre individuais e não se realizam grupos no segundo ou nono mês como recomendado. O agendamento depende da necessidade da criança, que poderá ser diferenciado para crianças com fatores de risco, evidenciando um cuidado individualizado.

Eles afirmam que ocorrem erros nos agendamentos ou por equívocos de quem realizou ou pela falta dos profissionais (férias, ausência). Dizem também que a alta responsável ou contra referência que deveria ocorrer para todas as crianças, acontecem apenas para crianças com algum fator de risco.

É importante que os profissionais discutam os fluxos e formas de agendamento das consultas, seguindo sempre o protocolo e suas recomendações, além de considerarem a necessidade das crianças e a disponibilidade das mães. Dessa forma, os resultados mostraram que o agendamento ainda no consultório pode diminuir o absenteísmo, uma vez que essa marcação foi negociada e flexibilizada com a mãe.

Esta estratégia pode, ainda, diminuir erros de agendamento, pois é realizada pelo próprio profissional que conhece o calendário e as individualidades da criança.

4.2.2.2 Visita domiciliar e Ação do Quinto dia

De maneira geral, em todos os grupos focais, a Ação do Quinto Dia aparece como um dos processos fundamentais na captação do recém-nascido e como facilitador da puericultura. Os agentes de saúde são personagens importantes para a orientação da mãe ou do cuidador para que compareçam na unidade de saúde para esses procedimentos. Em unidades em que o atendimento ao recém-nascido no quinto dia é bem estruturado, com fluxos bem definidos, os procedimentos de puericultura apresentam melhores resultados (SILVA, 2010).

Os profissionais afirmam que quando o 5º dia não é realizado, os agendamentos não são feitos em tempo adequado e que isso pode prejudicar o restante do calendário de agendamento de puericultura:

Tem alguns outros casos que, eu não sei o porquê, mas chegam na consulta do primeiro mês e não passaram no quinto dia e, muitas vezes, não conseguem marcar a consulta do primeiro mês e fazem a consulta do pediatra no segundo mês (G1).

Em estudo de Silva (2010) foram analisados os prontuários de 37 crianças nascidas vivas em 2009, todas pertencentes a uma área de abrangência de um dos centros de saúde da cidade de Belo Horizonte. A pesquisa mostrou que as crianças que não fizeram a ação do quinto dia apresentaram, nos meses posteriores, dificuldades no agendamento da puericultura, na avaliação odontológica, no encaminhamento do “Teste da Orelhinha” e, conseqüentemente, estavam mais predispostas a atrasos no cartão vacinal, baixo peso, desmame precoce, doenças respiratórias e atraso no desenvolvimento neurológico e psicomotor.

Uma das ações estratégicas para a redução da morbimortalidade materna e neonatal é a iniciativa da “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI), instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde (MS). O objetivo principal é ampliar a cobertura e qualificar a atenção à puérpera e ao recém-nascido (RN), fortalecendo o cuidado na atenção primária à saúde (BRASIL, 2006). Na Prefeitura de Belo Horizonte esta

proposta é denominada como “Quinto Dia Saúde Integral” (PBH, 2009), e a maioria dos profissionais se referem a ela como “Ação do Quinto Dia” ou apenas “Quinto Dia”.

Foi preconizada, como parte desta ação, a realização de uma visita domiciliar (VD) pela equipe de saúde da família a todos os recém-nascidos. O MS recomenda que a VD ocorra nos primeiros sete dias pós-alta da maternidade, devendo acontecer nos primeiros três dias quando o recém-nascido apresenta algum fator de risco (BRASIL, 2006).

Os fatores e critérios de risco da criança compreendem: residente em área de risco; baixo peso ao nascer (< 2.500 g); prematuros (< 37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (Apgar < 7 no quinto minuto de vida); crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido; recém-nascido de mãe adolescente (< 18 anos); recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo); e história de morte de crianças menor de cinco anos na família (BRASIL, 2004b).

Durante a visita, o profissional realiza a avaliação global e de risco da criança, orienta sobre o aleitamento materno e orienta a família a procurar a unidade de saúde para a realização da Ação do Quinto Dia. A abordagem da criança em seu domicílio amplia a capacidade de atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e identificação de necessidades especiais em tempo oportuno, considerando que este é um momento especial para a mãe e de grande vulnerabilidade da mãe e do bebê (BRASIL, 2004b).

A ação do quinto dia também faz parte da PSSI e compreende uma série de procedimentos a serem realizados tanto com a mãe quanto com o recém-nascido, sendo eles:

- Verificação do cartão da criança e condições de alta da maternidade;
- Avaliação geral da criança;
- Identificação da criança de risco ao nascer;
- Avaliação da saúde da puérpera;
- Avaliação e orientação para o aleitamento materno – ressaltar a importância do aleitamento materno por 2 anos, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses;
- Observação e avaliação do aleitamento, orientando adequado posicionamento e pega da aréola;
- Avaliação da mama puerperal e orientação quanto à prevenção das complicações;
- Triagem neonatal;

- Aplicação das vacinas (BCG e contra hepatite para o recém-nascido, dupla tipo adulto e tríplice viral para a mãe, se necessário);
- Encaminhamento para triagem auditiva (teste da orelhinha);
- Agendamento de consulta para o recém-nascido e para a puérpera (30 dias após o parto). (BRASIL, 2004b).

A Portaria GM/MS 822/2001 institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal, definindo referências para o acompanhamento desses casos em todos os estados brasileiros. Mais conhecido como “teste do pezinho” a triagem tem o objetivo de detectar precocemente o hipotireoidismo, a fenilcetonúria, a anemia falciforme, a fibrose cística, a hiperplasia adrenal congênita e a deficiência de biotinidase, que podem ser tratadas, minimizando os efeitos sobre a saúde da criança (BRASIL, 2001). As triagens são realizadas na sala e vacina de cada unidade básica por profissional habilitado, geralmente um técnico de enfermagem.

A Portaria GM/MS 1328/2012 aprova as diretrizes da Triagem Auditiva Neonatal, cujo objetivo principal é a identificação precoce de possível deficiência auditiva nos neonatos e lactentes. São realizados teste e reteste, com medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição, para diagnóstico e intervenções adequadas à criança e sua família (BRASIL, 2012c).

A Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA/PBH) orienta que sejam realizadas tanto a busca ativa de faltosos ao quinto dia como as visitas domiciliares para crianças nascidas com critérios de risco, identificados pelo SINASC/SISPRENATAL, que não compareceram na unidade de saúde nos primeiros 15 dias de vida (PBH, 2004).

Porém, os grupos relatam que a ação do quinto dia não é padronizada nas unidades, nem mesmo entre as equipes de um mesmo local.

Não podemos falar por todas as equipes. Eu tenho um controle de puericultura e de puerpério. Então, eu preencho uma ficha da ação do quinto-dia. Faço a avaliação da criança e da mãe. Depois eu anoto no caderno para ter um controle. Assim é na equipe azul (G6).

Os achados de Silva (2010) apontam também que não existe uma forma padronizada para a realização da ação do “Quinto Dia Saúde Integral”. Isso pode gerar falta de atendimento adequado, dificuldade no agendamento da puericultura, do puerpério, falta de oferta de outros serviços e captação tardia da criança.

Na presente investigação, constatou-se que a visita domiciliar na primeira semana de vida é realizada, na maioria das unidades, pelo agente comunitário de saúde. Em algumas unidades, a criança não é visitada por nenhum dos profissionais.

O neném chega em casa e o agente de saúde deveria fazer uma visita para ver se tem alguma dificuldade com aleitamento, alguma dificuldade com o neném e acionar o enfermeiro, mas, muitas vezes, não é feito (G1).

Antigamente eu (enfermeira) fazia a consulta domiciliar, eu ia na casa ver, onde que a criança ia ficar. Era cada coisa que eu saía depressiva. (...) mas só vi porque eu fui lá. Tem essa vantagem de ir ao domicílio, mas a gente tem problema de carro. Não era uma opção fácil (G1).

Realizar a consulta exatamente no quinto dia eu ainda não consigo. A gente tem carro uma vez por semana e às vezes tem outras prioridades de visita. Mas quando não existe outra prioridade eu faço. Quem traz a informação de que a criança nasceu geralmente é o ACS (G3)

Para o estudo de Silva et al. (2016) realizado em Recife, entre setembro e dezembro de 2013, foram entrevistadas 190 puérperas cadastradas nas equipes de saúde da família e constatou-se que a visita domiciliar na primeira semana foi realizada para 42,1% das puérperas. As agentes de saúde responderam por 85% das visitas, sendo 38,7% dessas em conjunto com profissional de nível superior, quase sempre o enfermeiro. Quinze por cento das visitas foram efetuadas apenas por profissional de nível superior, sendo, em 83,3% delas, unicamente pelos enfermeiros.

No caso dos grupos participantes do presente estudo, não houve relatos de profissionais de nível superior fazendo VD ao recém-nascido. Alguns enfermeiros disseram que já o fizeram, mas não o fazem mais. Os principais aspectos do processo de trabalho considerados responsáveis pela não realização das visitas pelos enfermeiros são o grande número de atribuições desse profissional e o tempo limitado. Tais justificativas também estão relatadas em outros estudos, afirmando que muitos enfermeiros optam por realizar a avaliação do recém-nascido apenas no serviço, em consultas de enfermagem (KEBIAN e ACIOLI, 2014).

Além deste, um outro dificultador apresentado pela equipe para a realização de visita domiciliar e ação do quinto dia é o fato de que algumas mães se ausentam do domicílio no pós-parto para ficar com familiares.

Algumas vezes, no entanto, a gestante vai para a casa da mãe, aí tem uma falha no tempo, pois está longe da gente, ela está na casa da mãe, na casa da irmã, na casa de algum parente e ela aparece aqui depois de 15 a 20 dias, então perdemos esse espaço. Mesmo que a gente oriente a fazer a consulta do quinto dia, mas ela vai para o conforto do pós-parto na casa de alguém. Então, às vezes a ACS vai na casa e não encontra essa mãe. Quando a gente consegue fazer um quinto dia é bem proveitoso, mas infelizmente não são todas que vem, não conseguimos chegar (G1).

Uma das dificuldades para fazer o quinto dia é porque algumas puérperas não ficam dentro da nossa área de abrangência no período inicial. Ela procura a casa da mãe, de algum parente e então esse é um dos fatores que dificulta essa captação (G3).

Algumas equipes de saúde afirmam também que apenas iniciam o acompanhamento da criança quando essa e a mãe vão à unidade para as ações do quinto dia. E isso não pode ser garantido, pois a captação pela sala de vacina pode ter falhas. Além disso, os profissionais não deixam claro em suas falas se todos os passos do quinto dia estabelecidos no protocolo do Ministério da Saúde são cumpridos.

Eu não faço a consulta do quinto-dia, pois ainda não tive ‘perna’ para isso. Porém eu tenho outra estratégia: a criança chega aqui para a vacina e a sala de vacina me aciona. Então, eu vou lá e já tento fazer a consulta do quinto-dia e de lá a criança já sai com todos os agendamentos. Após isso, trago a mãe para o puerpério (G3).

A vacina, também, eu acho que lá seria uma boa porta de entrada. Lá eles fazem o teste do pezinho. As meninas não chamam. Chamam mais quando têm alguma dúvida. Elas não chamam sempre. É uma dificuldade com as meninas (auxiliares ou técnicas de enfermagem) também. Das meninas não colaborarem tanto, assim, 100%. De ter isso amarrado (G2).

Alguns recém-nascidos podem ser vacinados na maternidade, por isso o trabalho das agentes de saúde é muito importante para o controle do cartão vacinal. Nesses casos, a mãe procura a unidade apenas para realização do “teste do pezinho”, hora fundamental para a captação da criança para a realização do quinto dia e início da puericultura (SILVA, 2010).

Uma das formas encontradas pelas unidades que possuem a ação do quinto dia bem delimitada é que ela pode ser feita por qualquer profissional enfermeiro, não necessariamente o responsável por aquela criança. Dessa forma evita que a criança

saia da unidade sem ser avaliada por falta do profissional da equipe. Destaca-se que esse fluxo organizado foi citado por duas unidades que possuem melhores médias de atendimento de puericultura.

A criança vem aqui fazer o teste do pezinho e o funcionário que está na unidade é orientado a fazer a marcação do pediatra e do ginecologista para a mãe. Logo após esse processo é chamado o enfermeiro de plantão para fazer a avaliação do quinto dia. Independente da equipe. Isso está bem amarrado (G4).

Para evitar agravos na saúde da criança e demonstrar a importância do controle da puericultura, os profissionais apresentam como estratégia de captação precoce o fato de que a ação do quinto dia pode ser realizada por qualquer enfermeiro da unidade, independente da sua equipe de saúde da família.

Outra estratégia apresentada em uma das unidades é que quando a ação do quinto dia não pode ocorrer no mesmo momento em que a criança comparece à sala de vacina, a consulta de enfermagem é agendada:

A agenda do enfermeiro de cada equipe tem duas vagas semanais para o recém-nascido, porque nós não temos um número tão grande de gestantes por equipe (...). Isso foi feito para que todos os recém-nascidos tenham sua consulta tranquila, por questão da amamentação, vínculo mãe e filho e com a equipe (G5).

No pré-natal a mãe já sabe que tem que vir no quinto dia e já avisamos qual o horário de atendimento da equipe (...). Então ela vem e faz o teste do pezinho, vai para vacina e depois para a consulta. Eu já faço o quinto dia e o restante. Porém, quando acontecem faltas ou ela não pode aguardar, os meninos agendam (G5).

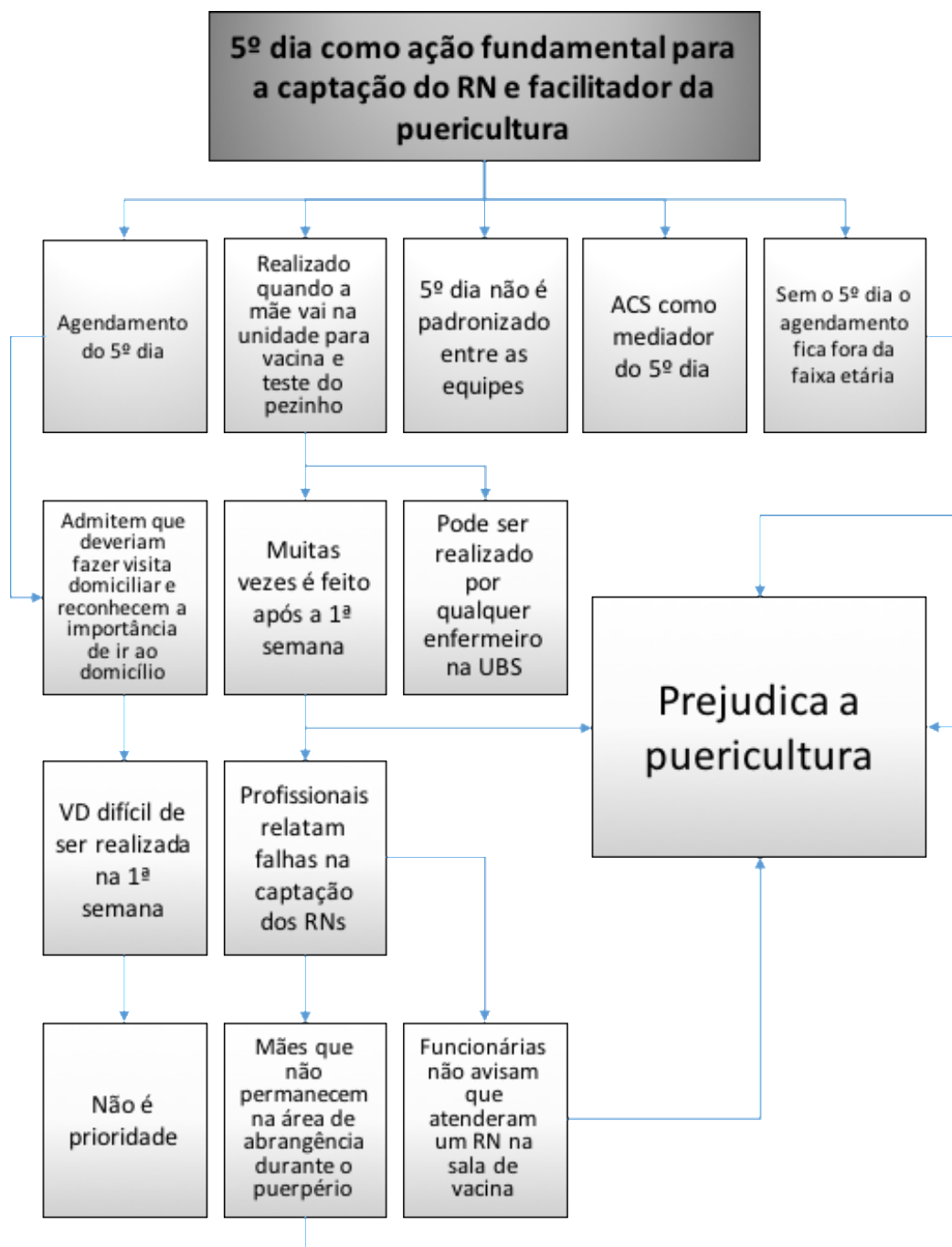
Observa-se, pelos relatos, que a ação do 5º dia não é padronizada entre as equipes, nem entre os centros de saúde. É preciso que os profissionais e gestores se organizem para definir os fluxos e os processos de trabalho envolvidos nessa ação, uma vez que ela representa um fator fundamental para a continuidade da puericultura. Além disso, a avaliação precoce do recém-nascido e da mãe poderá contribuir para a diminuição das taxas de morbimortalidade infantil e materna (BRASIL, 2004b).

Os profissionais apresentaram algumas estratégias para ampliar a captação dos recém-nascidos e agregá-los ao programa de puericultura o mais rápido possível, mas isso ocorreu em unidades com melhores médias de atendimento.

Assim, pode-se afirmar que a Ação do Quinto Dia é representada pelos

profissionais como procedimento fundamental para a captação do recém nascido e facilitador da puericultura, mas há contradições entre esta “certeza” e os meios e formas de realizá-la, como sintetizadas na FIG 8.

Figura 8 – Representações dos profissionais sobre a ação do 5º dia e da visita domiciliar ao recém-nascido, 2017.



Os profissionais sabem que o ideal é a realização da avaliação do recém-nascido e da mãe durante uma visita domiciliar ainda na primeira semana de vida, mas dizem que há muito tempo não fazem isso, principalmente devido a alta demanda de atividades internas, falta de carro de visita ou outras prioridades de visita quando o transporte está disponível. Quando realizada, a VD é feita pelos ACS.

Tal afastamento desta, considerada base da puericultura, a atenção específica do quinto dia de nascimento do RN, que é bem estabelecida pelos protocolos das instituições, aponta a necessidade de rever as prioridades dentro dos processos de trabalho da Enfermagem nos serviços de atenção básica.

4.2.2.3 Acompanhamento e monitoramento da puericultura

Em todos os grupos, os profissionais relatam que utilizam a busca ativa como forma de acompanhamento e monitoramento da puericultura. A busca ativa é uma das atribuições dos agentes comunitários de saúde (ACS), personagens considerados essenciais para a realização de um adequado monitoramento. No entanto, alguns profissionais reconhecem que a mesma poderia ser realizada de forma mais eficiente.

E quando a criança não vem? Busca ativa! Por exemplo: a criança não veio na consulta na sexta-feira, eu já remarco, coloco no sistema que a criança faltou e já coloco que a busca ativa vai ser efetuada (G4).

Todo fim de mês eu passo para as ACS as crianças faltosas, para elas realizarem a busca ativa, ver o porquê elas faltaram. Poderia fazer isso semanalmente, porém a gente não faz. Sei que é preciso melhorar (G3).

A prefeitura recomenda que todas as equipes estejam preparadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, identificando as crianças de maior vulnerabilidade e com critérios de risco, e realizando a busca ativa dos faltosos (PBH, 2004).

Recomenda-se a realização de busca ativa para o recém-nascido e puérpera faltosos ao “5º dia saúde integral”; faltosos ao calendário de puericultura; faltosos ao calendário de acompanhamento segundo protocolo de seguimento da criança desnutrida e criança com asma; da criança com vacinação em atraso; do egresso hospitalar; da criança que vai com frequência ao serviço de urgência; e da criança

que é referenciada pelo serviço de urgência (impresso próprio ou comunicação via telefone) para continuidade da assistência (PBH, 2004).

Em todos os grupos, o uso de arquivo rotativo para o acompanhamento adequado da puericultura é citado. Em alguns grupos foi citado, além do arquivo, um livro de registro para esse acompanhamento.

Na minha equipe temos o fichário rotativo em uma pasta sanfonada com os meses do ano, e fazemos uma ficha com o nome e os dados da criança e os períodos que a criança deveria efetuar as consultas (G3)

Eu trabalho com arquivo rotatório, e então eu tenho uma ficha individual por criança. Lá contém as informações, quando ela tem pediatra e se ela foi, se ela faltou para fazer a busca ativa (G5).

Para acompanhamento temos um caderno de registro e nele tem um guia do calendário de puericultura de acordo com a PBH (G4).

Para organização da vigilância à saúde da criança, o protocolo da prefeitura recomenda alguns instrumentos de identificação para o acompanhamento: cartão da criança; ficha de cadastro da criança; arquivo rotativo para imunização; arquivo para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; e arquivo da criança com asma (PBH, 2004).

O arquivo rotativo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ou livro de registro deve ser organizado de forma a facilitar a busca ativa de faltosos. Devem constar no cadastro da criança as seguintes informações: Nome da criança e da mãe; Endereço completo com referência e telefone para contato; Número do prontuário; Data de nascimento; Data dos atendimentos (agendados/previstos); Idade (correspondente a cada atendimento); Motivo/tipo de atendimento (opcional); (PBH, 2004).

Esta estratégia, encontrada na literatura para outros acompanhamentos como de diabéticos, hipertensos e de mulheres para exame citopatológico, facilita a busca ativa dos faltosos, organiza o processo de trabalho e padroniza a forma de monitoramento dos pacientes (LANA, 2012).

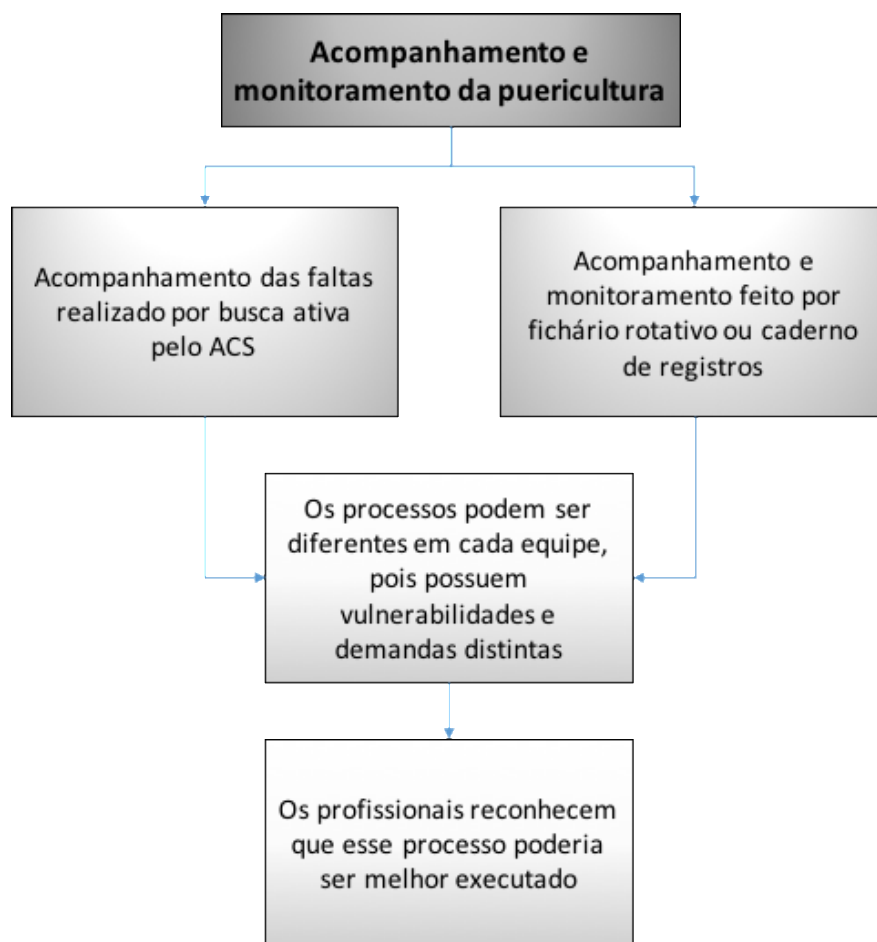
Os grupos também afirmam que dentro da mesma unidade o acompanhamento das crianças pode ser realizado de forma diferente em cada equipe, levando em consideração a demanda e vulnerabilidade.

A equipe verde é uma equipe de risco muito elevado, com uma área de 100% grau D. É um grupo de pessoas que precisa ser mais monitorado, pois existem chances de ter alteração no pré-natal, alteração da criança (...). O oposto, que é a minha equipe, é uma área de médio risco, em que existe uma boa parte das pessoas que possuem convênio. Eu consigo vincular essas crianças todo mês, mas são as que faltam mais. As famílias valorizam menos pela facilidade de ser agendado (G4).

Os profissionais de equipes que têm sob sua responsabilidade uma população mais vulnerável, acreditam que essas crianças devem ser acompanhadas de forma diferenciada, mesmo que as famílias utilizem com maior frequência a unidade de saúde. O olhar para essas crianças precisa ser mais atencioso, pois as condições socioeconômicas das famílias, com baixa escolaridade, condições de saneamento e higiene precários, nutrição desfavorecida, entre outros, podem ter maiores chances de complicações e alterações de desenvolvimento e crescimento.

O reconhecimento das diferenças de atitudes por parte das famílias, por área de risco, presente nas falas dos grupos, aponta a importância acordada ao acompanhamento das crianças para a continuidade da puericultura. Com a busca ativa dos faltosos e realização dos reagendamentos necessários, o profissional poderá conhecer o contexto envolvido na adesão à puericultura, mantendo atualizado o calendário de consultas mínimas exigidas, ampliando a cobertura de puericultura, porém nem sempre isto é realizado a contento. A síntese das representações a respeito do acompanhamento está apresentada na FIG. 9.

Figura 9 – Representações sobre o acompanhamento e monitoramento da puericultura, 2017.



Para realizar o acompanhamento, os profissionais utilizam a busca ativa, realizada pelos ACS. Alguns dizem já realizar a remarcação das consultas que as crianças perderam, outros aguardam as respostas dos ACS para o reagendamento. O fichário rotativo e o caderno de registros são citados como instrumentos de monitoramento das faltas e acompanhamento das crianças. Alguns profissionais admitem que esse processo poderia ser realizado de forma mais eficiente, em contradição com a representação inicial da importância da puericultura.

4.2.2.4 A falta do profissional pediatra

A falta de profissionais pediatras é citada em todos os grupos como um aspecto importante que influencia o atendimento e a qualidade da puericultura. Nas

unidades que possuem pediatra, os profissionais declaram que apenas um profissional não é suficiente para atender a todas as demandas. Esboçam ainda preocupação sobre o futuro da unidade quando estes profissionais, que ainda estão ativos, se aposentarem.

(...) estamos partindo para uma fase em que a pediatria está em extinção. Esse assunto já foi avaliado pela secretaria. Antes éramos quatro pediatras aqui e fomos substituídos. De pediatra só sobrou eu. Vão aposentar muitos pediatras (G1).

Não vai ter mais pediatra. Não sei se ainda tem aquele projeto de colocar o pediatra em um centro de referência? Tomara que não. A gente aprende muito com o pediatra. Eu não consigo ficar um dia sem o pediatra no centro de saúde (G2).

Nas unidades sem pediatra os participantes afirmam que ficam sem apoio técnico quando precisam esclarecer dúvidas e discutir casos. Dizem também que a presença de um profissional de referência em saúde da criança traz tranquilidade e segurança para a equipe e a ausência dessa categoria afasta ainda mais as mães do serviço de saúde.

Outro dificultador, sem sombra de dúvidas é a falta do pediatra, era muito mais tranquilo quando tínhamos um pediatra. A gente se sentia mais tranquilo para fazer a puericultura. Inclusive para a captação dessas crianças é difícil fazer o manejo sem o pediatra (G3).

Eu vejo aqui na minha equipe a importância da presença do pediatra. Isso estimula muito mais a mãe a fazer puericultura (G6).

A preocupação dos grupos sobre a escassez de pediatras é legítima, de acordo com Gusson e Lopes (2010), uma vez que houve diminuição da procura por essa especialidade por médicos recém-formados, associado ao fechamento de consultórios de pediatras, resultando em uma sobrecarga nos serviços de urgência ou nos atendimentos de demanda espontânea das unidades, que não são os locais apropriados para o acompanhamento infantil.

A presença do profissional pediatra como profissional de apoio nas unidades básicas favorece a qualidade de assistência à saúde da criança, bem como a resolubilidade (ALMEIDA e ZANOLLI, 2011). Nesse estudo, observou-se que os pediatras são considerados pela equipe como profissionais essenciais na unidade,

pois muitos têm dificuldade e insegurança para avaliar e tratar os menores de dois anos.

No entanto, Almeida e Zanolli (2011) afirmam que o fato de a mãe preferir que o filho seja atendido pelo profissional pediatra reflete a falta de conhecimento da população sobre as competências do médico de família, que também está habilitado a prestar assistência às crianças. O estudo de Gautério et al. (2012) apresenta que, no Rio Grande do Sul, 9,8% das mães que passavam em consulta de puericultura com a enfermeira, solicitavam, logo em seguida, o encaminhamento para o pediatra, mesmo que a criança não apresentasse qualquer alteração de exame físico ou de desenvolvimento, o que apontou a insegurança das mães quando seus filhos foram atendidos por outros profissionais de saúde de nível superior. Os grupos discutem ainda sobre a diminuição da oferta e disponibilidade de pediatras na rede de saúde. Acreditam que essa formação está a cada dia mais desvalorizada e menos procurada.

Não... é formação né? Não estão contratando mais. Todo concurso que tem agora é para serviço de urgência. Quase não tem mais concurso para a atenção básica (G2).

Na verdade, a pediatria não é valorizada da forma que deveria ser. Ela é uma formadora de pessoas para o futuro, e se nós não pensarmos que temos que criar homens e mulheres saudáveis, do bem, pessoas moralmente éticas, capacitadas, teremos um futuro muito sombrio para a nossa sociedade. O pediatra é o que ganha menos dentre os outros médicos, pois é o que tem a consulta mais barata. Ele não ganha adicionais, pois não tem muitos procedimentos para realizar. Infelizmente, nenhum governo enxergou ainda que para ter um adolescente saudável amanhã, para ter um adulto saudável, tem que investir no pediatra (G5).

Bettioli (2010) já relatava essa baixa procura de médicos recém-formados pela residência em pediatria. Segundo a autora, a rede pública afirma ter dificuldades na contratação desses profissionais e possuem vagas em concurso que não são preenchidas e de que, no Distrito Federal (DF), aumentou-se o número de vagas para residência dessa especialidade, mas menos de um terço das vagas foram ocupadas.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) afirma que o número de pediatras no Brasil é similar a de outros países, porém a distribuição desses médicos é desigual em todas as regiões (BETTIOLI, 2010).

No presente estudo, a principal consideração dos profissionais é que a pediatria está em extinção e de que isso traz grande preocupação para a equipe. Eles afirmam que não se sentem seguros para o atendimento da criança sem um profissional referência que possa discutir condutas e esclarecer dúvidas. Dizem também que a presença do pediatra é fundamental para melhorar a captação de crianças para a puericultura, pois muitas mães não trazem os filhos na unidade por saberem que não tem pediatra.

Eles afirmam que os pediatras não são valorizados pelos gestores e governantes, pois esses profissionais têm o menor salário se comparado à outras especialidades. Os grupos relatam que se os administradores soubessem que, ao se investir em saúde da criança, teríamos adolescentes e adultos mais saudáveis, teriam condutas diferentes e trariam economia para a saúde. A síntese destas representações encontradas entre os profissionais participantes dos grupos está apresentada na FIG. 10.

Figura 10 – Representações dos profissionais sobre a falta de pediatras nas ?>



A mudança de modelo de assistência à saúde não é linear e exige, cada vez mais, formação coerente com as exigências das condições de saúde da população, bem como capacitações contínuas para que os profissionais possam se sentir seguros para responder às necessidades da forma mais efetiva possível, modificando também suas próprias representações.

As falas dos grupos contribuem para a afirmação de que o modelo de atenção à saúde ainda é médico-centralizado e, no caso da saúde da criança, centralizado no pediatra como cuidador principal. A presença dessa categoria é importante para a puericultura, mas não pode ser considerada como condição fundamental para a realização da mesma, uma vez que existem outras categorias que são ou deveriam ser habilitadas e capacitadas para este atendimento.

O investimento dos gestores não deve se pautar em atendimento médico demasiado, mas sim em promoção da saúde, em capacitação das outras categorias, pois, assim, haveria maior possibilidade de adolescentes e adultos mais saudáveis.

4.2.2.5 Problemas estruturais e de organização do serviço

Ainda sobre os fatores que influenciam a puericultura, os profissionais citam que a estrutura física de algumas unidades não é adequada e faltam espaços para o atendimento da criança. A indisponibilidade de consultórios para esse atendimento é citada nos grupos.

Eu espero, meu sonho é que um dia cada médico e cada enfermeiro tenha seu consultório disponível o dia inteiro, e poder seguir o protocolo corretamente. Você está na consulta e tem gente precisando entrar no consultório, pois tudo é compartilhado e você precisa agilizar para o outro poder fazer o atendimento (G3).

A estrutura é sempre um dificultador. Não temos salas para todos os profissionais (G4).

A falta de ambientes disponíveis para todos os profissionais nas unidades de saúde traz desordens importantes à assistência. Uma delas é a priorização das consultas médicas que, na maioria das vezes, se restringem ao atendimento individualizado. Não se deve também ceder a pressões de executar os atendimentos

em espaços que não sejam privativos, pois isso representa um desrespeito ético em relação ao usuário (PEDROSA et al., 2011; DESLANDES, 2004).

Além disso, os profissionais afirmam que faltam os instrumentos básicos para serem utilizados no atendimento de puericultura como régua antropométrica e balança. Algumas unidades contam com apenas um exemplar de cada e os profissionais revezam-se no uso dos instrumentos. Isso pode atrasar os atendimentos e trazer prejuízo para a consulta.

A maior dificuldade que encontramos aqui é estrutural. Por exemplo: temos que dividir uma única régua para toda a unidade e então temos que ficar rodando a unidade em busca dela. E ela é torta. Precisa segurar firme para usar. Balança também é uma só (G3).

Quando precisa de uma régua ou de um sonar, temos que correr atrás. Isso atrasa as consultas (G4).

Sim. Ficamos procurando régua, fita, hoje mesmo eu procurei. E balança? Pois minha balança sempre está com defeito, a minha dá 300 gramas de diferença da balança da sala de pediatria (G6).

Estudos como o de Rocha et al. (2012) e Pedrosa et al. (2011) também encontraram nos relatos dos profissionais a falta de estrutura física adequada para o atendimento nas unidades básicas de saúde. Na prática, as estruturas são precárias, os materiais escassos e os equipamentos sucateados. Esses insumos oferecem suporte ao atendimento e sua falta ou inadequação trazem impacto considerável sobre a qualidade da assistência, além de representar fonte de insatisfação dos profissionais (ROCHA et al., 2012; PEDROSA et al., 2011).

Um outro fator citado nos grupos e que atrapalha a consulta de puericultura é a presença de outras crianças no consultório. Eles afirmam que a maioria é indisciplinada, demonstra ciúmes, querem atenção. As mães ficam perdidas, apáticas e isso incomoda muito os profissionais.

A maior dificuldade que eu tenho são essas crianças que fazem muita bagunça dentro do consultório e eu tenho que chamar atenção delas. Acho que isso tira um pouco da autoridade da mãe. E a mãe só olhando e fingindo que nada está acontecendo. A criança não tem limite e isso pelo comportamento das famílias, dos pais, das mães, dos avós. Quando chega a criança, ela quer fazer tudo e os pais não têm capacidade de corrigir, de impor limite. Teve uma vez que me

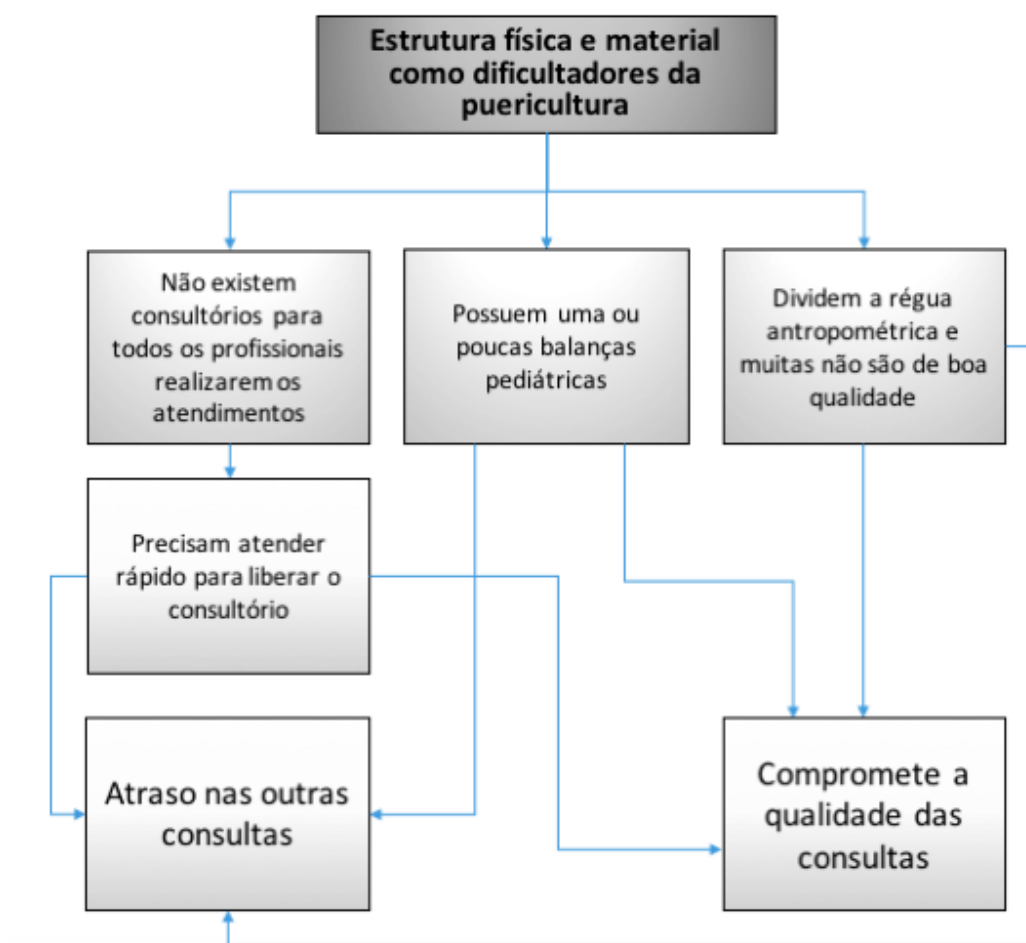
chutou, então você vê que o pai e a mãe diante dessa situação eles ficam apáticos, como se nada tivesse acontecido. Isso é um fator dificultador (G1).

Cristo e Araújo (2013) também apontaram que a presença de outras crianças durante a consulta de puericultura foi citada pelos pediatras como um fator dificultador para uma comunicação eficiente com os pais. Para as autoras, é importante que a mãe compreenda que a consulta de puericultura é minuciosa, sendo necessária atenção e concentração do profissional para que nenhum detalhe passe despercebido.

Contudo, sabe-se que a realidade das famílias é bem diferente, e muitas mães não têm com quem deixar os outros filhos. Uma possibilidade nos serviços seria de contar com um espaço de recreação para os irmãos, enquanto a mãe está se ocupando das consultas. Poderia se pensar também se esta não seria esta uma possibilidade de orientar as mães sobre a função dos pais em estabelecer limites e de questionar como está o acompanhamento da outra criança?

Em síntese, a infraestrutura dos serviços é considerada aspecto fundamental para que a puericultura seja realizada de forma eficiente e eficaz, como apresentado na FIG. 11.

Figura 11 – Representações dos profissionais sobre dificuldades no atendimento da puericultura, 2017.



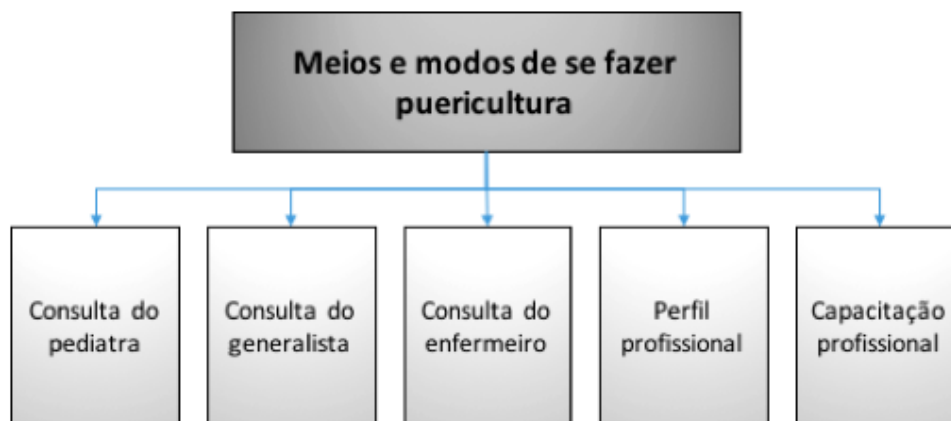
Os gestores das unidades e distritos precisam colaborar com os profissionais para garantir infra-estrutura mínima para o atendimento de puericultura. Da mesma forma, os profissionais precisam comunicar essas dificuldades e problemas para que as medidas necessárias seja tomadas. A prefeitura deve garantir condições de trabalho mínimas para a realização de uma atenção primária de qualidade.

4.2.3 Meios e modos de se fazer puericultura: o atendimento à saúde da criança e o perfil profissional

A presença de um trabalho multidisciplinar na puericultura foi afirmada nos relatos dos grupos. Os participantes de cada categoria profissional descreveram como realizam a consulta de puericultura e a importância de cada uma delas para a

efetividade do trabalho e qualidade da assistência à criança. A apresentação desta categoria está sintetizada na FIG.12.

Figura 12 – Meios e modos de se fazer puericultura, 2017.



4.2.3.1 A consulta do Pediatra

A consulta de puericultura realizada pelo pediatra é apresentada pelos profissionais como uma avaliação integral, mas ao mesmo tempo básica, em que são avaliados o aleitamento materno, alimentação, crescimento e desenvolvimento da criança. Alguns profissionais relatam também que realizam orientações para as mães e prevenção de doenças.

A criança está gripada, com tosse. Você não deve focar só na tosse, você tem que pesar, medir, ver como essa criança está na escola, ver como está a alimentação dela, é um atendimento integral, isso é o que um pediatra faz. O pediatra aprendeu a fazer isso (G1).

Minha consulta é direcionada para aqueles aspectos mesmo de alimentação, crescimento, desenvolvimento. Abordo nesse ângulo (G2).

É uma consulta básica para verificarmos crescimento, desenvolvimento, alimentação, os cuidados da mãe, prevenção de acidentes (G5).

Campos (2011) lembra que a consulta de puericultura envolve ações que abordem a saúde da criança de forma ampla e integral, indo além de apenas aferir as medidas antropométricas. Em estudo de Martiniano et al. (2013) verificou-se que a consulta de puericultura é caracterizada pela superficialidade, resumindo-se à

avaliação das medidas antropométricas, registro no cartão da criança, com análise da curva de crescimento, exame físico incompleto e orientações voltadas prioritariamente ao aleitamento materno e alimentação.

Em relação ao tempo de consulta, os pediatras afirmam ter entre 20 e 30 minutos. Alguns acreditam que o tempo de 30 minutos é satisfatório, enquanto os que dispõem de 20 minutos reclamam e consideram ser pouco tempo para realizar uma consulta tão importante.

Acho que deveríamos atender um número menor de crianças, com mais tempo, porque o nosso atendimento é um atendimento integral, isso seria o ideal (...). A gente quer fazer tudo, em pouco tempo e quer fazer bem feito (...). Então, isso demanda tempo, toma tempo. A consulta tem que ser mais conversada, e exaure a gente (G1).

Imagina 20 minutos para tudo isso e fora o exame clínico, pesar, medir! (G1).

A gente tem um tempo maior para essa consulta de puericultura que a gerente agora concedeu. Meia hora para fazer a consulta. Isso é importante (G2).

O estudo de Loureiro et al. (2012) mostrou que a duração das consultas em saúde da criança tiveram duração média de 23 minutos e na pesquisa de Flores-Peña et al. (2012) esse tempo foi ainda menor, com média de 10 minutos para cada avaliação. A consulta de puericultura vai além de simplesmente medir dados antropométricos, sendo realizada, como os próprios profissionais afirmaram, uma avaliação integral da criança. Para isso, é necessário, além do exame físico, a anamnese, avaliação do cartão de vacinas, do desenvolvimento. É também nessa oportunidade que as mães esclarecerem dúvidas e são orientadas quanto ao cuidado com os filhos. Dessa forma, o tempo de duração deve ser coerente com todos esses itens.

Os pediatras também citam o trabalho dos outros profissionais, acreditam que as consultas das diferentes categorias se complementam e valorizam a troca de saberes. Em uma das unidades é realizado o matriciamento em equipe.

O pessoal da enfermagem está de parabéns, estão fazendo um trabalho incrível, eles já abordam muitas coisas com as mães (G4).

Ainda bem que tem essa complementariedade entre as consultas (G1).

Um das coisas interessantes dessa unidade é a interação entre os profissionais, que é muito rica e que não vemos em muitos lugares. Aqui nós discutimos os casos e isso é muito enriquecedor (G4).

Pavoni e Medeiros (2009) identificaram a discussão de casos clínicos entre a equipe como uma forma de valorização dos saberes e práticas das diferentes categorias profissionais. Almeida e Zanolli (2011) afirmam que é essencial que o pediatra se integre com outros profissionais na realização das atividades preventivas, pois é considerado pelos colegas de trabalho como um profissional essencial, mas muito centrado na consulta médica, na atividade curativa, pouco voltada para a promoção da saúde.

Os grupos afirmam que o vínculo das mães com os pediatras é diferente do vínculo que elas possuem com a equipe de saúde da família. Acreditam que, pelo fato das equipes acompanharem o pré-natal e por atenderem outros membros das famílias, as mães se sentem mais próximas e mais à vontade com o generalista ou com o enfermeiro.

As mães daqui são tranquilas, são mais passivas, não são tão questionadoras. Não sei se comigo elas têm mais receio. Acho que tem a ver por terem mais vínculo com as equipes do que com o pediatra, pois elas comparecem para realizar o pré-natal com a equipe. Ir ao pediatra é algo mais esporádico. O pai participa de um determinado grupo, ela fez pré-natal. Isso facilita que a mãe tenha uma abertura maior e geralmente as mães falam tudo, realmente abrem o jogo (G4).

Elas me acham uma pediatra brava. Às vezes dizem: "A senhora vai me xingar, mas...". Eu respondo que não vou, que podem falar. Pois eu prefiro que falem a verdade (G5).

Às vezes, elas falam com a gente, médico da família, mas não falam com o pediatra. Ficam com medo de falar (G5).

Cristo e Araújo (2013) realizaram um estudo sobre a percepção dos pediatras a respeito da comunicação durante a consulta de puericultura. Elas afirmam que o diálogo eficiente entre o acompanhante e o médico é fundamental para que ocorram boas práticas do cuidado, adesão ao tratamento, satisfação do atendimento e redução dos custos.

Embora as mães se expressem com mais dificuldade ao pediatra, Almeida e

Zanolli (2011) afirmam a preferência das mães pelo atendimento dessa especialidade, por considerarem ser este o profissional mais capacitado às necessidades das crianças e por não reconhecerem que o generalista também possui essa competência.

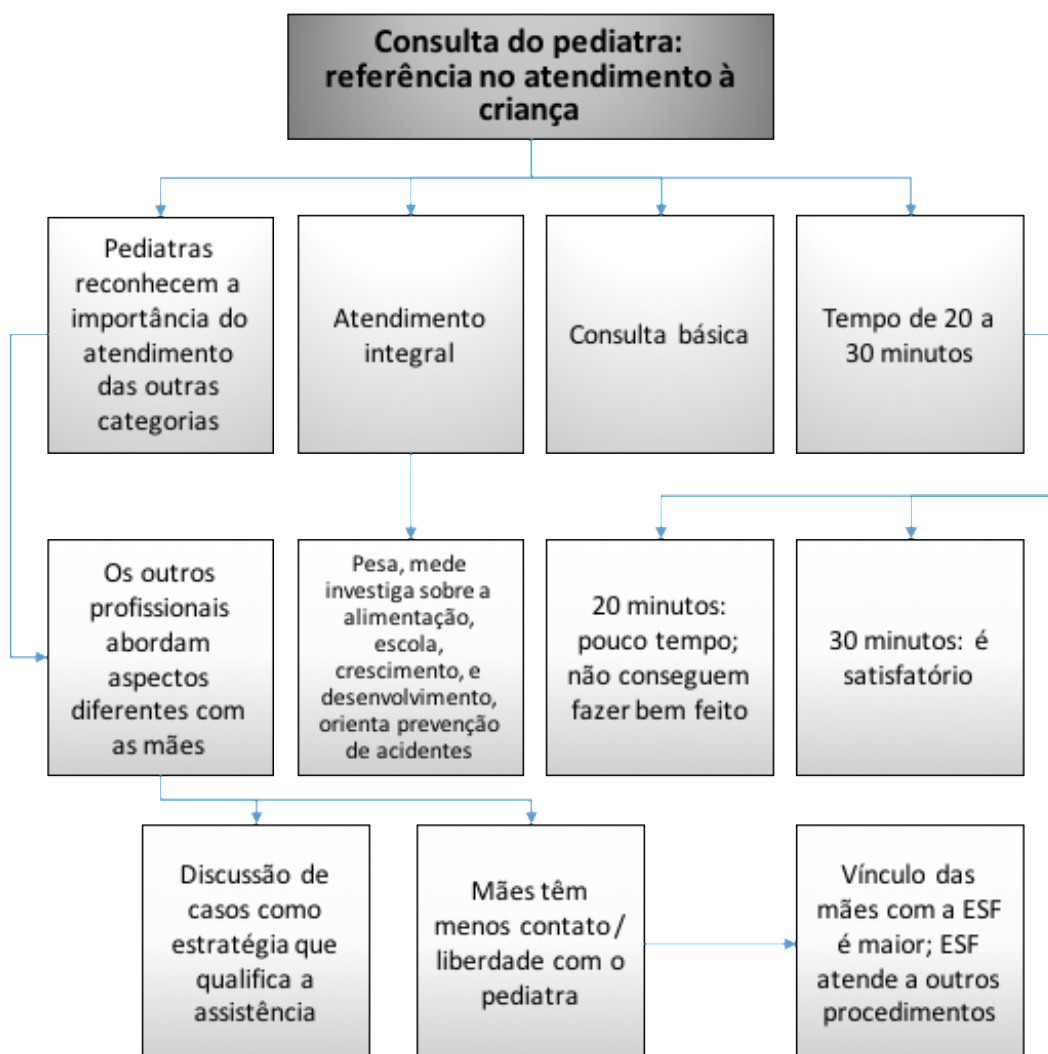
Os pediatras são considerados pelos demais participantes da equipe como a referência para o atendimento à saúde da criança e essenciais para o bom andamento da puericultura. Os profissionais das unidades que estão sem pediatra também afirmam esta importância, até mesmo para melhor captação de crianças para a puericultura.

A gente aprende muito com o pediatra. E pede socorro mesmo. Criança sempre mais crítica, persistindo muito, é ele que dá jeito. Até mesmo as generalistas encaminham. Quando tem alguma coisa mais persistente, elas encaminham (G2).

Outro dificultador, sem sombra de dúvidas, é a falta do pediatra. Era muito mais tranquilo quando tínhamos um pediatra. Inclusive para a captação dessas crianças. Algumas mães vão para a consulta no convênio só por não ter pediatra aqui. No período que a gente tinha a pediatra o nosso número de atendimentos de criança era muito maior (...) a procura era muito maior (G3).

Os resultados mostram que os profissionais têm os pediatras como referência no atendimento infantil, eles trazem segurança para a tomada de decisões e as outras categorias se apoiam neles. Afirmam, também, que a presença desse profissional na unidade aumenta a procura e a assiduidade das mães na puericultura, como sintetizada na FIG 13.

Figura 13 – Representações dos pediatras sobre como eles realizam a consulta de puericultura, 2017.



Os pediatras afirmam que realizam um atendimento integral às crianças durante a consulta de puericultura, outros dizem fazer uma consulta básica. São citadas como ações realizadas durante a consulta a aferição das medidas antropométricas, avaliação da alimentação, crescimento e desenvolvimento, situação escolar, vacinas, realizam tratamento, se necessário, orientam sobre prevenção acidentes. Os pediatras têm entre 20 e 30 minutos para esse atendimento. Os que possuem 20 minutos afirmam ser pouco tempo para realizar todas as ações necessárias. Os que possuem 30 dizem ser um tempo satisfatório.

Eles reconhecem que os outros profissionais têm papel fundamental na puericultura, pois abordam temas com as mães que eles não conseguem, ou não têm liberdade, uma vez que a equipe de ESF possui maior vínculo com os usuários. Eles

também valorizam a troca de saberes com os outros profissionais, realizando discussões de caso, considerada uma estratégia de qualificação da assistência.

4.2.3.2 A consulta do Generalista

Os generalistas descreveram, nos grupos, como realizam a consulta de puericultura, com a disponibilidade de tempo de 20 a 30 minutos, como os pediatras, e o consideram suficiente. Relatam que realizam anamnese e exame físico completo, acrescentando orientações às mães sobre as dúvidas apresentadas, além de orientar sobre a importância da puericultura.

Começo a puericultura perguntando como a criança tem passado, se tem alguma queixa, alguma demanda, para ver se teve alguma intercorrência. Assim que eu faço essa primeira abordagem eu vou para a alimentação (...). Depois olho a vacinação, vejo se está em dia. Avalio também a história pregressa (...). Então vou para a parte do exame: faço a antropometria, olho as medidas, coloco no gráfico. A ausculta do pulmão, do coração. Sempre olho a garganta, os ouvidos, a barriga e a genitália de todas as crianças (G3).

Eu falo para as mães que, às vezes, a consulta pode parecer que não tem nada de interessante, mas é muito importante, porque ela visa as medidas e o crescimento, se a criança está com o desenvolvimento normal. A gente vê reflexos, vê o desenvolvimento psíquico. Porque a gente pode, às vezes, captar algum dado que vai nos levar a ter alguma conduta que irá evitar algum problema futuramente (G2).

Em alguns grupos, os generalistas também citam que realizam orientações sobre a prevenção de acidentes.

Outro aspecto que a puericultura ajuda é a prevenção de acidentes. É um assunto que nós falamos. Eu ensino a desengasgar (G5).

O atendimento à criança deve ser realizado de maneira integral com exame físico completo, medidas antropométricas, inspeção, palpação, percussão e ausculta. Devem-se efetuar os procedimentos de maneira organizada e sistemática, identificando agravos ou alterações para intervenção precoce (BRASIL, 2012a).

Romano (2008) afirma que o médico é formado para valorizar a doença, com uma atuação biomédica. Assim, tende a desvalorizar o vínculo médico-paciente, sem considerar a individualidade do sujeito, nesse caso a criança. De fato, os relatos do presente estudo mostram que os aspectos clínicos biológicos estão no centro da

atenção do médico, como no estudo de Campos et al. (2011) que encontrou que os médicos restringem suas orientações à alimentação infantil (a amamentação, o tipo de leite, a dieta), sem mencionar outras orientações sobre a infância.

Um dos médicos participantes, no entanto, destaca que ele não realiza a consulta de puericultura da mesma forma que uma consulta de crianças com algum quadro agudo, pois vê na puericultura um objetivo preventivo, que fortalece os princípios da atenção primária.

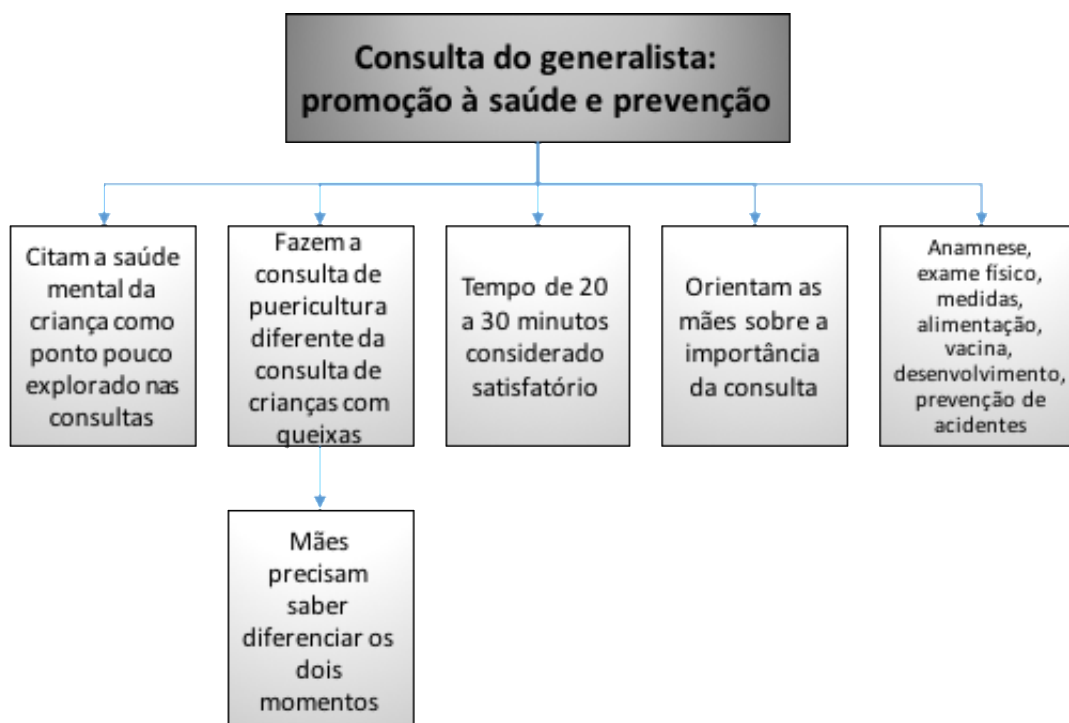
É uma consulta de prevenção, fazendo Saúde da Família mesmo, orientando a mãe, ouvindo a mãe. Oriento quanto à alimentação, crescimento, desenvolvimento, IVAS, as medidas, oriento sobre vacinação, exame geral, é um tempo que temos para tirar as dúvidas. Lógico que você vai pesar e medir. Mas não faço da consulta de agudo o mesmo que eu faria em uma consulta de puericultura. Até para a mãe sentir que a consulta de rotina será diferente, senão ela pensa: “Não vou hoje, mas semana que vem eu vou e resolvo tudo” (G6).

Nesse sentido, os grupos também expressam a necessidade de integrar aspectos da saúde mental da criança, ainda pouco explorado, no acompanhamento da puericultura.

A puericultura ajuda na prevenção para a saúde física, mas mental, não. Acho que deveríamos olhar a saúde mental também. É muita prevenção física e esquecemos da prevenção da saúde mental (G6).

Apesar da formação médica estar voltada para a avaliação queixa-conduta, os generalistas demonstram que na consulta de puericultura a educação em saúde, a prevenção de agravos e orientações às mães são realizadas, sem esquecer da avaliação física e mental da criança, como apresentado na FIG. 14. Porém, durante os grupos, essa especialidade foi a que menos trouxe as formas de abordagem à criança para discussão. A utilização de material impresso para as mães ou o uso da caderneta de saúde da criança também não foi mencionada.

Figura 14 – Representações dos generalistas sobre como eles realizam a consulta de puericultura, 2017.



4.2.3.3 A consulta do Enfermeiro

Os enfermeiros afirmam que realizam as consultas utilizando os mesmos aspectos abordados pelos outros profissionais, com anamnese, exame físico, avaliação das medidas antropométricas, avaliação de reflexos, orientações às mães. Contudo, os grupos citam a abordagem de aspectos sociais e familiares como um diferencial desta categoria. A consulta de enfermagem na puericultura foi apresentada como mais complexa, mais abrangente e que exige maior disponibilidade de tempo e de conhecimento interdisciplinar. Há relatos, inclusive, de desgaste físico e mental após a realização do atendimento.

Eu faço o exame físico, faço tudo que é rotina, mas gosto de focar na água que dá o banho, no sabonete. Muitas vezes eles não têm o dinheiro para comprar uma coisa essencial, mas compra o shampoo, o condicionador (...). Então a gente leva para uma abordagem do cuidar (...). Então, demora. Demora! O enfermeiro tem essa técnica de discutir, pautar em pequenas coisas. Pega cada item da vida diária e tenta falar. É cansativo sim, mas vale a pena (G1).

Em um dos grupos uma das profissionais confessa que, devido ao desgaste que essa consulta lhe traz, quando alguma criança falta, ela se sente aliviada.

Depois de 30 e tantos anos fazendo puericultura, eu saio das quatro consultas completamente desgastada: “parece que tomaram meu sangue no canudinho” (...). Mas eu acho muito desgastante se você pegar todos os assuntos necessários para falar para a mãe, para fazer uma puericultura. (...) Quando falta uma das consultas eu falo: “Opa, faltou... graças a Deus” (G1).

Segundo Assis et al. (2011), o profissional de enfermagem vivencia uma sobrecarga de atendimentos na unidade básica de saúde, com atividades múltiplas e simultâneas, trazendo grande desgaste físico, psíquico e cognitivo. Existem as demandas assistenciais, administrativas e gerenciais, que exigem intervenções distintas, rápidas e eficientes. Porém, houve, por parte de todos os grupos, a afirmação da importância de que as consultas de enfermagem sejam bem feitas, sendo esses profissionais os que garantem maior aproximação com a clientela, na atenção básica à saúde.

Assim, a consulta é citada como não sendo apenas para medir e pesar a criança, mas uma oportunidade de avaliação integral. Relatam que as orientações e alguns procedimentos a serem realizados dependem da idade da criança. O aspecto educativo da consulta é também um dos marcos dessa categoria.

Porque na verdade não é só peso e altura. A gente olha toda a vida da criança. Acho que depende da idade. Cada idade tem uma demanda (G2).

No geral, é mais um esclarecimento de dúvidas, é uma consulta extremamente educativa para a mãe (G3).

O estudo de Campos et al. (2011) apontou que, para o enfermeiro, a consulta de enfermagem em puericultura representa uma oportunidade de atendimento integral, valorizando a questão educativa e não se apegando apenas à queixa. Dessa forma, realiza a promoção da saúde e além de pesar, medir, avalia o crescimento e desenvolvimento, o cartão de vacinas e constrói com a mãe sua maior autonomia para lidar com possíveis intercorrências do filho.

Silva et al. (2009) afirmam que a formação acadêmica de enfermagem é voltada para práticas coletivas, demonstrando que o aspecto educativo nas consultas é fundamental para a superação do modelo biomédico e curativista. O estudo de Campos et al. (2011) relata também que na consulta de puericultura a construção do vínculo é significativa e isso contribui para demonstrar a importância dessa consulta,

enfraquecendo o modelo curativista.

Em relação ao tempo de consulta os relatos revelam que o enfermeiro dispõe de 30 minutos a uma hora para a avaliação da criança, sendo a categoria que dispõe de maior tempo.

O nosso tempo com a criança é maior. Quando eu discuti no centro de saúde eu falei: “quero uma hora com cada mãe”. Para cada criança eu tenho uma hora (G1).

O padrão é 30 minutos, mas sempre gastamos mais. Depende do vínculo que você tem com a mãe, com a criança, com o pai, com a avó (G3).

Tenho que separar mais ou menos uns 40 minutos para puericultura, pois elas questionam muito, porque temos um vínculo. Tenho oito anos de equipe. Elas têm mais liberdade e questionam mais (G4).

Os grupos também afirmam que, por possuírem um tempo maior de avaliação das crianças, os enfermeiros conseguem abordar aspectos de vulnerabilidade social, como violência intrafamiliar, drogadição, entre outros assuntos do contexto social. Outra profissional também cita que, mesmo sem a capacitação adequada, não deixa de orientar as mães sobre a prevenção de acidentes.

Mas o enfermeiro tem esse tempo maior, a gente consegue entrar em vários outros itens que na consulta médica é complicado (...). Já tivemos caso de violência doméstica (...). A gente só descobre esse tipo de situação perguntando. Pergunto sobre a relação com o pai da criança: “como vocês estão?”. Como a minha equipe é a área da vila, então eu faço as perguntas voltadas para o lado social. Então cada um tenta adequar dentro da área (...). Por exemplo, as drogas: na minha área, isso é muito complicado (G1).

A maioria das minhas consultas eu oriento muito para evitar acidentes, mas não sou muito ligada com esse assunto de acidentes com crianças (G1).

A duração da consulta nessas unidades é maior do que a encontrada na literatura, como em um estudo realizado no México, em que as avaliações de crianças saudáveis duram em média dez minutos (FLORES-PEÑA et al., 2012) e em Portugal, cuja média de atendimentos é de 23 minutos (LOUREIRO et al., 2012). Embora o tempo da consulta e a qualidade tenha associação para as mães, o desgaste relatado pela enfermeira pode estar associado à duração da consulta.

Os enfermeiros afirmam que orientam a mãe sobre a importância da

frequência da criança na consulta de rotina. Além disso, lembram que o trabalho de acompanhamento da puericultura exige compartilhamento de saberes e responsabilidades técnicas respeitadas. Afirmam que se encontram alguma alteração, encaminham para avaliação médica.

Com os cuidados da criança, realizamos mais o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, preocupamos com os sinais, com os reflexos, com os atrasos, com os marcos da idade, as questões alimentares. Reforçamos sempre a importância da frequência nas consultas, pois muitas vezes acho que elas não têm noção disso (G4).

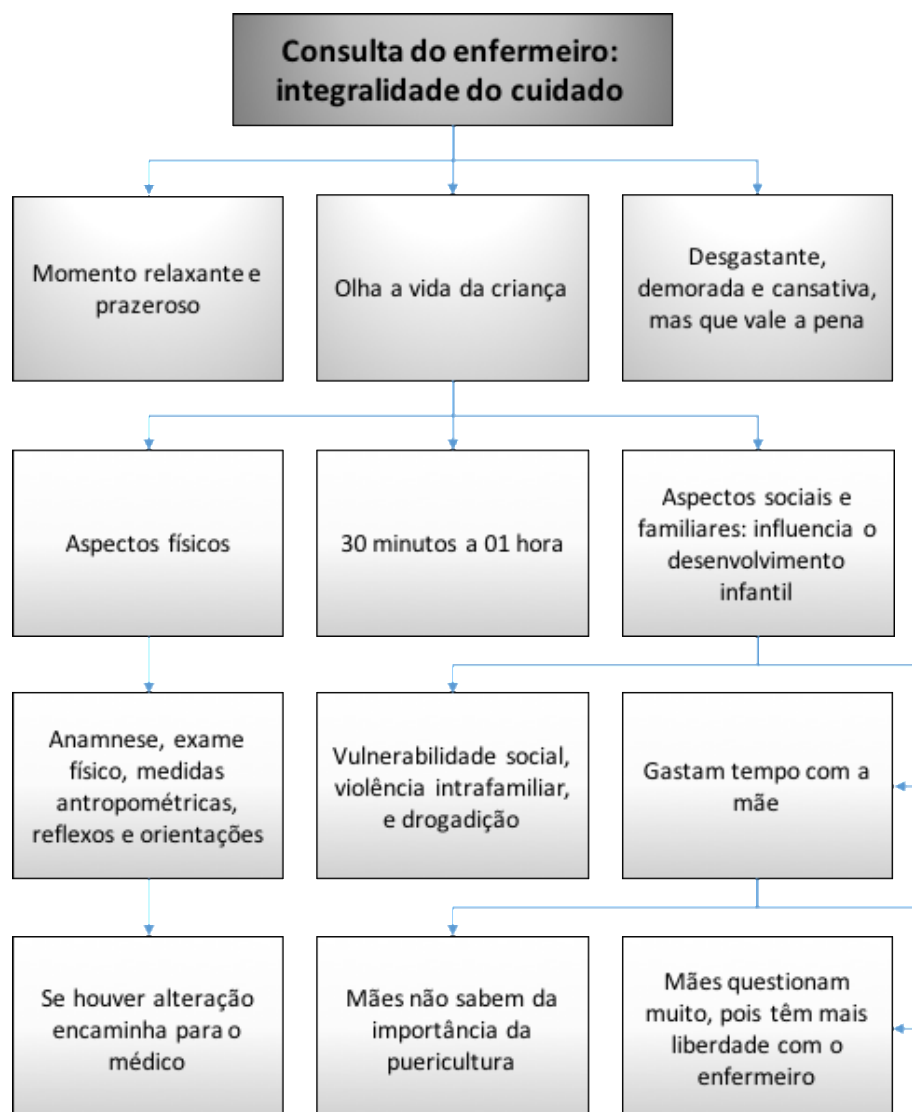
E se tem alteração eu chamo a médica, e se ela não está, deixo uma consulta agendada (G6).

Quando eu vejo necessidade de algum atendimento pediátrico, eu agendo, porque eu não posso prescrever (G5).

As falas mostram pouca autonomia dos enfermeiros diante de alguma alteração encontrada na consulta de puericultura. Dessa forma, as ações preventivas são realizadas e as de tratamento são encaminhadas ao médico. De qualquer forma, a resolubilidade é enfatizada e, caso os profissionais não consigam resolver o problema, o agendamento médico é realizado. A mesma atitude foi encontrada na pesquisa de Vieira et al. (2012), em que as alterações de exame físico constatadas durante a consulta de enfermagem eram encaminhadas para avaliação médica ou do pediatra.

Nesse contexto, pode-se afirmar que os enfermeiros consideram sua consulta a mais complexa e abrangente, pois eles avaliam a vida da criança e reconhecem a influência do contexto familiar no desenvolvimento infantil, como sintetizado na FIG. 15.

Figura 15 – Representações dos enfermeiros sobre como eles realizam as consultas de puericultura, 2017.



O diferencial apresentado em relação aos demais profissionais, diz respeito ao fato de os enfermeiros avaliarem não apenas os aspectos físicos, realizando anamnese, exame físico, aferindo medidas antropométricas, reflexos, mas por considerarem aspectos sociais e familiares. Relatam que abordam questões sobre a vulnerabilidade social, drogadição e violência familiar.

Sobre o tempo da consulta alguns afirmam ter 30 minutos, mas dizem sempre gastar um pouco mais. Em outra unidade, os enfermeiros possuem uma hora de atendimento, tempo considerado satisfatório e necessário, pois ficam mais tempo com as mães porque essas fazem muitos questionamentos, demonstrando ter mais

liberdade com essa categoria profissional. Os profissionais acreditam que as mães não têm ciência da importância da puericultura e que aproveitam a consulta para reforçar esse aspecto.

4.2.3.4 Perfil profissional

Na maioria dos grupos, os profissionais relatam que gostam de realizar a puericultura. Dizem que esse momento representa uma oportunidade de exercerem a educação em saúde, uma atenção voltada para a saúde da criança e da família. Outros profissionais já revelam certa insegurança e admitem não ser o procedimento que mais gostam de fazer.

É um dia para mim que é muito prazeroso. Leve. Relaxante! É gostoso. Eu acho que colocamos em prática aquele nosso lado educador. De ser enfermeiro na íntegra (G3).

É uma consulta de prevenção, fazendo saúde da família mesmo, orientando a mãe, ouvindo a mãe (G6).

Sinceramente, puericultura não é a coisa que eu mais gosto de fazer. Eu atendo, mas não é muito meu perfil. Eu gosto mais de atender adultos (...) mas eu faço do jeito que tem que fazer (G1).

Alguns grupos também afirmam que a realização de uma boa puericultura depende muito da boa vontade do profissional, de seu interesse em fazer bem feito, com qualidade.

Então depende muito da vontade, da boa vontade para você fazer uma boa puericultura (G1).

O sucesso ou insucesso dos centros de saúde vai depender mesmo é das pessoas. O importante são as pessoas. Se esperarmos alguma ação do governo, vamos ficar esperando e não faríamos nada. Nós fazemos porque temos para nós aquele desejo de fazer bem, de ir embora ao final do dia e ter feito um bom trabalho (G5).

Para Assis e Veríssimo (2010), os acompanhantes depositam uma expectativa em relação ao atendimento de puericultura e, além de esclarecer as dúvidas sobre o cuidado com a criança, eles esperam que o profissional ofereça atenção, carinho e que demonstre segurança em seus procedimentos e interesse pelo estado da criança.

Outro aspecto citado, que pode afetar a puericultura, é a empatia das mães com o profissional. Os grupos dizem que, caso a mãe não goste do atendimento ou do profissional, a adesão é menor e o calendário de puericultura fica prejudicado, pois elas só levam as crianças nos atendimentos em que elas consideram mais importantes e com os profissionais que elas gostam.

O profissional que não tiver perfil e não se adequar, as mães vão excluí-lo. E elas não aguentam aqui. As mães são bem rigorosas. Elas são bem exigentes. Se tiver marcado com aquele profissional que ela não queira, a mãe nem vem e pede para marcar com outro profissional. Às vezes, eu atendo pacientes de outra equipe (G4).

Ela vê que o próximo profissional ela já perdeu simpatia e ela não quer a consulta. Essa é uma outra dificuldade que possuímos. Isso diminui a presença das mães por aqui, e isso é muito comum, já aconteceu de termos muitas consultas trocadas (G1).

Segundo Benicio et al. (2016), a maneira que o profissional aborda e orienta a mãe vai influenciar diretamente na qualidade da assistência prestada à criança e para o crescimento e desenvolvimento da mesma, pois as informações foram assimiladas e colocadas em prática. O estudo de Botasso (2013) mostrou que um dos pontos fundamentais para o bom andamento da puericultura é a confiança das mães e acompanhantes nos profissionais que realizam o acompanhamento.

Para Martiniano et al. (2013), os profissionais de saúde não valorizam a formação do vínculo com as mães das crianças, o que dificulta a relação e o estabelecimento de corresponsabilidade e confiança mútua, que influenciam diretamente o adequado acompanhamento da criança. Dessa forma, pode-se afirmar que o perfil dos profissionais afeta a adesão das mães, que consideram a atenção e o interesse como características fundamentais de uma boa consulta, como apresentado na FIG. 16.

Figura 16 – Representações dos profissionais sobre a influência do perfil profissional no atendimento à puericultura, 2017.



Os profissionais afirmam que ao realizarem uma consulta de puericultura eles se sentem parte do programa de saúde da família e colocam em prática o lado educador. Alguns admitem que não é o que mais gostam de atender, mas que fazem como é definido pelo protocolo. Revelam que uma boa puericultura depende de boa vontade do profissional. Dizem também que as mães são muito sensíveis a esse atendimento, são exigentes, e quando percebem que o profissional não tem perfil ou não realizam uma boa consulta, elas não voltam mais, faltam às consultas de determinado profissional ou solicitam o agendamento com outra categoria.

4.2.3.5 Capacitação profissional

A falta de capacitação profissional específica para a saúde da criança é mencionada em alguns dos grupos. Os profissionais se sentem inseguros em alguns casos, principalmente quando o assunto é a criança com algum fator de risco, alguma patologia ou alteração no exame de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Eu nunca fiz um treinamento de puericultura, eu não sou pai, não tenho criança, tem coisas de criança que eu não sei lidar muito bem (...) eu gostaria de receber um treinamento com alguém que já tem um pouco mais de experiência (G1).

Um dificultador que eu vejo são as crianças de alto risco, os prematuros. Não é algo que eu atendo sempre. Mas quando chega (...). Eu nunca tive capacitação sobre isso e estou na prefeitura desde 2002. Eu ainda não tenho habilidade e capacitação para lidar com os casos de microcefalia. Não sinto segurança. (...) não temos capacitação em puericultura, não temos nem em puericultura com risco nem na sem risco (G3).

Os profissionais acreditam que a instituição na qual exercem sua função deveria oferecer a capacitação necessária para uma melhor assistência às crianças.

Eu só queria frisar essa questão da capacitação porque eu sempre falei isso. Quando eu entrei aqui no posto, eu não tive treinamento para nada, para nada. Não é só puericultura não, é nada. Simplesmente me jogaram e me disseram: "Faz". E até hoje não tem. Nós não temos (G2).

Além disso, mesmo nos grupos em que a capacitação não foi um fator dificultador da puericultura, os profissionais relatam que discutem os casos com o pediatra sempre que surgem dúvidas. Destacam que a presença desse profissional na unidade é essencial para uma maior segurança ao cuidado que eles oferecem, pois este é o profissional mais capacitado.

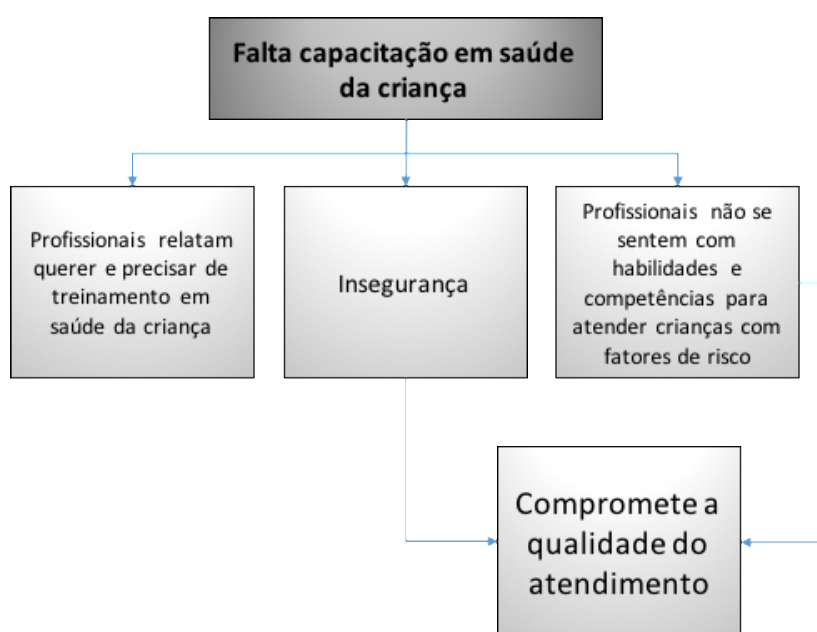
Não adianta fazer um treinamento, porque no dia-a-dia é que surgem essas questões individuais. Sentimos falta do profissional (pediatra) para fazer discussão de caso. Os profissionais aqui sabem fazer puericultura, a questão são as exceções (G4).

A insegurança dos profissionais pode estar relacionada à formação que receberam, que, em geral, foi fragmentada e dissociada entre a prática e a teoria. Investir em capacitação é investir na saúde da população, pois traz implicações diretas nos índices de morbimortalidade (TREVISAN et al., 2013).

O estudo de Piccini (2007) realizado em unidades básicas, tanto da região Sul quanto da região Nordeste, revelou que apenas 56% dos profissionais atuantes foram capacitados em saúde da criança e puericultura. Campos et al. (2011) afirmam que nem todos os profissionais se sentem habilitados para esse tipo de atividade, sendo necessários capacitações e treinamentos contínuos para que a qualidade da assistência não seja prejudicada.

Deve-se ressaltar que nos grupos realizados em unidades com menores médias de puericultura, a capacitação profissional foi mais citada como um dos entraves da puericultura, principalmente na assistência a crianças com algum fator de risco. Observa-se também que, segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), é responsabilidade das secretarias municipais de saúde promover a capacitação e educação permanente dos profissionais (BRASIL, 2015). A síntese das representações que se referem à capacidade dos profissionais para as especificidades da puericultura está apresentada na FIG. 17.

Figura 17 – Representações dos profissionais sobre a capacitação profissional, 2017.

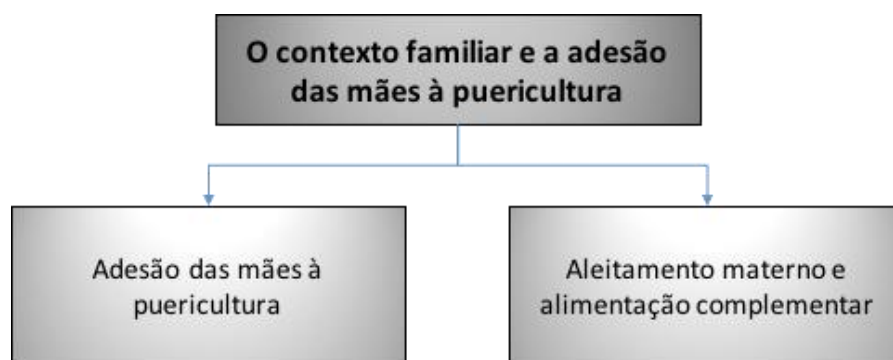


Os grupos, em geral, disseram que não se sentem capacitados em saúde da criança e que isso traz certa insegurança no atendimento. Reconhecem, principalmente, que não têm habilidade e competência para lidar com as crianças com algum fator de risco. Nas unidades onde não há pediatra esse problema é ainda mais complicado, pois os profissionais dizem não ter a quem recorrer para esclarecer dúvidas e discutir condutas. Eles estão conscientes de que essa dificuldade representa um entrave às ações de puericultura e pode comprometer a qualidade do atendimento.

4.2.4 O contexto familiar e a adesão à puericultura

A situação de vida das famílias foi evocado como facilitador ou dificultador da adesão à puericultura, como apresentado na FIG. 18.

Figura 18 – Contexto familiar e adesão à puericultura, 2017.



4.2.4.1 A adesão das mães à puericultura

Em relação à adesão das mães à puericultura, os profissionais acreditam que haja um grande número de faltas e que isso pode estar relacionado a diversos aspectos relativos à vida das famílias, tais como: desinteresse das mães, falta de conhecimento sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, horário inadequado, esquecimento, condições climáticas desfavoráveis (chuva, frio), ou por não conseguirem liberação no trabalho, dentre outras. Porém, nos discursos dos grupos há, por parte dos profissionais uma culpabilização da mãe, vista como a grande responsável pela não adesão, sendo que alguns contextualizam o problema e outros não. Paralelamente, pensam, ainda, que

muitas mães permanecem com a ideia de apenas levar seus filhos à unidade quando os mesmos estão doentes ou com algum sintoma.

Mas acho que depois que elas começam a trabalhar, quando acaba aquele período de licença, acho que a maioria não traz por isso. Fica no jardim de infância, eles não têm disponibilidade para vir, ou na creche ou com alguém que já cuida de cinco ou seis meninos (G1).

E dizem: “Ah, essa hora eu não dou conta de acordar”. Porque comigo a consulta é sete horas da manhã. Perguntei para a mãe o por quê de ela não ter vindo. Ela respondeu: “Porque eu não acordei”. Depois ela veio, na hora do aperto, no agudo (G2).

“Não acordei; estava chovendo; esqueci; tinha outro compromisso” são as principais justificativas. E ainda falam: “Choveu e minha criança está bem. Não precisava” (G3).

Neto et al. (2010) constataram, em estudo anterior, que as mães não levam os filhos à consulta de puericultura por pensarem que ela é desnecessária, sem importância em situações em que a criança não esteja doente. Isso reflete a falta de orientação dessas mães por parte dos profissionais.

A pesquisa de Vitolo et al. (2010), realizada em uma cidade do Rio Grande do Sul, reforça esses dados. Os autores encontraram que 66,2% das mães das crianças participantes de um programa de puericultura não levavam seus filhos às consultas por não considerar que elas eram necessárias. Além disso, 50% das crianças ligadas ao programa não foram acompanhadas no primeiro ano de vida, pois as mães procuraram atendimento somente quando os filhos estavam doentes.

Os profissionais da presente pesquisa também afirmam que o contexto familiar e social da mãe influencia diretamente a adesão à puericultura. Mães adolescentes, gravidez indesejada e falta de apoio familiar são alguns dos aspectos sociais que podem dificultar a adesão da mãe ao atendimento programado.

Na minha equipe, temos muitas mães adolescentes que simplesmente não queriam a gravidez (...). Então, isso já é um fator negativo para que essa mãe vá aderir a essa gestação e depois à criança. A gente tem que prestar atenção também no núcleo familiar, onde que elas vivem, o que elas pensam, o que é a criança para ela. Isso tudo tem que ser avaliado, porque como o profissional vai fazer a consulta certinha com a mãe, se ela está pensando em outras coisas? (...). Nós temos que ter muito cuidado porque a puericultura não é só o profissional, tem tudo a ver com a mãe, com a estrutura familiar (G1).

Quando a mãe falta com a criança, geralmente são aquelas que têm menos conhecimento, são as que menos dão valor para esse tipo de consulta. Aquelas que têm mais conhecimento, normalmente são as que têm maior comparecimento, todo mês estão na unidade (G6).

Malaquias et al. (2015) reforçam que o acompanhamento da criança não deve ser realizado sem a participação da família e sem que os profissionais considerem o contexto social e econômico de cada uma delas. Os profissionais de saúde podem contribuir para a construção desse vínculo familiar, baseado em uma relação dialógica, horizontal, com escuta qualificada, respeito a valores e culturas desses indivíduos (GAIVA e MANDU, 2006).

Além disso, os grupos citam que existem problemas para a continuidade das consultas de puericultura após o quarto e o sexto mês de vida da criança. Acreditam que isso esteja relacionado à volta ao trabalho, com o fim da licença maternidade. Muitas empresas são inflexíveis com as mães, não aceitam o atestado de comparecimento e muitas sofrem penalidades por se ausentarem das atividades, como perda de benefícios ou o dia descontado, e outras se utilizam disto como desculpa por não quererem vir.

Tem um ponto que temos que levar em consideração: algumas dessas crianças do 4º até o 6º mês costumam comparecer à puericultura, mas depois a mãe volta a trabalhar (G1).

E tem aquela mãe que trabalha e tem dificuldade de receber um atestado no dia que ela vem. Porque não adianta falar assim “você volta depois para trabalhar”, porque a empresa não paga esse dia. Ou ela vai ganhar um atestado como se a criança estivesse doente, ou ela não vai trazer (G1).

Às vezes até acha que é importante sim, mas perder um dia de trabalho, tirar a criança da creche, não é toda empresa que deixa a mãe voltar (para trabalhar). A partir do 6º mês a gente já começa a perder o controle. Até quatro, cinco meses a gente vai indo bem. Já no 6º... (G1).

A mãe que trabalha fora, essa é a que mais falta, pois ela tem essa desculpa para não vir. Mesmo explicando que ela pode ter a declaração daquele momento. Dependendo do acordo, pois algumas patroas não aceitam nada. Tem que avaliar sobre aquele atestado de acompanhamento ao filho, por isso temos que conversar muito com ela para que não falte mais (G5).

O estudo de Vitolo et al. (2010) avaliou os fatores sociodemográficos associados à frequência em um serviço de puericultura. Foram avaliadas 393

crianças e a pesquisa demonstrou que apenas 6,05 % das mães não levaram seus filhos à puericultura devido a problemas no trabalho/emprego. A maioria delas, 66,2%, não compareceu porque elas não consideravam importante a consulta de puericultura e 21,7% por problemas com o serviço de saúde, como horários de agendamento e insatisfação com os profissionais. Outros motivos também representaram 6,05% como distância da unidade, falta de tempo da mãe, outras crianças e início de tratamento do filho em alguma especialidade.

Neto et al. (2010) afirmam que é cada vez mais comum os pais não terem tempo para acompanhar os filhos nas consultas e um dos motivos é o trabalho. Isso influencia o processo do cuidar e novas estratégias precisam ser elaboradas para que a atenção à criança não seja prejudicada.

Além disso, os grupos destacam que após o período de quatro a seis meses de vida, as crianças de mães que trabalham ficam sob os cuidados de terceiros, sejam avós, tias e outros parentes e amigos, ou ainda em instituições como creches e casas de família. Os profissionais defendem que esse direito de acompanhar as crianças em consultas de rotina deveria ser garantido em lei, o que favoreceria o acompanhamento das crianças.

No meu caso, as que mais faltam são as mães trabalhadoras. Geralmente elas deixam por conta de terceiros e esses terceiros não trazem (G3).

Ela falou uma coisa correta. A mãe tem que ter uma proteção para levar a criança para fazer a puericultura sem ser penalizada no trabalho. Ela é penalizada. Ou então perde faxina. Faxina é informal... se não trabalhar não ganha. Da mesma forma que existe a lei da licença de quatro meses, deveria existir uma lei que daria essa proteção (G1).

Essa questão do emprego é bem complexa. As que trabalham têm essa dificuldade. Alguns patrões são mais flexíveis quando é na gestação, mas quando é para acompanhar o filho não tem tanto essa flexibilidade. O jeito seria assegurar uma proteção legal para a falta no dia da puericultura (G5).

A legislação brasileira garante o direito de mães ou pais de crianças menores de seis anos a acompanharem os filhos em apenas uma consulta médica por ano, sem prejuízo do salário e, para que a mãe acompanhe o filho nas consultas

programadas, ela deverá contar com acordos e normas internas do empregador (BRASIL, 2016).

Deve-se considerar que se a mãe volta a trabalhar após quatro meses de licença maternidade, ela necessitaria, segundo o calendário de puericultura, de, pelo menos, mais três liberações durante o primeiro ano de vida da criança (sexto mês, nono mês e um ano), além de mais três durante o segundo ano de vida (um ano e três meses, um ano e seis meses e dois anos). Após o segundo ano de vida, a consulta de puericultura é anual.

Alguns grupos observaram também que a puericultura não sofreu grandes inovações desde que foi iniciada em unidades básicas de saúde. Acreditam que as mães de hoje são diferentes das antigas, têm mais acesso à informação e são mais independentes.

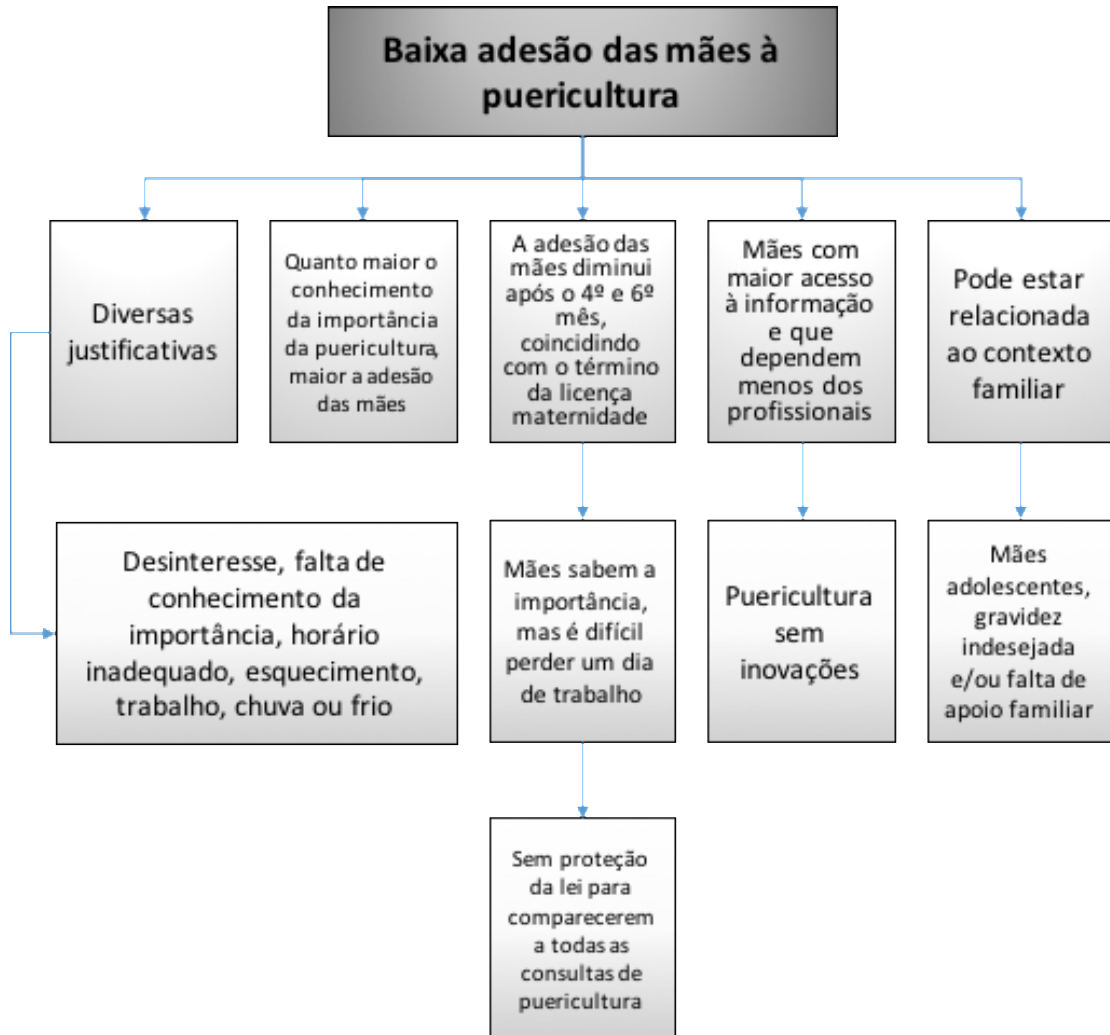
Hoje a mãe tem acesso a muita informação, e ela já chega na consulta dessa forma. Antes tudo que falávamos para a mãe era novidade e hoje nós percebemos que não. Por isso existe o absenteísmo, pois elas querem que, quando o neném está doente, garantir a consulta. Mas quando vamos falar de profilaxia eu vejo muito desinteresse por parte das mães (G6).

O acesso facilitado às informações de saúde a partir do avanço das tecnologias permite que as mães procurem respostas às suas dúvidas quanto aos cuidados de saúde de seus filhos utilizando fontes nem sempre confiáveis, mas que respondem aos seus questionamentos. Dessa forma, muitas delas acreditam que é mais fácil procurar na internet do que ir à unidade básica quando o filho apresenta algum problema ou se surgem dúvidas sobre o cuidado.

Os profissionais precisam orientar sobre o uso racional dos recursos tecnológicos, oferecendo informações que sejam compreensíveis, com linguagem acessível e adequada, para que essas informações se tornem conhecimentos práticos e que restabeleça o vínculo e a confiança nesses profissionais como fonte segura de informação. Além disso, precisam refletir sobre a puericultura que oferecem atualmente, se as informações estão adequadas e abrangentes às mudanças sociais, comportamentais e de saúde dos últimos anos, favorecendo, assim, a adesão das mães, ao proporcionar um cuidado consciente, atualizado e que aumente o interesse delas em participar das consultas.

As representações dos profissionais sobre a adesão das mães foram sintetizadas na FIG. 19, como se segue:

Figura 19 – Representações dos profissionais sobre a adesão das mães à puericultura, 2017.



Os grupos afirmam que percebem muitas faltas às consultas de puericultura. Acreditam que isso esteja relacionado a diversos aspectos, tanto relativos às particularidades de cada mãe, como ao contexto familiar e às condições sócioeconômicas, inclusive as condições de trabalho após a licença maternidade. Afirmam que algumas mães sabem da importância das consultas, mas que abrir mão de um dia de trabalho pode não ser tão fácil para elas. Discutem que as mães precisam de mais garantias e da proteção da lei para conseguirem comparecer à puericultura.

Um maior conhecimento sobre a importância da puericultura pode favorecer a adesão às consultas, e ressaltam que, atualmente, as mães têm mais acesso à

informação, dependendo menos dos profissionais, e de que a puericultura não tem apresentado grandes inovações nos últimos anos.

Dessa forma, novas estratégias precisam ser discutidas para melhorar a adesão dessas mães à puericultura, ampliando o conhecimento delas a respeito da importância da consulta e viabilizando meios de conseguir flexibilidade de dias e horários para as mães que trabalham conseguirem comparecer à consulta.

4.2.4.2 Aleitamento materno e alimentação complementar

A importância do aleitamento materno para a promoção à saúde da criança é reconhecida em todos os grupos de profissionais. Eles consideram que a puericultura é um dos instrumentos utilizados para favorecer a amamentação e os profissionais têm papel essencial para oferecer apoio e orientações às mães durante esse período fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil.

Os grupos trazem informações sobre como ainda encontram erros na orientação ao aleitamento de alguns profissionais, do quanto esse processo depende da vontade da mãe e concordam que manter o leite materno exclusivo até os seis meses é um grande desafio.

Puericultura é isso, é orientar para que a criança seja amamentada ao seio. Chega na consulta de um mês a mãe está com a postura toda errada, a técnica toda errada, e essa mãe para de amamentar. Muitas vezes, ela já não estava com vontade e com a técnica errada e sem nenhum apoio, então ela acaba desistindo (G1).

O aleitamento é difícil. Você convencer. Ou elas querem amamentar ou não querem. É impressionante. Não tem um meio termo. Umas gostam, você percebe. Outras não (G2).

Monteschio et al. (2015) relatam que a atuação do profissional de saúde, em especial o enfermeiro, é um elemento fundamental para o sucesso da amamentação, pois recebendo esse apoio especializado, diminuem-se as complicações, contribuindo para as mães superarem as dificuldades, além de prevenir o desmame precoce.

Os profissionais apresentam ainda algumas justificativas para a interrupção precoce do aleitamento materno, como o término da licença maternidade de quatro meses e os relatos de que o leite secou ou não sustenta a criança.

Tenho visto uma realidade que são algumas mães que têm alguns problemas no pré-natal que entram de licença maternidade antes e voltam antes dos quatro meses, então surge uma dificuldade de manter a amamentação (G1).

As justificativas são sempre as mesmas: ou que o leite secou, ou que a criança está com fome, não está sustentando. Ou que chora muito (G2).

Os índices de aleitamento materno exclusivo por até seis meses melhoraram no Brasil, mas ainda representam um grande desafio para os profissionais de saúde (BRASIL, 2009c). Os resultados das pesquisas como de Monteschio et al. (2015) e Amaral et al. (2015) corroboram com o exposto pelos grupos de que as principais justificativas para o desmame estão relacionadas à qualidade das informações que as mães receberam sobre aleitamento materno, ao trabalho fora do lar ou às dificuldades encontradas durante a amamentação, tais como “leite fraco”, “pouco leite” ou que o “leite secou” (AMARAL et al., 2015; MONTESCHIO et al., 2015).

Outros profissionais acreditam que, mesmo com a volta ao trabalho, é possível manter a amamentação, mas para alguns é mais fácil orientar o uso do complemento do que ensinar a mãe as maneiras de manter o aleitamento materno mesmo nessa circunstância.

A mãe questiona que vai voltar a trabalhar. Pode então dar o complemento? E porque não armazenar o leite materno e quem cuidar oferecer o leite materno? Por que ela não pode fazer ordenha? Mesmo voltando a trabalhar, eu oriento sobre os frascos, a coleta, armazenamento do leite materno. Não precisa entrar com a fórmula. Para alguns profissionais também é mais prático você orientar a fórmula ao invés de encorajar essa mãe sobre o manejo do aleitamento materno (G3).

A Agenda de Compromissos da Criança (BRASIL, 2009c) reforça que as mães possuem o direito de receber orientações para o desmame, além disso devem incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, mesmo que seja necessário a realização da ordenha manual, considerando ser o leite materno o alimento mais completo que a criança possa receber e dos inúmeros benefícios à saúde já comprovados (BRASIL, 2009c; BRASIL, 2005).

Os profissionais também apresentam alguns motivos que poderiam influenciar a amamentação, como idade, escolaridade e nível socioeconômico. Eles afirmam orientar quanto às possíveis consequências do aleitamento complementar

inadequado e dizem que algumas mães preferem, devido à situação financeira, investir no aleitamento materno.

Isso também varia muito com a mentalidade das mães, pois temos muitas adolescentes. Tentamos na primeira consulta do pré-natal já conversar sobre aleitamento materno (G4).

Mas vemos na equipe verde, em que as mães têm a situação social mais complexa e que são menos esclarecidas, que elas chegam e dizem que oferecem leite de vaca integral e sem diluir. Temos que dar aquele “puxão de orelha” e começar a orientar (G4).

Algumas preferem investir no aleitamento materno quando informamos que o leite de vaca pode causar sangramento no bebê, que não é percebido, e anemia, e sobre possível atraso de desenvolvimento. E isso incentiva as mães quanto ao aleitamento materno (G4).

O estudo de Pereira-Santos et al. (2017) mostrou que idade inferior a vinte anos, baixa escolaridade, primiparidade, trabalho no puerpério e baixa renda familiar são fatores associados ao desmame precoce. Outras pesquisas, como de Cardoso et al. (2008), mostram que a puericultura traz resultados positivos na promoção da amamentação exclusiva. A consulta apresenta-se com uma oportunidade de orientar essas mães com risco alto para o desmame precoce. Se cada mãe comparecer às sete consultas estabelecidas pelo protocolo no primeiro ano de vida da criança foram sete oportunidades que os profissionais tiveram para orientar e incentivar o aleitamento materno (CARDOSO et al., 2008; FALEIROS et al., 2005).

Os grupos citam ainda a consulta de seis meses ou de início da alimentação complementar como uma das mais demoradas, pois são muitas informações para as mães.

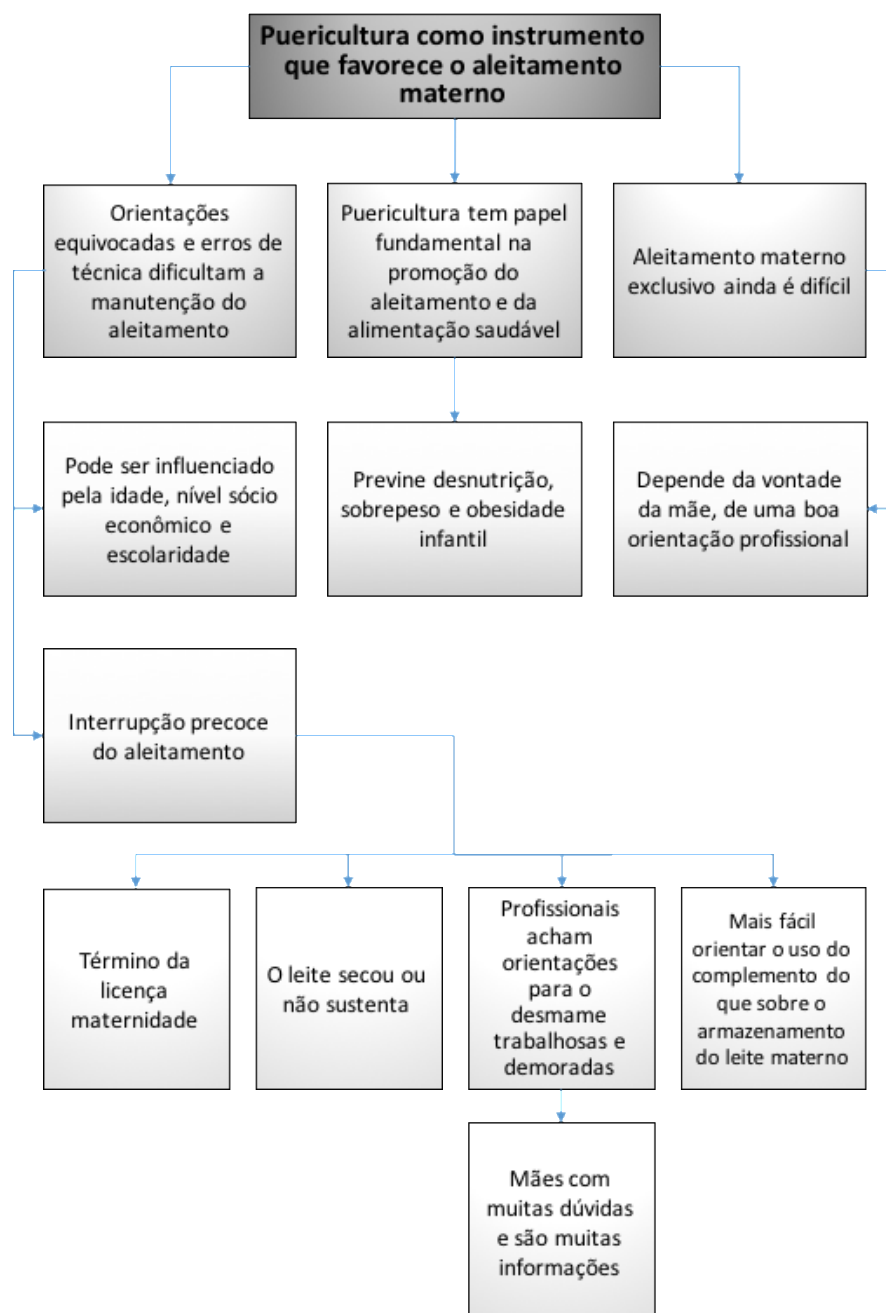
Outra consulta que demora muito é quando há transição do peito para o alimento. Preciso explicar sobre o que a criança deve comer e como fazer a papinha, o jeito que a criança vai se alimentar, que ela não vai mastigar, mas vai pressionar o alimento com a língua no céu da boca. Então explicar tudo isso demora (G3).

Todas que vem aqui eu oriento que a má alimentação também atrapalha o desenvolvimento. Muitas chegam e eu já falo sobre a importância do aleitamento materno, que previne doenças. Falo da alimentação saudável, para prevenir a obesidade infantil, que é um grande problema hoje (G5).

Os grupos ressaltam que a consulta de puericultura tem papel fundamental na promoção da alimentação saudável e prevenção tanto da desnutrição quanto da

obesidade, e consideram que é necessário ter conhecimento e criar vínculo com a mãe para que se possa construir os modos corretos de alimentar o filho, o que exige disponibilidade e tempo de dedicação, apontando representações fundadas no discurso oficial, como mostrado na FIG. 20. Tal discurso considera que o aleitamento materno aumenta as chances da criança ter uma vida saudável, fortalecendo famílias e comunidade (CUNHA et al., 2015).

Figura 20 – Representações dos profissionais sobre aleitamento materno e alimentação complementar, 2017.



Assim, pode-se afirmar que os profissionais estão seguros de que a puericultura é um instrumento eficiente para a promoção do aleitamento materno, contudo, encontram algumas dificuldades nesse processo. Relatam que alguns profissionais não estão capacitados para essa orientação e de que muitas mães aprendem a técnica errada, dificultando a manutenção da amamentação. Acreditam que outros fatores como idade da mãe, nível socioeconômico e escolaridade também influenciam a manutenção do aleitamento.

Eles afirmam e têm consciência de que o aleitamento materno exclusivo até os seis meses ainda é difícil, que depende de uma boa orientação profissional e da vontade da mãe. Observam que a maioria das crianças desmama precocemente e de que as justificativas apresentadas pelas mães são sempre as mesmas: “o leite secou”, “não sustenta”, “precisei voltar ao trabalho”. Em relação a essa última justificativa, os grupos disseram que, para muitos profissionais, é mais fácil orientar o uso do complemento do que as técnicas para armazenamento e extração do leite materno.

Sobre a introdução da alimentação complementar, os profissionais afirmam que essa é uma das consultas mais demoradas, pois as mães possuem muitas dúvidas e são muitas informações para serem compartilhadas. Além disso, retomam a representação central sobre amamentação, por considerarem que a puericultura tem papel fundamental na promoção da alimentação saudável e na prevenção da desnutrição e obesidade infantil.

4.3 Comparando as unidades com diferentes médias de puericultura

Conforme apresentando no início dessa pesquisa, foram selecionadas, para a coleta de dados, as unidades básicas com maiores e menores médias de puericultura, localizadas nos distritos já citados de Belo Horizonte. Dessa forma, foi possível construir um quadro comparativo para apresentar as principais diferenças e semelhanças encontradas no atendimento da puericultura.

Quadro 3 – Comparação entre unidades com baixas e altas médias de puericultura, Belo Horizonte, 2017.

GRUPOS	BAIXA MÉDIA DE PUERICULTURA			ALTA MÉDIA DE PUERICULTURA		
	G1	G2	G3	G4	G5	G6
Agendamento de consultas e acompanhamento	Todos afirmam seguir o protocolo da PBH para agendamento de consultas; as equipes fazem busca ativa dos faltosos; acompanham as crianças por meio de fichário rotativo.					
Ação do 5º dia	Relatam problemas para a captação do RN e realização do 5º dia; processos de trabalho e fluxos de atendimentos não estão bem definidos. Depende da equipe.			Apresentam fluxos de atendimento do 5º dia bem delimitados, com processos de trabalho organizados para a unidade.		O 5º dia é realizado, mas o processo depende de cada equipe.
Conceito e importância da puericultura	Os grupos reconhecem a importância da puericultura, trazem seu conceito bem definido; reconhecem os benefícios desse acompanhamento.					
Problemas estruturais e de organização	A estrutura das unidades é considerada fator dificultador da puericultura, por falta de consultórios, aparelhos específicos, entre outros. Todos reclamam da falta de pediatras nos CS.					
Capacitação profissional	Sentem falta de capacitação; não se sentem habilitados para atender algumas crianças e crianças com fatores de risco.			Não sentem falta de capacitação, mas sim de alguém como referência para discutir casos e condutas, como os pediatras.		
Adesão das mães	Acreditam que as mães não sabem da importância da puericultura, por isso há grande número de faltas nas unidades.					
Atenção Básica	Consideram que há desvalorização da atenção primária por parte dos poderes públicos e da população, com inversão de valores e priorização da demanda espontânea.					

O quadro mostra que algumas características foram comuns nas unidades básicas que possuem altas e baixas médias de puericultura. Pode-se observar que, em relação ao agendamento de consultas e acompanhamento rotineiro da puericultura, os profissionais relataram seguir o protocolo da prefeitura e

demonstraram realizar busca ativa dos faltosos, realizando os reagendamentos sempre que necessário. O uso de fichário rotativo e/ou um caderno de registros desses acompanhamentos foram citados nos dois grandes grupos.

Em relação ao conceito e importância da puericultura também não foram observadas diferenças nas unidades, uma vez que os profissionais revelaram conhecer os objetivos do programa de puericultura, da importância do acompanhamento da criança, seus benefícios, procedimentos e possíveis intervenções.

Da mesma forma, nos dois grandes grupos, os participantes acreditam que a atenção primária é desvalorizada, que percebem que a gestão municipal prioriza o atendimento da demanda espontânea, transformando as unidades de promoção à saúde e prevenção em “mini-UPAS”.

Os problemas estruturais são uma constante nas unidades visitadas e os funcionários retratam suas dificuldades no atendimento à criança, como a falta de materiais (régua antropométrica, fitas métricas, balanças pediátricas em bom estado de conservação). Outro grande problema comum aos dois grupos é a falta de pediatras nas unidades, considerado como profissional referência para discussão de condutas e esclarecimento das dúvidas.

Sobre a adesão das mães à puericultura, os profissionais dizem que muitas não sabem da importância desse programa e encontram um grande número de faltas. Foi comum também a visão de que a volta ao trabalho após a licença maternidade é um dos grandes responsáveis por um maior absenteísmo nas consultas após o 4º e 6º mês de vida da criança.

Foram encontradas duas importantes diferenças entre as unidades com baixas e altas médias de puericultura: a ação do 5º dia e a capacitação profissional. Nas unidades com baixas médias os profissionais relatam dificuldades na captação do recém-nascido para início da puericultura e realização do 5º dia. Eles afirmam que as mães não procuram as unidades quando a criança nasce ou estão fora da área de abrangência durante essa primeira semana. Observam também que, embora a captação pudesse ser realizada na sala de vacina, muitas crianças comparecem após o 5º dia de vida ou, quando comparecem, os funcionários esquecem de avisar, e de que não há um fluxo definido para esse processo. Os relatos afirmam, ainda, que o 5º dia é particular de cada equipe, não sendo um procedimento padrão nessas unidades.

Por outro lado, nas unidades com alta média de puericultura, observou-se que o fluxo para atendimento do 5º dia é bem alinhado entre os profissionais, sendo único para a unidade. Um exemplo citado como meio de captação dos recém-nascidos é pela sala de vacina. Os enfermeiros são os responsáveis diretos por essa ação e caso esse profissional não esteja disponível, duas soluções foram apresentadas: o enfermeiro que está na referência do atendimento de demanda espontânea é chamado ou o agendamento do 5º dia é realizado para a mesma semana.

A última orientação da Prefeitura sobre a realização do 5º dia Saúde Integral está na Agenda de Compromissos Pela Saúde Integral da Criança e do Adolescente e Redução da Mortalidade Infantil, de 2009. Nessa publicação encontram-se todas as atividades que devem ser executadas na avaliação do 5º dia, para mães e crianças. Afirma ainda que é uma consulta de enfermagem, deixando explícito sobre quem é o responsável por essa ação. Contudo, não estabelece fluxos prontos, engessados, o que nos leva a entender que esse fluxo pode ser elaborado por cada unidade, dependendo do funcionamento e da demanda diária.

É importante salientar que as unidades que ainda não possuem meios de captação do recém-nascido para a realização do 5º dia, nem fluxos de atendimento e processos de trabalho definidos para essa consulta, precisam se organizar, discutir as propostas e estabelecer seu funcionamento. O 5º dia pode ser considerado como uma das principais estratégias para a prevenção da mortalidade neonatal, componente importante da taxa de mortalidade infantil e um dos mais difíceis de serem controlados.

Sobre a capacitação, os profissionais de unidades com baixa média de puericultura, relataram que não participam, nem participaram, nos últimos anos, de nenhuma atividade educativa sobre saúde da criança. Eles alegam que se sentem, assim, despreparados para atender as crianças com alterações ou com presença de fatores de risco (prematuros, mãe com história de Zika vírus, dentre outros).

Nas unidades onde a média é maior, quando questionados sobre a capacitação, os profissionais não apresentaram necessidades educativas. Disseram que se sentem capacitados, aptos para esse atendimento. Fazem apenas a observação de os pediatras nas unidades, nos dois turnos de atendimentos, trariam uma segurança maior, pois assim eles poderiam discutir os casos e estabelecer condutas de forma mais segura.

Na Portaria que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) fica claro que é responsabilidade das secretarias municipais de saúde promover a capacitação e educação permanente dos profissionais. Além disso, acrescenta que, se necessário, as prefeituras devem manter parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal.

A educação permanente está relacionada ao aperfeiçoamento profissional, o que, conseqüentemente, aumenta a qualidade dos serviços. Esse processo deve ser realizado em parceria da gestão com os profissionais e podem partir da reflexão crítica da prática diária e de sentimentos como insegurança, insatisfação (PBH, 2008).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO – ENTREVISTAS COM AS MÃES

5.1 Caracterização das mães

Na segunda parte da pesquisa foram realizadas entrevistas com mães de crianças menores de dois anos, pertencentes às áreas de abrangência dos centros de saúde, nos quais foram realizados os grupos focais com os profissionais. Os dados foram coletados entre os meses de novembro de 2016 a janeiro de 2017, nos distritos sanitários do Barreiro, Noroeste, Centro-Sul e Oeste. As participantes foram selecionadas por indicação dos profissionais de saúde que apontaram mães aderentes à puericultura e mães não aderentes ao programa, para que pudessem ser encontradas representações relativas às duas posturas.

As mães foram convidadas a participar da pesquisa por contato telefônico ou foram convidadas enquanto esperavam por consultas de puericultura ou de atendimento da demanda espontânea. Foram agendadas as entrevistas, de acordo com a disponibilidade das mães, e essas ocorreram nas próprias unidades de saúde, sendo algumas no mesmo dia do convite. Foram realizadas 14 entrevistas e após confirmação de existência de saturação dos dados, encerrou-se a inclusão de novas participantes.

As mães têm características sociais e econômicas muito próximas, como descrito a seguir no QUADRO 4:

Quadro 4 – Caracterização das mães de menores de dois anos, entrevistadas em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, 2017.

Mães partic.	Idade	Situação conjugal	Profissão	Escolaridade*	Renda Mensal*/ pessoa (R\$)	Nº de filhos	Idade do filho + novo (meses)	Conhece o termo puericultura
E1	29	Casada	Do lar	NI	234,25	2	2	Sim
E2	42	Solteira	Téc. Enferm.	EMC	468,83	2	12	Sim
E3	19	Casada	Do lar	NI	333,33	1	7	Não
E4	18	Casada	Estudante	EMI	NI	2	19	Não
E5	18	Solteira	Do lar	EFI	167,12	2	8	Não
E6	21	Casada	Do lar	EMC	500,00	1	7	Sim
E7	18	Casada	Do lar	EMI	400,00	1	14	Sim
E8	39	Solteira	Contadora	ESC	500,00	2	17	Sim
E9	23	Solteira	Pizzaiola	EFI	700,00	2	24	Não
E10	19	Solteira	Do lar	EMI	NI	2	3	Não
E11	25	Casada	Recepcionista	EMC	433,33	1	7	Não
E12	39	Casada	Do lar	EMC	170,00	3	15	Não
E13	24	Solteira	Estudante	EMI	100,00	3	5	Não
E14	33	Solteira	Do lar	EMC	240,00	4	9	Sim

* Legenda:

Ensino superior completo = ESC

Ensino médio completo = EMC

Ensino médio incompleto = EMI

Ensino fund. Incompleto = EFI

Não informou - NI

No que se refere à faixa etária, a maior parte das entrevistadas (8) tem idade que varia entre 18 a 25 anos, somente duas têm entre 26 a 35 anos e três têm entre 35 a 42 anos. No primeiro grupo, de 18 a 25 anos, há quatro solteiras e quatro casadas. No grupo de 26 a 35 anos são duas casadas e uma solteira e no terceiro, composto de duas mães, sendo uma casada e uma solteira. O total de mães entrevistadas se divide em dois grupos em números iguais: sete solteiras e sete casadas. Somente quatro tinham um emprego fixo no momento das entrevistas, nas seguintes profissões: técnica em enfermagem, pizzaiola, recepcionista e contadora.

A maioria das mães trabalha cuidando do lar e duas são estudantes (uma de 18 e outra de 24 anos). Somente duas mães que trabalham cuidando da casa (casadas) e as que têm emprego (três solteiras e uma casada) apresentaram renda familiar per capita mais elevada (média de 500 reais) enquanto as demais são muito pobres, sendo que cinco delas têm menos de 240,00 reais por mês, o que representa viver muito próximo do limite ou abaixo da linha de pobreza, considerando-se o valor

de cálculo do Banco Mundial desde 2015 (US\$ 1,90 = R\$7,00 reais, em média, no final de 2016) (EBC, 2015).

No que diz respeito à escolaridade, uma mãe declarou ensino superior completo, cinco delas têm ensino fundamental completo, quatro informaram ensino médio completo, duas ensino fundamental incompleto e duas não informaram.

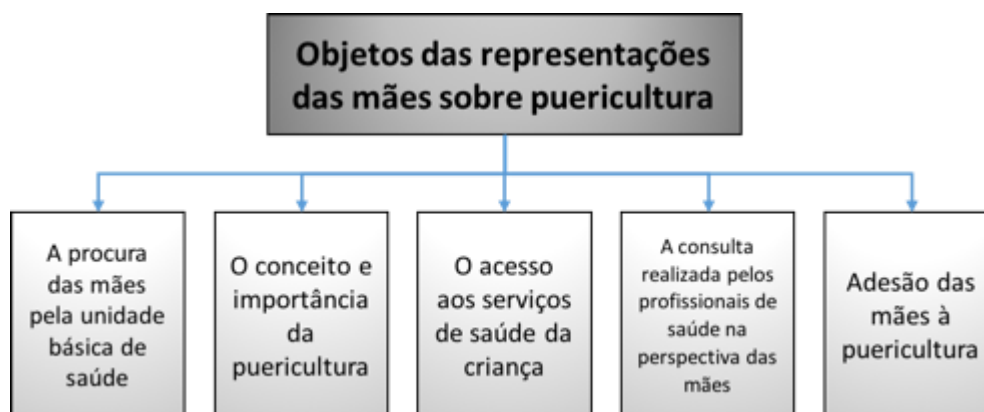
O número de filhos variou entre um e quatro: a metade das mães informou ter dois filhos, 28,5% apenas um, 14,5% tiveram três filhos e apenas uma mãe possuía quatro filhos.

Mais da metade das mães (oito delas) não conhecem o termo puericultura, embora a maioria reconheça a importância do acompanhamento contínuo da saúde da criança. As outras seis mães reconheceram o termo e apresentaram uma ideia ou o que elas pensavam a respeito, como apresentado nas categorias a seguir.

5.2 Representações das mães sobre puericultura

A análise das entrevistas mostrou que os discursos das mães eram bem pontuais sobre os pontos apresentados, com respostas quase sempre objetivas. Acredita-se que a menor capacidade crítica a respeito deste tema possa ter contribuído para tal. Mesmo assim, os discursos foram essenciais para compreender, a partir da perspectiva das mães, o funcionamento da puericultura nas unidades e a visão que elas têm a respeito deste universo. Estão apresentadas, a seguir, as cinco grandes categorias das representações desveladas (FIG.21).

Figura 21 – Objetos das representações das mães sobre puericultura, 2017.



5.2.1 A procura das mães pela unidade básica de saúde

O motivo principal de procura pela unidade básica de saúde, segundo as mães, se dá quando seus filhos têm algum sinal ou sintoma e, muitas vezes, elas se esquecem das consultas agendadas. Em seguida, aparece a atualização das vacinas e, finalmente, as consultas de controle como motivação pela busca de atendimento.

Venho mais por casos extremos mesmo, quando não tem como resolver em casa. Quando ela está com bronquite, virose, diarreia, febre muito alta que eu não tenho como controlar em casa. Os outros motivos são preferíveis ficar em casa mesmo (E7).

Trago mais por preocupação, às vezes fica gripadinho, com peito cheio, mais por causa disso. Ou quando está com febre, com a tosse carregada (E12).

Para colocar a vacina em dia e para a consulta médica mensal (E6).

As mães entendem as diferenças entre as consultas programadas e as consultas de demanda espontânea e citam que, após os dois anos, o acompanhamento infantil não permanece regular.

Nos primeiros anos, ela fazia o acompanhamento sempre, mas de uns tempos para cá é mais quando ela passa mal mesmo. Ela está com dois anos. O meu filho menor eu trago para fazer controle (E4).

O fato das mães comparecem à unidade de saúde com maior frequência quando os filhos estão doentes também foi encontrado em estudo que analisou os fatores associados à procura por serviços de saúde de crianças mineiras. De 1453 crianças que buscaram os serviços de saúde nos 308 municípios mineiros, os principais motivos da procura por atendimento foram as demandas agudas: problema respiratório em 411 casos (28,6%), controle ou prevenção em 159 casos (11,1%), tratamento de doenças crônicas em 66 casos (4,6%), diarreia e desidratação em 49 casos (3,4%), entre outros. Os dados foram obtidos pela Pesquisa por Amostra de Domicílios de Minas Gerais (PAD/MG) da Fundação João Pinheiro, realizada em 2009 (SANTOS et al., 2012).

Pesquisa realizada na região do Butantã, em São Paulo, também encontrou

resultados semelhantes. Foram visitadas duas unidades básicas de saúde e entrevistados 30 acompanhantes, dos quais 21 eram as mães. Quando questionadas sobre o motivo da busca de consulta na UBS, os agravos de saúde foram a principal resposta (ASSIS e VERÍSSIMO, 2010).

A pesquisa de Vitolo et al. (2010) realizada na cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, com 393 crianças entre 12 a 16 meses, concluiu que 53,2% das crianças não foram acompanhadas regularmente. Os fatores associados a esse baixo acompanhamento foram: escolaridade materna, estrutura familiar e a percepção das mães de que na ausência de doença não seria necessário nenhum tipo de atendimento ou consulta.

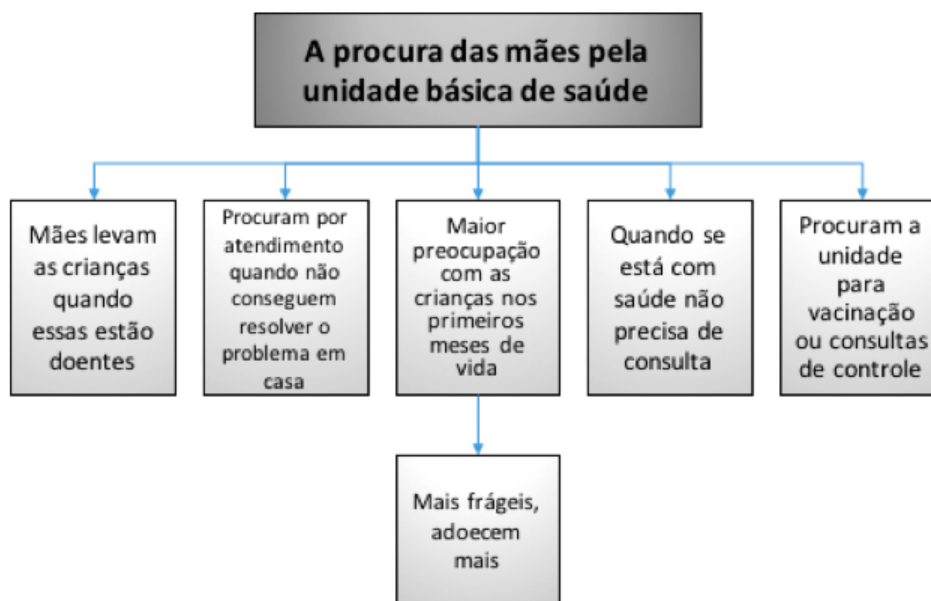
Sabe-se, no entanto, que o atendimento realizado nas consultas de puericultura diminui consideravelmente a busca por consultas curativas, pois tende a evitar que uma condição crônica seja agudizada (MENDES, 2012). Serão as dificuldades de transformar a informação em interpretação e esta em atitude de prevenção que atrapalham a vinda das mães ao serviço de saúde para a puericultura? Ou a organização dos serviços de atenção primária ainda não permitiu a criação de vínculo de forma que a mãe/ família valorize esta ação?

Estes dados apontam que o modelo de atenção curativista, centrado na doença, ainda não foi superado, pois a maioria das mães possuem a visão de que quando a criança está com saúde não seria preciso buscar a unidade ou comparecer às consultas. Para que esta complexa realidade seja transformada em um atendimento voltado para a saúde, em que profissionais ofereçam cuidados centrados na família, na comunidade, seria necessário que tanto que os serviços de saúde se reestruturassem, com implantação de ações e políticas coerentes com a proposta, quanto uma reorganização da formação e capacitação dos profissionais, para que os mesmos adquiram novas competências (SANTOS et al., 2016).

As mudanças de paradigmas e de conceitos tão complexos e multifacetados exigem tempo, compreensão e dedicação das equipes de saúde. É um processo longo, insistente, árduo muitas vezes, mas os profissionais e gestores não podem desistir desse objetivo, utilizando a educação para a saúde como instrumento fundamental para esta transformação.

A síntese das representações sobre os principais motivos apresentados pelas mães para a procura da unidade básica de saúde estão mostrados na FIG. 22.

Figura 22 – A procura das mães pela unidade básica de saúde, 2017.



A FIG. 22 mostra que persiste a ideia de que as consultas só são necessárias se a criança não está com algum sintoma ou doente. A procura pela unidade para vacinação e consultas de rotina (puericultura) foram pouco citadas. As mães relatam também que procuram a unidade quando não conseguem resolver o problema de saúde da criança em casa e demonstram ter maior preocupação para a avaliação do estado de saúde nos primeiros meses de vida, pois consideram que nesse período a criança é mais frágil e pode adoecer mais.

5.2.2 O conceito e a importância da puericultura

Para a maioria das mães entrevistadas, o conceito ou o termo puericultura não eram conhecidos. Dentre as que reconheceram a expressão, os conceitos apresentados para puericultura foram mais objetivos: acompanhamento da criança, prevenção, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, consultas de controle, consultas de acompanhamento e primeiros cuidados com a criança.

Entendo que puericultura é o acompanhamento da criança (E2).

A gente sabe que é para acompanhar o crescimento, desenvolvimento da criança (E1).

Entendo que são os primeiros cuidados com a criança, consultas, acompanhamento, ver o que a criança precisa (E8).

Para as mães, a puericultura tem importância porque é nessa oportunidade que os profissionais conseguem identificar alterações de forma precoce, que poderiam passar despercebidas por elas. Dessa forma, os encaminhamentos não são realizados tardiamente e as chances de prevenção de agravos e reabilitação são maiores. Acreditam ainda que a consulta permite que elas acompanhem o crescimento e desenvolvimento dos filhos, esclareçam dúvidas e recebam orientações sobre os cuidados gerais e alimentação da criança.

O acompanhamento consegue captar outras coisas que não conseguimos perceber. O médico pode perceber alguma coisa, pois tem o toque, mede a criança, olha o crescimento, o corpinho da criança, mão, olho, boca, são coisas que não temos muita visão e, com esse acompanhamento, a gente pode ser melhor orientada (E12).

Em casa não conseguimos avaliar o desenvolvimento da criança, os reflexos, crescimento. Para nós é tudo novidade, mãe de primeira viagem. No acompanhamento, nós temos uma noção se a criança está crescendo, o desenvolvimento, no geral, da criança (E7).

Eu assisto muita televisão e sei que quanto mais rápido você identifica o problema, mais fácil de resolver. E quanto mais tempo passa, pior fica. Então tem que ter o acompanhamento (E8).

Os mesmos resultados aparecem em pesquisa de Vasconcelos et al. (2012), no qual se afirma que as mães valorizam a consulta de puericultura porque nessa oportunidade podem aprender com os profissionais sobre os cuidados com o filho, esclarecer dúvidas, superando as incertezas.

Por outro lado, algumas mães, embora tenham reconhecido a importância da puericultura, disseram que os profissionais não encaminham as crianças que apresentaram alguma alteração durante a consulta com tanta agilidade.

O problema da audição da mais nova foi identificado na triagem auditiva. Até agora eu não consegui encaminhamento (E8).

Considerando que um dos principais objetivos da puericultura é a intervenção precoce, evitando-se agravos, atrasos e sequelas para a criança, oferecendo a

reabilitação mais completa possível, é preciso avaliar se as consultas oferecem a resolubilidade desejada, colocando em prática este atributo da atenção primária.

Para as mães que não conseguiram definir a puericultura percebe-se uma correlação entre a falta de conhecimento do termo e a busca por atendimento na unidade principalmente quando a criança apresenta algum sintoma ou doença.

Já ouvi muito falar aqui (puericultura), mas não sei bem o que que é (E13).

Não, não conheço (puericultura). (...) Trago mais por preocupação, às vezes fica gripadinho, com peito cheio, mais por causa disso (E11).

Não sei o que é (puericultura). (...) Trago quando está passando mal, gripadinho (E9).

O estudo de Malaquias et al. (2015), realizado com 19 acompanhantes de crianças de zero a dez anos da cidade de Maringá, no Paraná, também revelou a falta de conhecimento sobre o conceito, a finalidade e a importância da consulta de puericultura. A maioria dos participantes também não reconheceu o termo puericultura ou não soube apresentar um conceito amplo sobre o que significa este acompanhamento e quais seus benefícios práticos, como sintetizado na FIG. 23.

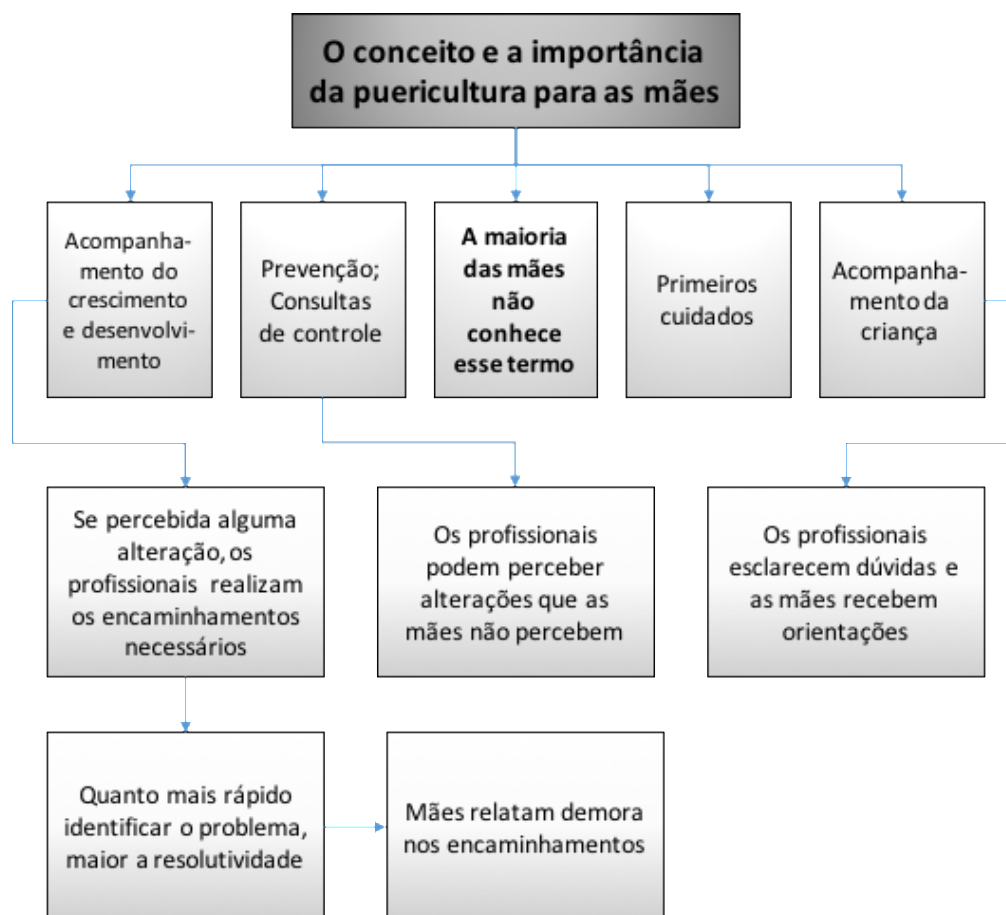
Neto et al. (2010) mostraram que, para as mães da cidade de Sobral, no Ceará, a consulta é considerada um atendimento desnecessário, caso o filho não apresentasse algum sintoma ou queixa. Esta foi uma das principais justificativas apresentadas pelas mães que não levaram seus filhos à puericultura.

É importante lembrar que essa falta de conhecimento das mães sobre a puericultura e sua importância pode estar associada às baixas médias de puericultura encontradas nas unidades de saúde de Belo Horizonte, que variam entre 2,0 e 3,4 consultas por ano, quando a média ideal seria de 4,5 consultas de puericultura. Se as mães não consideram a consulta de acompanhamento importante ou se ainda acreditam que a criança saudável não necessita de atendimento, a adesão não poderá ser como o esperado.

Dessa forma, nota-se que devem ser realizadas intervenções para que as mães compareçam às consultas e sejam orientadas a respeito da importância do acompanhamento regular de seus filhos na puericultura. Deve-se demonstrar os objetivos do programa e os benefícios que as crianças possuem ao participar desses

atendimentos.

Figura 23 – Representações das mães sobre o conceito e a importância da puericultura, 2017.



Como afirmado anteriormente, grande parte das mães não reconheceram o termo puericultura, mas quando esse foi esclarecido, algumas delas conseguiram expressar o que pensavam sobre esse acompanhamento. Outras mães já reconheceram o termo e apresentaram a puericultura como: acompanhamento da criança, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, primeiros cuidados, consultas de controle e prevenção. Disseram ainda que a consulta é preventiva porque os profissionais podem encontrar alguma alteração que elas não perceberam e encaminhar para resolver o problema. Além disso, nas consultas, elas podem esclarecer dúvidas, receber orientações e acompanhar o desenvolvimento da criança.

5.2.3 O acesso aos serviços de saúde da criança

Em relação aos agendamentos das consultas de puericultura, as mães relataram duas formas de realização: com o profissional, ainda dentro do consultório, durante a realização da consulta de puericultura, ou por meio do acolhimento. Suas avaliações apontam para o fato de que as mães se sentem mais seguras e confortáveis quando já deixam o consultório sabendo a data da próxima avaliação.

No dia que eu trazia, ele já agendava. Eu saía com a consulta agendada. Lá no consultório mesmo o médico já marcava e ficava agendada nos primeiros meses (E12).

Para marcar, nós temos que vir ao posto mais ou menos às 12 horas, 12h30 até 13h30. Trazer o cartão e os documentos e esperar para agendar com o profissional da vaga específica. E muitas das vezes essa vaga não está tão próxima. Essa parte é um pouco difícil (E7).

As mães apresentaram algumas características que facilitam o acesso aos serviços de puericultura em algumas unidades básicas, como flexibilidade de dia e horário das consultas. Relatam também que as crianças não voltam para casa sem algum tipo de atendimento, seja pelo médico ou enfermeiro.

Marcaram a segunda consulta dele de puericultura. Era bem no dia que ele vai fazer um exame lá no Hospital das Clínicas. Eu falei que não, que, nesse dia, ele tinha um exame especializado. Eles remarcarão mais pra frente. Eles agendam a melhor hora para a gente e a melhor data, aqui neste centro de saúde. Eles entendem isso (E1).

Querendo ou não, a gente não sai sem o atendimento aqui. Eu, por exemplo, não tenho o que reclamar do atendimento aqui. Nem que seja por um enfermeiro ou que ele passe por um clínico. Mas, pelo menos eu nunca saí daqui sem atendimento com ela não (E2).

No entanto, muitas mães encontraram barreiras importantes para o acesso ao atendimento à saúde da criança. Foram citados os atrasos dos profissionais, os horários inadequados de agendamento (ocorrem muito cedo), a distância do domicílio à unidade, as dificuldades de remarcação das consultas (contrapondo o depoimento acima apresentado), dias restritos para determinadas vacinas e a falta de profissionais pediatras.

A gente chega no horário marcado e é atendido em outro (E4).

Ela tinha um teste do ouvidinho para fazer, mas aí saiu em um dia em que eu estava olhando a minha sobrinha que estava com catapora. Não tinha ninguém para ficar com ela. Eu vim, remarquei, pedi para remarcar. Mas até hoje não saiu o teste da orelhinha dela. E nisso, ela já está com sete meses e é feito quando ela nasce. E também tomar a injeção de BCG. Eu vim, aí eles falaram: é só na quarta-feira. Aí cheguei numa outra quarta-feira. Era só no horário da manhã. Ou seja, ela demorou 15 dias para poder tomar, por conta que cada hora tinha uma desculpa (E3).

O problema é que, às vezes, demora um pouco. A falha maior aqui é não ter pediatra para atender as crianças (E8).

Os resultados encontrados são corroborados por pesquisa anterior de Silva e Viera (2014) que discutem, em estudo realizado no Paraná, no ano de 2010, com famílias de crianças menores de um ano, quais foram as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde da criança. As formas de agendamento das consultas e a falta de profissionais para compor a equipe interdisciplinar foram as dificuldades mais citadas. Sobre a primeira dificuldade, as mães dizem que não conseguem atendimento, porque o médico está lá, muitas vezes, para realizar as consultas agendadas e não podem atender às crianças que estão debilitadas. E sobre a segunda, as mães disseram que a demanda da unidade é alta e que precisariam de mais profissionais.

As mães também relatam que os horários restritos para vacinação é um problema de acesso. Embora saibamos que algumas vacinas, após abertas, possuem um curto período de duração, a imunização de crianças menores de dois anos deve ser prioridade na atenção primária à saúde. As unidades precisam encontrar formas de aprimorar os processos desse elemento fundamental de promoção à saúde infantil.

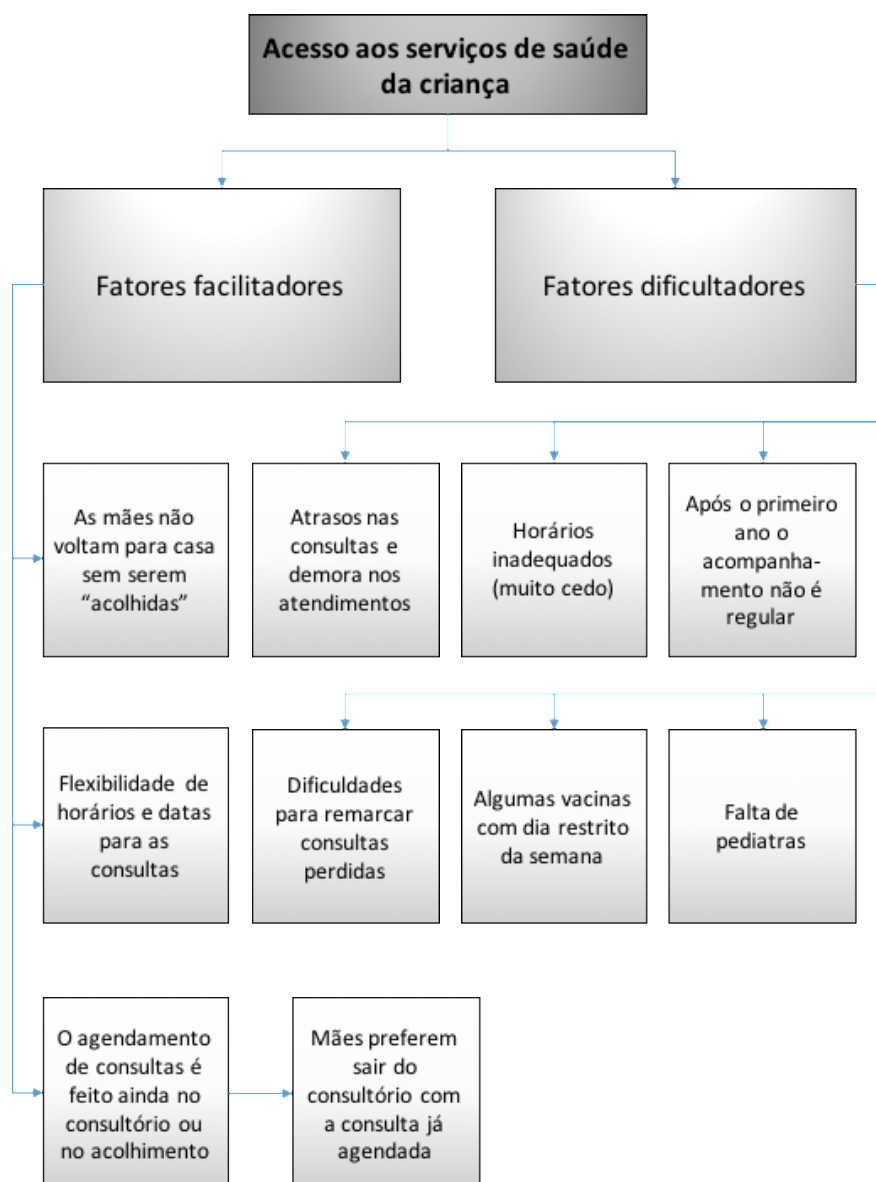
Sobre os horários inadequados, Silva e Viera (2014) defendem que a maior flexibilidade nos dias e horários, tanto de consultas como para agendamentos, iria beneficiar a saúde da criança, pois não prejudicaria a renda dos membros trabalhadores das famílias que poderiam ter algum desconto no pagamento devido a essa ausência.

O acesso aos serviços de saúde da criança devem ser facilitados. Algumas mães deixam claro que comparecem à unidade em busca, muitas vezes, de

orientações para os seus filhos e expressam muito que, quando procuram a equipe, não é sem sentido, sem motivos. Elas buscam o melhor para seus filhos. Considerando que a atenção primária é o caminho fundamental para o sistema, os profissionais precisam discutir os fluxos de trabalho, aprimorar a escuta qualificada, para oferecer uma atendimento humanizado, ético, resolutivo e eficiente para as famílias.

As representações apontaram aspectos que foram considerados facilitadores e dificultadores relativos ao acesso à atenção à criança na atenção básica (FIG. 24).

Figura 24 – Representações das mães sobre o acesso aos serviços de saúde da criança nas unidades, 2017.



As mães apresentam algumas facilidades encontradas para o acesso aos serviços de saúde da criança. Relatam que não voltam para a casa sem algum tipo de atendimento, porque sempre são acolhidas. Dizem também que encontram flexibilidade de horários e de datas para as consultas de puericultura, em algumas unidades. Citam que os agendamentos podem ser feitos de duas maneiras: no consultório, durante a consulta de puericultura ou no acolhimento da equipe, mas que preferem já sair do consultório sabendo a próxima data da consulta dos filhos.

Elas apresentam também as dificuldades para esse acesso e referem que muitas vezes os horários das consultas são inadequados, muito cedo para sair com as crianças pequenas. Relatam dificuldades para reagendamento de consultas perdidas e citam a falta de profissionais pediatras. Elas expõem também que os profissionais atrasam muito para atender as consultas e expressam a insatisfação sobre dias restritos para aplicação de determinadas vacinas.

5.2.4 A consulta realizada pelos profissionais na perspectiva das mães

A maioria dos discursos das mães revela satisfação quanto aos procedimentos realizados nas consultas de puericultura, afirmando que os profissionais avaliam a criança de forma integral. São citados, como parte da consulta, a aferição das medidas antropométricas, o acompanhamento do desenvolvimento, a realização de exame físico completo (referem principalmente ouvido e garganta), orientações de cuidado e registro dos achados.

Na verdade eles sempre conferem o ouvido, a garganta, olha se tem manchinha, pesa, pergunta se está sentindo mais alguma coisa. Olha a cabeça, porque ela encaixou errado na hora do parto e nasceu com a cabeça meio oval. Eles sempre medem o tamanho também, fazem o acompanhamento mesmo, para saber se está tudo bem (E11).

Mede a cabeça, o corpo, olha os órgãos genitais dele, se estava tudo bem. Uma consulta normal, fazia uma avaliação da cabeça aos pés (E12).

Quando chega, eles pesam, mede cabeça, o tamanho e anotam tudo no computador. Falam que tem que limpar a boquinha dela, tudo que tem que fazer (E13).

Os resultados apontam que as mães valorizam o profissional que avalia a criança por inteiro, não se baseando apenas em queixas apresentadas. A maioria dos discursos relatam que os profissionais atendem as crianças com um olhar integral, mas isso não é confirmado em alguns estudos, como o de Damasceno et al. (2016) e Monteiro et al. (2011). Eles referem que o comportamento dos profissionais durante a consulta à criança ainda recebe influência do modelo biomédico, fundamentado no atendimento às queixas e que desconsidera o contexto biopsicossocial e familiar do paciente. Na análise apresentada sobre as representações dos profissionais dos serviços nos quais as mães e os bebês do presente estudo são acompanhados, mostra que também a maioria acredita que poderia fazer mais, mas que tem tentado oferecer uma atenção integral na puericultura (página 58 da dissertação).

Para algumas mães, a qualidade da consulta está associada a esta avaliação integral, pois quando isso não acontece, elas classificam o atendimento como ruim. Além disso, as entrevistadas demonstram sentir falta da interação entre o profissional e a mãe.

Só que ela não é uma boa pediatra porque ela não olha nada. Ela não se expressa em nada. Se tiver passando mal, para ela está bem. Se tiver ruim, para ela está bem do mesmo jeito (E3).

Monteiro et al. (2011) afirmam que os profissionais ainda tratam os familiares como apenas receptores de informações, sem interação, diálogos. Acreditam que essa postura tende a reforçar o modelo biomédico, baseado no atendimento às queixas apresentadas e não valorizando a promoção e a educação em saúde.

Algumas mães questionam também a efetividade e resolubilidade das consultas de puericultura, pois percebem que os profissionais, quando encontram alguma alteração no exame da criança, demoram a encaminhar ou encontrar solução para o problema.

A doutora que atende aqui no posto é uma excelente profissional, mas no caso da audição da criança já tem mais de três meses que eu estou pedindo encaminhamento e nada se resolve. No final de novembro que eu descobri que tem fonoaudióloga. Já tinha um tempão que estava pedindo e agora eu tenho que esperar. Então, por quê não passou na fono antes para agilizar o processo? E eu disse que não abria mão do atendimento de otorrino. Olha quantos meses se passaram, já se perderam... (E8).

Considerando que um dos grandes propósitos do programa de puericultura é a prevenção de agravos, realizando encaminhamentos e tratamentos precoces, para

permitir que a criança desenvolva todo o seu potencial e tenha o mínimo de sequelas possível, é necessário que as unidades revejam seus fluxos de encaminhamentos para crianças que apresentem alguma alteração. Além disso, deve-se estabelecer formas de conseguir contra-referências eficientes para que os profissionais acompanhem as respostas e fluxos dos serviços de saúde da rede.

Sobre o atendimento das diferentes categorias profissionais que realizam a consulta de puericultura (médico, enfermeiro e pediatra) existiram três diferentes discursos: as mães que percebem diferença nos atendimentos e têm consciência de que eles possuem papéis complementares; as mães que percebem diferença nesses atendimentos e que não se sentem seguras com o atendimento dos enfermeiros; e as mães que não percebem diferença nas consultas com cada um dos profissionais.

Eu percebi que o médico explica e faz a consulta, faz um check-up geral do bebê. O enfermeiro acompanha mais, te explica mais. Ele senta e conversa. Se está acontecendo alguma coisa ele senta e explica os motivos disso estar acontecendo (E6).

Eu já fui atendida por médico e enfermeiro, era basicamente uma consulta com o enfermeiro e uma com o médico. Não há diferença, todas as consultas foram muito bem executadas (E7).

Querendo ou não, quem trabalha no hospital sabe que o conhecimento de um enfermeiro não é tão grande quanto de um médico. No início, a gente fica um pouco com receio de passar pela puericultura, no caso com o enfermeiro. A gente tem preferência de passar por um médico e a ordem não é aquela. Eu não sei, eu acho que já tem aquela opinião pré-formada de que o médico sabe tudo (E2).

Nós é que às vezes ficamos com o pé atrás, não desfazendo do serviço da pessoa, mas estamos acostumados com o pediatra, com o médico que cuida. Quando falam que vamos passar pelo enfermeiro, ficamos mais receosos (E12).

A maioria das mães não só percebe diferença nas consultas dos profissionais, mas citam constantemente o papel fundamental do pediatra no atendimento à criança, afirmando que ele possui mais clareza e segurança.

O pediatra faz a consulta mais detalhada. O enfermeiro mais ou menos e o médico faz a consulta mais rápida (E14).

Ah, o enfermeiro não tem muita experiência, eu acho. Já o pediatra, ele atende a gente com mais clareza (E12).

Nas representações das mães, há uma escala de valorização entre o médico e o enfermeiro, com o pediatra no topo, o que aponta para a continuidade das percepções sobre saúde como ausência de doença, sendo o médico aquele que sabe mais sobre isto.

Malaquias et al. (2015) também relatam o protagonismo da categoria médica para realização da puericultura, principalmente do pediatra. Para os autores, esse resultado revela que a população desconhece o atendimento multidisciplinar e as diferentes contribuições de cada grupo profissional, reforçando as representações de um modelo biomédico vigente. Para esses autores, a forma de organização da equipe na saúde da família pode gerar horizontalidade nas relações e beneficiar a quebra da suposta supremacia médica, mas, no caso, da reconstrução de representações da população, ainda há muito por se fazer, para quebrar a hegemonia médica.

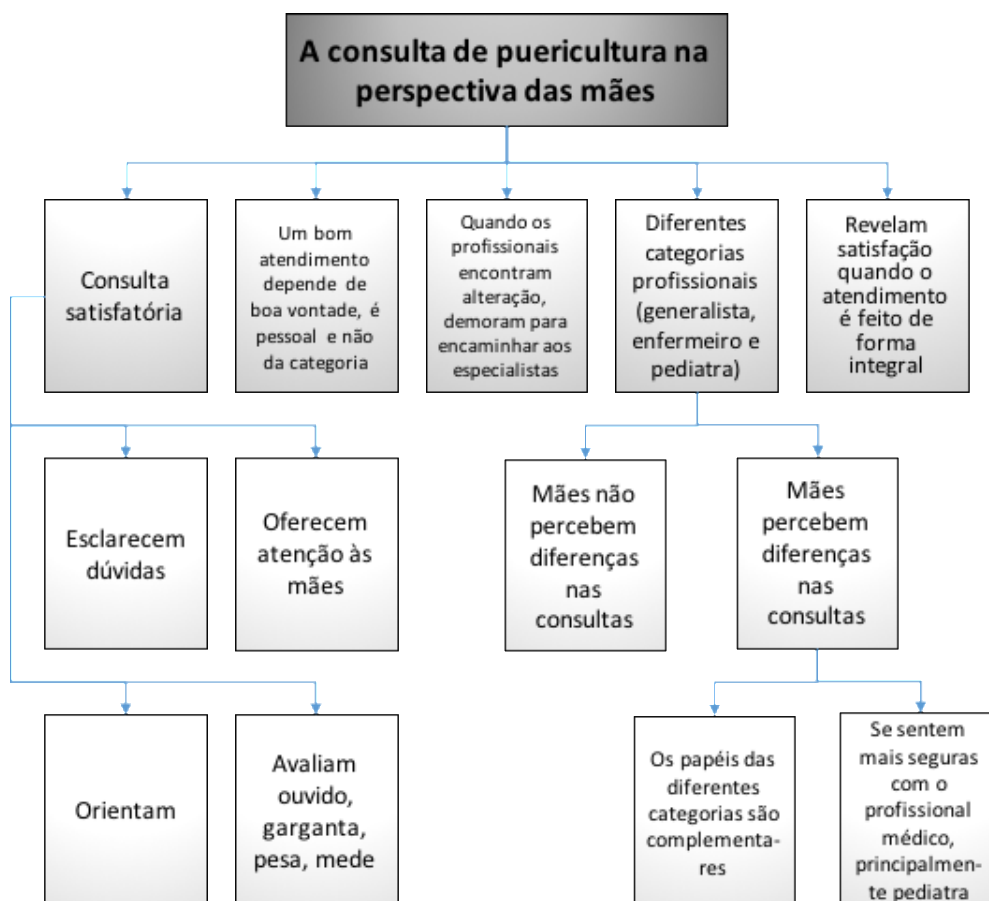
Deve-se ressaltar que o Ministério da Saúde reforça a competência tanto do médico quanto do enfermeiro para realizarem o atendimento da puericultura (BRASIL, 2012). Lima et al. (2013) afirmam que o atendimento multidisciplinar na puericultura favorece o diálogo entre profissionais e usuários, esclarecendo dúvidas e dando liberdade às mães para realizarem os questionamentos que acharem necessários.

Alguns estudos internacionais, como o de Fernández et al. (2013), realizado em Barcelona, na Espanha, mostram a importância dos enfermeiros na assistência infantil e a valorização dessa categoria profissional pelas mães.

Acredita-se que a ampliação do conhecimento dos familiares sobre essas ações e diferentes responsabilidades de cada categoria, tende a melhorar as concepções do processo saúde-doença e das diversas funções presentes na atenção à saúde da criança, favorecendo um novo modelo assistencial de saúde. O contrário também pode ser afirmado, com os presentes resultados, quando algumas mães já enxergam, nas ações na puericultura, a ocorrência de integralidade.

A síntese das representações das mães sobre as consultas de puericultura oferecidas nas unidades, estão apresentadas na FIG. 25.

Figura 25 – Representações das mães sobre a consulta de puericultura realizada pelos profissionais, 2017.



As mães revelam satisfação quando o atendimento é realizado pelos profissionais de forma integral. Consideram um boa consulta quando o profissional avalia ouvido, garganta, pesa, mede, demonstra atenção, interesse, esclarece dúvidas, orienta. Contudo, relatam que quando são encontradas alterações, alguns profissionais demoram a encaminhar para os especialistas.

Afirmam que uma boa consulta não depende da categoria, mas de boa vontade do profissional. Ainda sobre as consultas com as diferentes categoriais as mães apresentam percepções distintas: as que não percebem diferenças nos atendimentos do generalista, enfermeiro ou pediatra, as que percebem diferenças, mas acreditam que cada um deles possui um papel complementar e as que não só percebem diferenças, mas dizem se sentir mais seguras quando o atendimento é com o profissional médico, mas principalmente com pediatra.

5.2.5 A adesão das mães às consultas de puericultura

Sobre a adesão das mães às consultas de puericultura, a maioria delas afirma que compareceram a todas ou na maior parte dos agendamentos. Entre as mães que admitiram faltas, as principais justificativas apresentadas foram: distância, esquecimento, falta de recursos ou algum erro na entrega das consultas.

Não, graças a Deus não perdi nenhuma consulta (E6).

Não, eu vim em todas as consultas. Eu vinha até demais e os doutores até falavam “Ah, você aqui novamente!” (E12).

A gente foi morar um tempo na casa dos avós dele (do companheiro). E a consulta era marcada e alguns dias não davam para eu vir. Aí, eu perdia. Por causa da distância, tinha que pegar ônibus (E4).

Ah, uma eu esqueci. Uma foi porque o que entrega a consulta entregou errado. Às vezes, eu não tinha dinheiro, às vezes eu tinha esquecido (E5).

Alguns estudos já mostraram algumas das principais justificativas apresentadas pelas mães para as faltas às consultas, como o de Vitolo et al. (2010) no qual são citados o horário das consultas, a insatisfação com a qualidade do atendimento dos profissionais e a distância entre o serviço de saúde e sua residência. Outro estudo que apresenta os motivos de absenteísmo na puericultura é o de Neto et al. (2010). Os autores organizaram as justificativas apresentadas pelas mães em seis categorias: esqueci o dia, não fui avisada, não tinha tempo, por causa do horário, não é importante e o acaso.

Vasconcelos et al. (2012) reforçam que a mãe é parceira dos profissionais no cuidado com a criança, sendo de sua responsabilidade comprometer-se com essa assistência, porém, as dificuldades em relação à presença dela na puericultura precisam ser pensadas também na integralidade do cuidado, como responsabilidade do Estado oferecer apoio às mães no que se refere às questões materiais, para que possam cuidar bem dos seus bebês.

Algumas mães afirmaram que têm ou tiveram dificuldade no cuidado com seus filhos, principalmente as primíparas ou que não cuidaram de outras crianças. Na maioria dos discursos, revelou-se que, mesmo diante das dificuldades, as falas eram sempre positivas e elas disseram que o fato de ser mãe as ajudava a superar

qualquer dificuldade e barreiras, e que conseguiram se adaptar às novas condições.

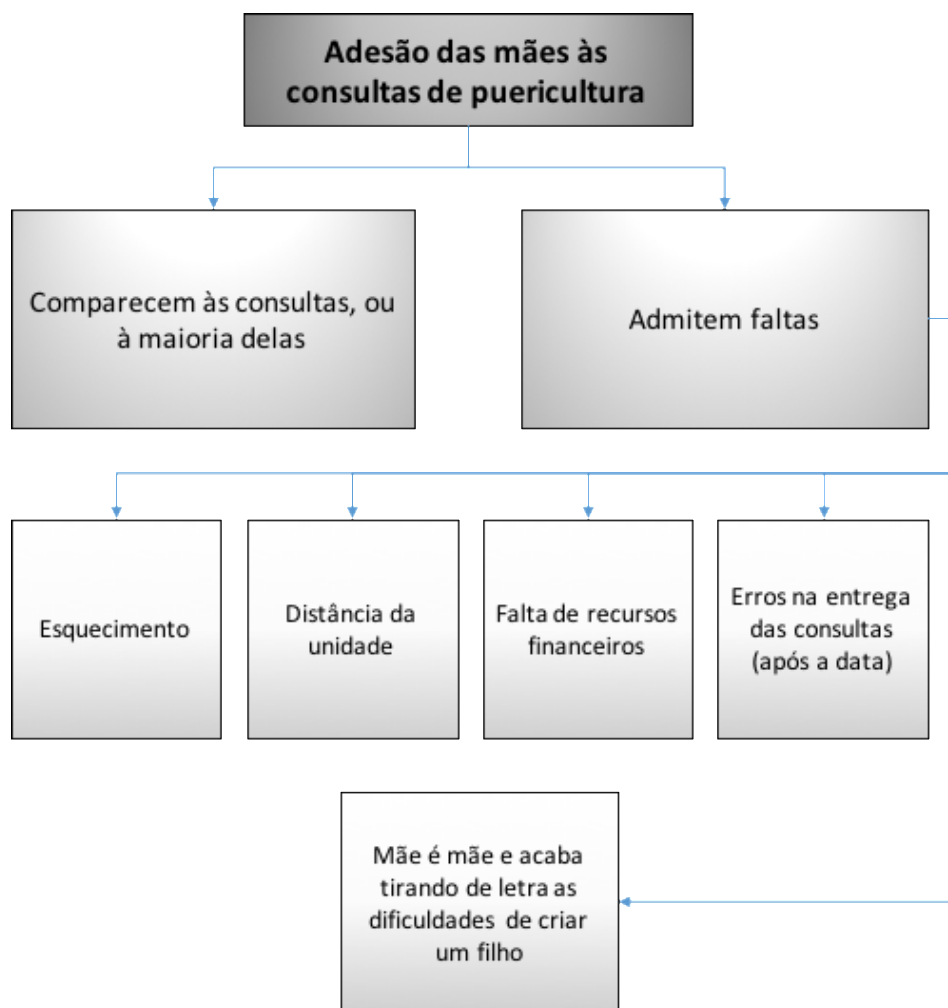
Tenho dificuldade na alimentação, pois tem que ser uma alimentação bem equilibrada. E acho que por ele ser muito espontâneo, hiperativo, é meio difícil lidar com isso. Mas eu acho que o cuidado em geral, quando você é mãe você vai adaptando e fazendo do seu jeito e acaba tirando a maioria das situações de letra (E6).

Não tive nenhuma, acho que por eu ter outros filhos isso ajudou. Por mais que o espaço entre eles tenha sido grande e as coisas mudam, mas dificuldade eu não tive. Mãe é mãe, para ela não tem dificuldade, ela sempre se ajeita, foi tranquilo (E12).

Os autores Oliveira et al. (2016) afirmam que quando nasce um bebê, nasce uma nova mãe, mesmo que essa já tenha vivenciado uma experiência de maternidade, cada nascimento será uma nova oportunidade, com novos desafios e superações. Para que as mães adquiram segurança no cuidado com os filhos, o apoio da equipe de saúde é fundamental para esclarecer dúvidas, diminuir a ansiedade. As consultas de puericultura representam uma oportunidade essencial para esse cuidado e para fortalecer o vínculo com essas mães (VASCONCELOS et al., 2012).

As representações das mães relacionadas à adesão à puericultura estão apresentadas na FIG. 26.

Figura 26 – Representações das mães sobre a adesão à puericultura, 2017.



A maioria das mães relatam comparecer às consultas agendadas, ou à maioria delas. Algumas, porém, admitem as faltas e apresentam as seguintes justificativas: esquecimento, distância da unidade, falta de recursos financeiros e erros nas entregas das consultas (data já havia passado), mas também consideram que acabam sendo capazes de criar os filhos de forma adequada porque são mães. Constatou-se, ainda, que as mães não apresentaram o trabalho com uma justificativa da falta, como acreditam os profissionais. Isto se deveu, provavelmente, pelo pequeno número de mães que estavam empregadas no momento da coleta das entrevistas.

6 REPRESENTAÇÕES DAS MÃES E DOS PROFISSIONAIS: ASPECTOS COMPLEMENTARES E DIVERGENTES

Alguns assuntos sobre as consultas de puericultura foram comuns nos dois grupos entrevistados. A seguir, apresentamos a síntese dos assuntos abordados em cada um deles, sinalizando se as representações foram divergentes ou comuns na realidade analisada nesta pesquisa.

6.1 Sobre o conceito e importância da puericultura

Profissionais e mães reconhecem a importância da puericultura como um instrumento para a promoção à saúde da criança. Os dois grupos, em graus diferentes de profundidade e capacidade crítica, entendem que quanto mais rápido se detectar alguma alteração no crescimento ou desenvolvimento, mais precoces serão as intervenções, evitando-se sequelas maiores ou mais graves para as crianças.

O estudo mostrou que os profissionais acreditam que as mães não saibam da importância das consultas de puericultura, mas embora a maioria delas não conheça o termo em si, algumas falas evidenciaram que elas conferem valor a esta consulta

6.2 Sobre o atendimento programado e a demanda espontânea

Algumas mães reconhecem que o principal motivo da procura pela unidade de saúde ainda é quando a criança apresenta algum sintoma ou doença. Isso também foi relatado pelos profissionais, que afirmam que quando a criança está com alguma queixa, elas comparecem mais às consultas. A ideia de que o modelo curativo ainda não foi superado é confirmada, mesmo que algumas mães relatem comparecer quando os filhos não apresentam queixas.

Outro aspecto encontrado foi que os profissionais dizem realizar a consulta de demanda espontânea diferente da forma que realizam a consulta de puericultura, para que as mães percebam essa diferença e valorizem as consultas programadas. Algumas mães relataram saber diferenciar os dois momentos de avaliação, porém isto não ocorreu de forma unânime. A maioria não sabe diferenciar as duas abordagens.

6.3 Sobre o atendimento de puericultura

O atendimento de forma integral à criança foi citado tanto nas falas das mães como nas dos profissionais. Ambos relatam que, nas consultas de puericultura, são avaliados de forma ampliada os aspectos físicos e sociais. É comum, também, a visão de que um bom atendimento depende da vontade pessoal do profissional e não apenas da categoria.

Embora os pediatras acreditem que o vínculo com a equipe de saúde da família é maior, algumas mães revelam que preferem a consulta com esse especialista, pois se sentem mais seguras com esse atendimento. Outras mães afirmaram que os papéis de cada profissional são diferentes, corroborando com a visão dos profissionais de que os atendimentos de cada categoria são complementares e que todos colaboram para que nenhum aspecto passe despercebido pela equipe.

6.4 Sobre a adesão das mães às consultas de puericultura

As mães e os profissionais apresentaram posições distintas sobre a adesão à puericultura. Nas entrevistas, uma pequena parte das mães admitiu faltas às consultas de acompanhamento. Já os profissionais relatam que as mães faltam muito às consultas agendadas. Nesse aspecto, algumas justificativas para as faltas às consultas foram semelhantes: esquecimento e horários inadequados.

A questão do trabalho não foi citada pelas mães entrevistadas como fator dificultador para comparecimento às consultas, embora os profissionais tenham dito que esse é um dos principais motivos do absenteísmo. Além disso, a distância da unidade e a falta de recursos financeiros não são citadas pelos profissionais como possíveis justificativas para as faltas, mas foram apresentadas pelas mães como impedimentos para comparecerem às consultas. Além disso, as mães consideram que, por serem mães, acabam sendo capazes de cuidar dos filhos, independentemente de qualquer coisa. Tal representação pode ser o fio condutor para uma maior maleabilidade das mães em relação à puericultura.

6.5 Sobre o acesso aos serviços de saúde da criança

As mães especificam algumas fragilidades das consultas de puericultura, como o atraso e a demora nos atendimentos, e a falta de atenção dos profissionais. Por outro lado, os profissionais citam como fatores dificultadores, o fato de que possuem régua antropométrica e balanças pediátricas em quantidades reduzidas. Dessa forma, precisam ir buscar os materiais para iniciar o procedimento, o que pode gerar os atrasos comentados pelas mães. Outra possível causa desses atrasos pode ser o número insuficiente de consultórios, também citado pelos profissionais que, muitas vezes, compartilham as salas.

A preocupação pela falta de pediatras nas unidades é comum tanto na fala dos profissionais quanto no discurso das mães. Para os profissionais essa ausência representa insegurança para a equipe que fica sem referência para discutir os casos e condutas. Para algumas mães, que ainda demonstram preferir o atendimento médico, principalmente do pediatra, significa um acompanhamento superficial da saúde infantil. Os profissionais acreditam que esse pode ser um dos motivos pelos quais as mães deixam de comparecer na unidade, em busca da puericultura. Na interpretação dos resultados, explicita-se que nos serviços nos quais se estabelece vínculo entre as mães e os profissionais, há maiores chances de adesão à puericultura, diminuindo-se os conflitos de acesso.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender representações, que são os pontos de vista construídos nas interações sociais sobre os diferentes objetos, de profissionais de saúde e de mães de crianças menores de dois anos sobre a consulta de puericultura, sua prática e importância, com o objetivo de desvelar aspectos da experiência dos atores que justificam a baixa média de atendimentos no município de Belo Horizonte.

Para isto foram realizados grupos focais com os profissionais e entrevistas com as mães, analisando as representações desses sujeitos sobre todo o processo da puericultura, desde o agendamento das consultas, os meios e modos de realização pelas diferentes categorias profissionais, até a resolubilidade, acesso aos serviços (aspectos facilitadores e dificultadores), adesão das mães e capacitação profissional.

Os profissionais de saúde possuem representações coerentes com a proposta do Ministério da Saúde sobre a puericultura e seus objetivos. Consideram que esta consulta é uma oportunidade para detecção precoce de alterações no crescimento e desenvolvimento infantil, para realizar intervenções imediatas. No entanto, uma das reclamações apresentadas pelas mães foi a demora no encaminhamento para especialistas quando alguma alteração é encontrada. Os fluxos de encaminhamentos precisam ser bem definidos e discutidos entre a equipe multidisciplinar, para que o objetivo da puericultura seja cumprido e, dessa forma, todo o potencial da criança seja estimulado, mesmo que a cura não seja alcançada completamente.

Os grupos compreendem que os dois primeiros anos de vida da criança são a fase mais crítica e a consulta pode ser utilizada como instrumento de prevenção de agravos e de promoção à saúde. Quando encontram erros na amamentação (postura, técnica), cartões de vacina em atraso, crianças com sobrepeso ou desnutrição, por exemplo, os profissionais têm a oportunidade de orientar e estabelecer ações imediatas. Assim, eles atuam favorecendo a saúde da criança, pois podem contribuir para a prevenção das doenças imunopreveníveis, melhorar a qualidade de vida com orientações sobre alimentação saudável e aleitamento materno, trazendo impactos às taxas de morbimortalidade infantil.

As mães, embora não reconheçam o termo “puericultura”, apresentaram alguns conceitos sobre esse acompanhamento da criança. Consideram a consulta como uma oportunidade de acompanharem o crescimento e desenvolvimento dos filhos, um meio de prevenir problemas mais graves e para receber orientações e esclarecer dúvidas. Embora tais reflexões sejam apresentadas mais superficialmente, acredita-se que as mães estão melhor orientadas sobre a puericultura e seus objetivos do que os profissionais imaginavam, uma vez que eles associaram a baixa adesão às consultas à falta de conhecimento da importância da puericultura.

Os grupos revelaram que o atendimento à puericultura é um dos poucos momentos em que os profissionais se veem cumprindo os objetivos do programa saúde da família. Percebe-se que eles se sentem sobrecarregados e desgastados com o alto número de atendimentos da demanda espontânea e afirmam que a atenção primária não é valorizada. Discutem que as unidades básicas têm se tornado “mini UPAS” e que as atividades programadas (puericultura, pré-natal, grupos operativos) tornaram-se secundárias em relação ao atendimento de pacientes com

queixas agudas.

Esse discurso é reforçado nas representações das mães que, quando questionadas sobre os principais motivos para a busca por atendimento na unidade, responderam que levam seus filhos principalmente quando eles estão doentes, em busca de consulta médica. Poucas mães citaram a puericultura ou a vacinação das crianças como motivos para comparecerem às unidades, apontando a permanência do modelo curativista e médico-centralizado nas representações sobre assistência à saúde. Os profissionais também reforçam que a presença das mães às consultas de puericultura é maior quando a criança está com queixas ou apresenta alguma alteração no crescimento ou desenvolvimento.

Os profissionais acreditam que é preciso existir equilíbrio entre os níveis de atenção à saúde, mas que isso depende de uma administração pública consciente do funcionamento das redes de atenção, das prioridades dos governantes, da organização da gestão interna de cada unidade e, principalmente, da conscientização da população sobre o papel da atenção primária.

A proposta da PBH é que o atendimento de demanda espontânea coexista com a demanda programada e não se sobreponha a ela. É legítimo que o acolhimento, com escuta qualificada tanto de pacientes com queixas ou não, ocorra nas unidades básicas, uma vez que grande parte das demandas desses usuários pode e é satisfeita na atenção primária. Porém, a grande preocupação é que esse nível de atenção se reduza a um pronto atendimento de modo que o acolhimento seja realizado apenas para atender à uma queixa e estabelecer uma conduta. Dessa forma, gestores, administradores, políticos, profissionais e população precisam discutir e apresentar propostas que equilibrem esse sistema, para que o atendimento e a qualidade dos serviços não sejam prejudicados.

Sobre o fluxo de atendimento à saúde da criança, o estudo mostrou que o agendamento das consultas de puericultura é realizado de acordo com o protocolo da PBH, mas existem algumas dificuldades para o acesso aos serviços. Os profissionais citam que a alta responsável não é realizada pelas Maternidades para todas as crianças, apenas para as que apresentaram alguma intercorrência no nascimento ou as que possuem algum fator de risco. Isto pode prejudicar a captação dos recém-nascidos, pois as mães deixariam a maternidade já com a consulta agendada na unidade básica, independente de uma condição ou não de risco.

As mães relataram dificuldades no agendamento, citando horários

inadequados, falta de pediatras, problemas para reagendar consultas perdidas e atrasos constantes. Afirmam que preferem sair da consulta já sabendo a data da próxima, evitando que elas voltem à unidade para realizar agendamentos. Assim, percebe-se que tanto para as mães, como para os profissionais, o ideal é que as crianças tenham, ainda no atendimento de puericultura, a próxima consulta agendada, evitando idas desnecessárias ao acolhimento, o que aumentaria a demanda espontânea dos profissionais. Além disso, este agendamento prévio traz mais segurança e comodidade para as mães, pois estas poderão se programar com antecedência, o que pode aumentar a adesão às consultas.

Outro ponto primordial para a captação dos recém-nascidos e facilitador da puericultura foi a realização do 5º dia pelas equipes de saúde. Os profissionais asseguram que quando essa ação não é realizada, os agendamentos não são feitos em tempo adequado, o que pode prejudicar o restante do calendário de puericultura daquela criança. É importante citar, ainda, que a realização adequada do 5º dia poderia contribuir de forma significativa para a redução de um dos componentes da taxa de mortalidade infantil que ainda representa um desafio para a saúde da criança: a taxa de mortalidade neonatal precoce (de zero a seis dias de vida).

O ideal é que assim que a criança chegue em seu domicílio, a equipe de saúde realize, por meio de visita domiciliar, a avaliação da mãe e do bebê, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde. A visita domiciliar amplia a capacidade de atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e identificação de necessidades especiais, mas ficou explicitado que apenas os agentes comunitários de saúde fazem essa visita e a avaliação da criança só é feita na ação do 5º dia.

A pesquisa também mostrou que uma das diferenças entre as unidades com altas e baixas médias de puericultura é que o fluxo do 5º dia era bem estruturado e definido nas unidades com médias maiores de atendimentos. Nestas, os profissionais demonstraram conhecer o fluxo e disseram que ele era padronizado entre as equipes. Contudo, os profissionais não deixam claro quais os passos do 5º dia são seguidos por eles, dando a entender que eles priorizam apenas o agendamento, para vincular a criança ao programa de puericultura. Eles não especificam se uma avaliação física do recém-nascido e da mãe são realizadas, o que seria fundamental para evitar tanto a mortalidade neonatal quanto as complicações tardias do puerpério e mortalidade materna.

Sabendo disso, gestores e profissionais precisam discutir de forma eficiente e

estabelecer os fluxos da ação do 5º dia nas unidades de saúde em que isto ainda não está estruturado. Além disso, devem revisar os passos do “Quinto Dia Saúde Integral” verificando as ações que precisam ser realizadas tanto com o bebê quanto com a mãe. É necessário, também, verificar os entraves para a realização das visitas domiciliares na primeira semana de vida por enfermeiros ou generalistas, de forma a viabilizar esse processo, trazendo benefícios para a saúde materno-infantil.

A baixa adesão das mães ao programa de puericultura é citada pelos profissionais, pois a partir do acompanhamento e buscas ativas realizadas pelos agentes de saúde, eles percebem que nem sempre as mães apresentam justificativas plausíveis para as faltas às consultas. As mães citam o esquecimento, a falta de recursos financeiros e a distância da unidade como principais justificativas para a perda das consultas.

Os profissionais acreditam que a baixa adesão esteja relacionada a falta de conhecimento das mães sobre a importância da puericultura, desinteresse, esquecimento, horários inadequados ou ao trabalho. Esses motivos devem ser avaliados pelas equipes para estabelecer estratégias que auxiliem as mães à comparecerem às consultas, como a flexibilidade de horários e agenda, principalmente após o 4º ou 6º mês de vida da criança, quando os profissionais alegam que a adesão às consultas diminuem substancialmente. Eles acreditam que essa diminuição esteja associada ao término da licença maternidade e que, neste momento, as orientações sobre os cuidados com alimentação complementar são primordiais para a saúde da criança.

O atendimento prestado pelos profissionais durante a consulta de puericultura é citado como uma avaliação integral em que são realizados anamnese, exame físico, aferição das medidas antropométricas, do desenvolvimento, avaliação da alimentação e do estado vacinal, além de orientações e esclarecimento de dúvidas. E isso por todas as categorias profissionais (médico, enfermeiro e pediatra). As mães também confirmam essa conduta e dizem que a maioria dos profissionais avaliam tudo, considerando boas as consultas oferecidas.

A diferença entre as categorias foi relatada pelos grupos no sentido de que o enfermeiro consegue abordar, ainda, os aspectos sociais e familiares, como situações de vulnerabilidade social, violência, drogadicção, gastando mais tempo em ouvir a mãe. Apesar disso, quando as mães conseguem diferenciar o atendimento das categorias, algumas dizem se sentir mais seguras com o atendimento do médico,

principalmente do pediatra, subsidiando a representação ainda hegemônica da classe médica no centro da assistência.

Outro fato semelhante nos discursos dos profissionais e das mães é que ambos os grupos consideram que uma boa consulta de puericultura depende de boa vontade profissional, debatendo sobre o perfil profissional. Alguns participantes admitiram que puericultura não é o que mais gostam de atender, mas disseram fazer como deve ser feito. Eles também relatam que as mães são exigentes e que, caso não gostem do atendimento de determinado profissional, não desejam mais atendimento com ele ou faltam às consultas, o que também pode estar relacionado à baixa adesão. De fato, ficou claro que uma boa interação entre o profissional e a mãe, na puericultura, contribui para maior adesão e um acompanhamento mais eficaz.

Os grupos também revelaram que alguns profissionais, principalmente os pertencentes às unidades com baixas médias de atendimento, não se sentem capacitados para atender crianças. Segundo eles, os treinamentos são raros e eles encontram dificuldades sobretudo na assistência a crianças com algum fator de risco. Considerando que os menores de dois anos são parte da população de condição prioritária nas unidades básicas de saúde e sabendo que, segundo a política de educação permanente, é responsabilidade dos municípios oferecer capacitação, é essencial que a PBH, a partir dos núcleos de educação ou de parcerias com instituições, se organizem para atender a essa demanda dos profissionais e oferecer às crianças uma atenção cada vez mais qualificada.

Outra responsabilidade da secretaria municipal de saúde é promover os recursos materiais, estruturais e humanos necessários para o atendimento de qualidade nas unidades de saúde. Segundo os profissionais, um dos dificultadores da puericultura é a falta de consultórios e muitos precisam revezar entre os colegas para realizar o atendimento, que muitas vezes é realizado às pressas, para não gerar atrasos nas consultas, uma reclamação recorrente das mães. A falta de régua antropométrica e de balanças pediátricas de boa qualidade e em número suficiente, também são citadas como entraves importantes para o bom andamento da puericultura.

Em todas as unidades de saúde foi citada a importância do profissional pediatra para uma puericultura de qualidade. Das quatro unidades que possuíam pediatras, os profissionais acreditam que um profissional é insuficiente para a demanda e nas unidades que não havia pediatra, essa categoria é considerada

fundamental não apenas para a grade de consultas, mas para discutir casos, esclarecer dúvidas, trazendo maior segurança para a equipe.

A pesquisa conseguiu revelar alguns aspectos objetivos e subjetivos que podem influenciar as médias de atendimento de puericultura nas unidades de saúde. Verificou-se que esse procedimento apresenta diversos fatores envolvidos em sua execução, que começam na captação dos recém-nascidos, no agendamento da consulta e vinculação da criança ao programa, perpassando pelo perfil e envolvimento dos profissionais, e a estrutura material e física que possuem. Envolve também outro sujeito primordial para que a consulta ocorra, a mãe, que traz consigo suas percepções de saúde e doença, com conhecimentos e valores próprios, condições de trabalho, de vida, a empatia ou não com os profissionais.

Embora a ação do quinto dia tenha se revelado como primordial para a captação precoce dos recém-nascidos e como instrumento de prevenção da mortalidade neonatal precoce ou de possíveis internações, as mães não reconheceram esta ação em seus discursos.

Os resultados mostraram ainda que alguns profissionais realizam a consulta da mesma forma, em todas as categorias, e oferecem uma consulta sem inovação, que não desperta o interesse da mãe em participar e levar o seu filho. Com a praticidade da busca por informações de “saúde”, o desafio para os profissionais torna-se ainda maior.

E quanto à persistência do modelo biomédico, pode-se questionar: como tem sido a formação dos profissionais de saúde? As bases teóricas e práticas ainda são médico-centradas? A qualificação desses profissionais precisa ser revista, atualizada, refletida, pois a atitude e postura desses profissionais nas unidades, pode mudar a visão da população sobre o processo saúde-doença.

Espera-se que esse estudo contribua para a promoção de discussões nas unidades de saúde, entre profissionais e gestores, para viabilizar estratégias que favoreçam a puericultura, considerando as fragilidades aqui apresentadas nos fluxos e processos de trabalho, o que poderá contribuir de forma significativa para a melhoria da captação dos recém-nascidos e da frequência das mães à puericultura. Além disso, sugere-se que a Secretaria Municipal de Saúde discuta parcerias e organize capacitações sobre saúde da criança, atendendo à demanda dos profissionais, com o objetivo de oferecer uma atenção qualificada às crianças. Dessa forma, poderemos

contribuir para que as crianças desenvolvam todo o seu potencial e cresçam mais saudáveis.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, PVB. ZANOLLI, ML. O papel do pediatra no PSF - Paidéia de Campinas (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v.16, Supl. 1, p.1479-1488, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a83v16s1.pdf>>. Acesso em 13 de fev de 2017.

ALVES, C.R.L; VIANA, M.R.A. **Saúde da família**: cuidando de crianças e adolescentes. 2ª ed. Belo Horizonte: COOPMED, 2006.

AMARAL, LIX; SALES, SS; CARVALHO, DPSRP; CRUZ, GK; AZEVEDO, IC; FERREIRA JUNIOR, MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. **Revista Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.36, n. especial, p. 127-134, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v36nspe/0102-6933-rngenf-36-spe-0127.pdf>>. Acesso em 20 de abr de 2017.

ARAUJO, OD; CUNHA, AL; LUSTOSA, LR; NERY, IS; MENDONÇA, RCM; CAMPELO, SMA. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.61, n.4, p.488-492, jul-ago, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/15.pdf>>. Acesso em 20 de mar de 2017.

ARAUJO, RMA; ALMEIDA, JAG. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.20, n.4, p.431-438, jul-ago., 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n4/10.pdf>>. Acesso em 6 de fev de 2017.

ÁRIES, P. **História social da criança e da família**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos, 1981, 280p.

ASSIS, LCF; VERISSIMO, MLOR. Expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças na consulta de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum**, São Paulo, v.20, n.2, p.317-329, ago, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n2/14.pdf>>. Acesso em 21 de mar de 2017.

ASSIS, WD; COLLET, N; REICHERT, APS; SÁ, LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, n.64, v.1, p.38-46, jan-fev, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a06.pdf>>. Acesso em 5 de fev de 2017.

BARTHES, T. **A aventura semiótica**. Tradução Mário Laranjeira. São Paulo: M. Fontes, 2001. 339 p.

BENICIO, AL; SANTANA, MDR; BEZERRA, IMP; SANTOS, RR. Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação enfermeiro na puericultura. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, n.10, v.2, p.576-584, fev, 2016. Disponível em:

<<file:///C:/Users/pr106306/Downloads/7095-82468-1-PB.pdf>>. Acesso em 22 de fev de 2017.

BETTIOL, H. A demanda por um novo pediatra. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p. 328-336, 2010. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/8089/art_BETTIOL_A_demanda_por_um_novo_pediatra_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 20 de abr de 2017.

BLANCHET, A.; GOTMAN, A. **L'enquête et ses méthodes: l'entretien**. Paris: Armand Colin, 2007.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.79, s.1, s13-s22, 2003. Disponível em: <[http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)094.pdf](http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)094.pdf)>. Acesso em 8 de fev de 2017.

BONILHA, L.R.C.M; RIVORÊDO, C.R.S. Puericultura: duas concepções distintas. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.81, n.3, p.7-13, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3997/399738087005.pdf>>. Acesso em 26 de fev de 2016.

BOTASSO, KC; CARVALHEIRO, MTP, LIMA, MCMP. Avaliação de um programa de acompanhamento de lactentes sob a óptica da família. **Revista CEFAC**, Campinas, v.15. n.2, p.374-381, mar-abr, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169326445014>>. Acesso em 09 de fev de 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde**. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde; 1997. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 15 de mai de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: cartas e declarações das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde**. Brasília, 2001. 55p.

_____. 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, 2004a, 80 p.

_____. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004b. 48p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 648 de 28 de março de 2006 - Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 96p.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009b, 200 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009c, 108p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em 01 de mai de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p.

_____. 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, 2012a. 272p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo - anexo** / Ficha de qualificação dos indicadores. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site_anexo.pdf>. Acesso em 20 de jan de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2761, de 19 de Novembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html>. Acesso em 14 de jul de 2016.

_____. **CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA - VOLUME I**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 56 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**: "Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos". Diário Oficial da União nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013c – Seção 1 – Página 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 15 de mai de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança: menino. Brasília, 2013d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf>. Acesso em 21 de jul de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1130, de 5 de Agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em 10 de fev de 2016.

_____. **PODER EXECUTIVO - LEI Nº 13.257 DE 08.03.2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm>. Acesso em 20 de abr 2017.

BUSEY, S; SCHUM, TR; MEURER, JR. Parental perceptions of well-child care visits in an inner-city clinic. **Arch Pediatr Adolesc Med**, Milwaukee, v. 156, n.1, p. 62-67, 2002. Disponível em: <<file:///C:/Users/Pr106306/Downloads/POA10076.pdf>>. Acesso em 11 de fev de 2017.

CAMPOS, RMC; RIBEIRO, CA; SILVA, CV. SAPAROLLI, ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.45, n.3, p.566-574, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

CANIELLO, M. Identidade e qualidade de vida nos Territórios da Cidadania. **Sociologias [online]**, Porto Alegre, v.18, n.43, p.300-334, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/v18n43/1517-4522-soc-18-43-00300.pdf>>. Acesso em 06 de mai de 2017.

CARDOSO, LO; VICENTE, AST; DAMIÃO, JJ; RITO, RVVF. Impacto da implementação da Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.84, n.2, p. 147-153, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n2/v84n2a10.pdf>>. Acesso em 28

de abr de 2017.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec; 2010. 178p.

COSTA, A. J. L.; KATE, P. L.; VERMELHO, L.L. **Indicadores de saúde**. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. cap 3, p. 31-82.

CRISTO, LMO; ARAUJO, TCCF. Comunicação em saúde da criança: estudo sobre a percepção de pediatras em diferentes níveis assistenciais. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 59-68, jan-jun. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n1/v5n1a09.pdf>>. Acesso em 28 de abr de 2017.

CUNHA, AJLA; LEITE, AJM; ALMEIDA, IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v.9, n.6, ss1, S44-S51, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n6s1/0021-7557-jped-91-06-s1-0s44.pdf>>. Acesso em 15 de mai de 2017.

DAMASCENO, SS; NOBREGA, VM; COUTINHO, SED; REICHERT, APS; TOSO, BRGO; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.9, p. 2961-2973, set, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n9/1413-8123-csc-21-09-2961.pdf>>. Acesso em 22 de mar de 2017.

DALL'AGNOL, CM; MAGALHÃES, AMM; MANO, GCM; OLSCHOWSKY, A; SILVA, FP. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v1, n.33, p186-190, mar, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a24v33n1.pdf>>. Acesso em 07 de mai de 2017.

DEL CIAMPO, L.A, et al. O Programa Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.739-743, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf>. Acesso em 26 de fev de 2016.

DEMAZIÈRE, D.; DUBAR, C. **Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion**. Paris: Nathan, Coll. Essais & recherches, 1997. 350 p.

DEMAZIÈRE, D. L'entretien biographique comme interaction: négociations, contre-interprétations, ajustements de sens. **Langage et société**. v. 1, n. 123, p. 15-35, 2008.

DESLANDES, SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.7-17, 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>>. Acesso em 11 de fev de 2017.

_____. **Livro das famílias: conversando sobre a vida e sobre os filhos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005, 80p.

DINKEVICH, E; OZUAH, PO. Well-child care: effectiveness of current recommendations. **Clin Pediatr**, Philadelphia, v.41, n.4, p.211-217, 2002. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/000992280204100403>>. Acesso em 17 de mar 2017.

DOMINGUES, RMS; VIELLAS, EF; DIAS, MAB; TORRES, JA; THEME-FILHA, MM; GAMA, SGN; LEAL, MC. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, n.37, v.3, p.140-147, 2015. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/9248/v37n3a03.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 06 de mai de 2017.

EBC. Banco Mundial atualiza valor da linha de pobreza para US 1,90 por dia. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/cidadania/2015/10/banco-mundial-atualiza-valor-da-linha-da-pobreza-para-us-190-por-dia>>. Acesso em 17 de mar de 2017.

FACCHINI, L. A; GARCIA, L.P. Evolução e avanços da Saúde da Família e os 20 anos do Sistema Único de Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos do SUS**. Brasília, 2009. Parte I, Cap. 1, p. 39-62.

FALEIROS, JJ; KALIL, G; CASARIN, DP; LAQUE JUNIOR, PA; SANTOS, IS. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.482-489, mar-abr, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/14.pdf>>. Acesso em: 12 de fev de 2017.

FERNANDÉZ, SB; VIZCAYA-MORENO, MF; PÉREZ-CAÑAVERAS, RMP. Percepción de la transición a la maternidad: estudio fenomenológico en la provincia de Barcelona. **Rev Aten Primaria**, Barcelona, v. 45, n.8, p. 409-417, out, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713001315>>. Acesso em 29 de mar de 2017.

FIGUEREDO, SF; MATTAR, MJG; ABRÃO, ACFV. Iniciativa Hospital Amigo da Criança – uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.25, n.3, p. 459-463, jun-ago, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n3/v25n3a22.pdf>>. Acesso em 12 de abr 2017.

FLORES-PEÑA, Y; ORTIZ-FÉLIX, RE; CÁRDENAS-VILLARREAL, VM. Percepções maternas do cuidado à criança sadia. **Rev Latino-Am Enfermagem**, n.20, v.2, p. 1-7, mar-abr, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_09.pdf>. Acesso em 13 de mai de 2017.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>. Acesso em 23 de fev de 2016.

FONTENELE, FC; PAGLIUCA, LMF; CARDOSO, MVLM. Cuidados com a pele do recém-nascido. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.480-485, jul-set, 2012.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/08.pdf>>. Acesso em 29 de abr de 2017.

FREIRE, M.M.D.L. **Vidas desperdiçadas: a puericultura no discurso da OMS** (tese de mestrado). Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.

FRIAS, P.G; MULLACHERY, P.H; GIUGLIANI, E.R.J. **Políticas de saúde direcionadas às criança brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos do SUS. Brasília, 2009. Parte I, Cap 3, p. 85-110.

GAIVA, MAM; MANDU, ENT. **Promoção da saúde infantil**. In: Gaiva MAM, organizadora. Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros (as). Cuiabá: EdUFMT, 2006. p. 29-41.

GIAMI, A.; VEIL, C. **Enfermeiras Frente à AIDS, Representações e Condutas, Permanência e Mudanças**. Canoas: Editora da ULBRA/Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, 1997. 333p.

GOMES, R; MENDONCA, E.A; PONTES, M.L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cad. Saúde Pública [online]**. v.18, n.5, p. 1207-1214, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10993.pdf>>. Acesso em 10 de set de 2015.

GUALTERIO, DP; IRALA, DA; CEZAR-VAZ, MR. Puericultura em enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.65, n.3, p.508-513, mai-jun, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a17.pdf>>. Acesso em 20 de fev de 2017.

GUSSON, ACT; LOPES, JC. Pediatria no século 21: uma especialidade em perigo. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 28, n.1, p.115-120, mar, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038932018>>. Acesso em 20 de fev de 2017.

HAGGERTY, RJ. Risks and protective factors in childhood illness. In: GREEN, M; HAGGERTY,RJ; WEITZMAN, M. Ambulatory pediatrics. 5a ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p.6-8.

HERZLICH, C. A Problemática da Representação Social e sua utilidade no campo da doença. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento):57-70, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>>. Acesso em 10 de setde 2015.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Síntese de indicadores sociais 2010: uma análise das condições de vida da população Brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [internet]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pa&tema=sis_2010. Acesso em 20 de out de 2015.

KRAMER, S. **Por entre as pedras: arma e sonho na escola**. 3a. Ed. São Paulo: Editora Ática, 2002. 213p.

KEBIAN, LVA; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v.16, n.1, p.161-169, jan-mar, 2014. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf>. Acesso em 15 de mai de 2017.

LALONDE, M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974. Disponível em: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>. Acesso em 27 de abr de 2016.

LANA, ANO. **A Implantação do Fichário Rotativo para Organização da Agenda do Hiperdia: relato de experiência**. 2012, 28f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3810.pdf>>. Acesso em 22 de jul de 2017.

LANSKY, S. et al. Evolução da mortalidade infantil no Brasil - 1980 a 2005. A mortalidade Infantil: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos do SUS**. Brasília, 2009. Parte II, Cap. 1, p. 239-266.

LOUREIRO, FM; SILVA, JANF; QUITÉRIO, MMSL; CHAREPE, ZB. Observação participada da consulta de enfermagem da saúde infantil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.6, p.1294-1299, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/02.pdf>>. Acesso em 15 de mai de 2017.

MASSIMO, E.A.L. **Construções sociais e subjetivas de risco e promoção da saúde em doenças crônicas não transmissíveis sob a ótica da população de Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2013. 235 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MACHADO, D. **Higiene mental**. In: Marcondes E; Vaz FAC; Ramos JLA; Okay Y. *Pediatria Básica*. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 98-107.

MALAQUIAS, TSM; GAÍVA, MAM; HIGARASHI, IH. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre, v.36, n.1, p. 62-68, mar, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/pt_1983-1447-rgenf-36-01-00062.pdf>. Acesso em 10 de fev de 2017.

MALTA, D.C; DUARTE, E.C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 765-776. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/27.pdf>>. Acesso em 26 de set de 2015.

MARTINIANO, CS; SOUZA, FF; MARCOLINO, EC; DINIZ, BLPS; GUIMARÃES,

MGC; ALMEIDA, DR. Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança-cuidador na atenção básica. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v.15, n.1, p. 40-48, jan-mar, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027950008.pdf>>. Acesso em 18 de fev de 2017.

MASSIMO, E.A.L.; SOUZA, H.N.F.; FREITAS, M.I.F. Chronic non-communicable diseases, risk and health promotion: social construction of Vigitel participants. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 679-688, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00679.pdf>>. Acesso em 8 de dez 2015.

MELLO, D.F; TONETE, V.L.P; SILVA, M.A.I. Atenção básica à saúde da criança. In: FUJIMORE, E. OHARA, CVS - organizadores. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri, SP - Manole, 2009. Cap. 3, p.44-60.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília (DF): OPAS, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em 29 de mar de 2017.

MENDES, R.T. **Trabalho e doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos centros de saúde [tese]**. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 1996.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2008, 224p.

MINAYO, M.C.S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. IN: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVTIH, S. **Textos em representações sociais**. Petrópolis, Vozes, 1994. p 89-111.

MOITA, KMT; QUEIROZ, MVO. Puericultura: concepções e prática do enfermeiro no Programa Saúde da Família. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.6, n1, p. 9-19, jan./abril, 2005. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027950008.pdf>>. Acesso em 18 de fev de 2017.

MONTEIRO, AI; MACEDO, IP; SANTOS, ADB, ARAÚJO, WM. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **Rev RENE**, Fortaleza, n.12, v.1, p. 73-80, jan-mar, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n1_pdf/a10v12n1.pdf>. Acesso em 17 de mar de 2017.

MONTESCHIO, CAC; GAIVA, MAM; MOREIRA, MDS. O enfermeiro frente ao desmame precoce na consulta de enfermagem à criança. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.68, n.5, p.869-875, set-out, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n5/0034-7167-reben-68-05-0869.pdf>>. Acesso em 15 de mai de 2017.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. 16. London: Sage Publications, 1997.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NETO, F.R.G.X, et al. Por que eu não levo meu filho a consulta de puericultura. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** São Paulo, v.10, n.2, p.51-59, dez, 2010. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/128-por-que-eu-no-levo-meu-filho-para-a-consulta-de-puericultura.html>>. Acesso em 16 de fev de 2016.

NOVAES, H.M.D. **A Puericultura em questão**. Dissertação (mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.

ONU. Organização das Nações Unidas. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em 18 de jul de 2017. 49p.

OLIVEIRA, A; MAIA, EMC; ALCHIERI, JC. O que dizem as mães sobre a relação mãe e bebê? **Rev Enferm UFPE online**, Recife, n.10, v.9, p. 3212-3222, set, 2016. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9620/pdf_10943>. Acesso em 13 de mai de 2017.

OLIVEIRA, F.F.S., et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.14, n.4, p.694-703, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324028459005.pdf>>. Acesso em 16 de fev de 2016.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Series 1, p. 11-31, Amsterdam: Elsevier, 2011. Disponível em: <<http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>>. Acesso em 06 de mai de 2017.

PAVONI, DS; MEDEIROS, CRG. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.2, p. 265-271, mar-abr, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>>. Acesso em 15 de fev de 2017.

PEDROSA, ICF; CORRÊA, ACP; MANDÚ, ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, Cuiabá, v.10, n.1, p.58-65, Jan/Mar, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/Pr106306/Downloads/13288-59296-1-PB.pdf>>. Acesso em 15 de fev de 2017.

PEREIRA, I.C.; OLIVEIRA, M.A.C. **Atenção primária, promoção da saúde e o Sistema Único de Saúde: um diálogo necessário**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. 109p. Disponível em:

<http://www.ee.usp.br/publicacoes/pdf/livro_atencao_primaria.pdf>. Acesso em 27 de abr de 2016.

PEREIRA-SANTOS, M; SANTANA, MS; OLIVEIRA, DS et al. Prevalência e fatores associados à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: metanálise de estudos epidemiológicos brasileiros. **Rev Bras Saúde Matern. Infantil**, Recife, v.17, n.1, p.69-78, jan-mar, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v17n1/pt_1519-3829-rbsmi-17-01-0059.pdf>. Acesso em 15 de mai de 2017.

PICCINI, RX; FACCHINI, LA; TOMASI, E; THUMÉ, E; SILVEIRA, DS; SIQUEIRA, FV; RODRIGUES, MA; PANIZ, VV; TEIXEIRA, VA. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **REV. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.7, n.1, p.75-82, jan-mar, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a09v07n1.pdf>>. Acesso em 10 de fev de 2017.

POPE, C.; MAYS, N. (org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução. Anany Porto Fajardo. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 172p.

PNUD – **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>> e <<http://www.pnud.org.br/ODM4.aspx>>. Acesso em 23 de nov de 2015.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção à Criança. Gerência de Assistência. **BH Viva Criança. Compromisso com a assistência integral à saúde da criança e do adolescente**. Belo Horizonte, 2004, 192p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Atenção à Criança. Gerência de Assistência. **BH Viva Criança. Compromisso com a assistência integral à saúde da criança e do adolescente**. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwi_5-aAIZvVAhVJgpAKHcveAnMQFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fportalpbh.pbh.gov.br%2Fpbh%2Fecp%2Ffiles.do%3Fevento%3Ddownload%26urlArqPlc%3Dagenda_crianca_revisao2009.pdf&usq=AFQjCNEcqJ_faOxEvkewD2mkUSooiAn-gQ>. Acesso em 21 de jul de 2017.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014/2017**. Belo Horizonte, 2014a. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwitqvCV593TAhWGUZAKHbLCD0UQFggiMAA&url=http%3A%2F%2Fportalpbh.pbh.gov.br%2Fpbh%2Fecp%2Ffiles.do%3Fevento%3Ddownload%26urlArqPlc%3Dpms_2014_2017.pdf&usq=AFQjCNGJUqB9H727iu1i2sYT5m_yLLsvfA&sig2=2ELIAknmrvtHfGRiTn584Q>. Acesso em 20 de fev de 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Demanda espontânea na atenção primária à saúde em Belo Horizonte**. Recomendações para organização do processo de trabalho no nível local. Belo Horizonte, 2014b, 60p.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Mais saúde sempre**. Belo Horizonte, 2015. Disponível em: http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=saude&tax=7480&lang=pt_BR&pg=5571&taxp=0&. Acesso em 20 de set de 2015.

_____. **Portal PBH**, Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/estrutura-de-governo/saude>>. Acesso em 07 de mai de 2017.

REIS, S.L.A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum**. Human and Social Sciences. Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4025/actascihumansoc.v33i2.10256>>. Acesso em 28 de dez de 2016.

RIBEIRO, EM; PIRES, D; BLANK, VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, mar-abr, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/11.pdf>>. Acesso em 12 de fev de 2017.

ROCHA, J.M. Introdução da história da puericultura e pediatria no Brasil. In: AGUIAR, A.; MARTINS, R.M. **História da Pediatria Brasileira**. Coletânea de textos e depoimentos. Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Reproarte Gráfica e Editora Ltda, 1996. p 85-123.

ROCHA, ACD; SOUSA, CPC; QUEIROZ, D; FIGUEROA PEDRAZA, D. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **RAS**, São Paulo, v.14, n.54, p abr-jun, 2012. Disponível em: <www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=276&p_nanexo=321>. Acesso em: 27 de abr de 2017.

ROMANI, SAM; LIRA, PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.4, n.1, p.15-23, jan-mar, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19978.pdf>>. Acesso em 29 de abr de 2017.

SANTOS, JN; MACHADO, NA; SOUZA, LM; SOUZA, NRM. Fatores associados à procura por serviços de saúde de crianças mineiras menores de oito anos de idade. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.22, n.1, p. 39-47, jan-mar, 2012. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/124>>. Acesso em 21 de mar de 2017.

SANTOS, MEA; QUINTÃO, NT; ALMEIDA, RX. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Esc. Anna Nery**. 2010, n14, v3, p591-598. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a22.pdf>>. Acesso em 27 de abr de 2017.

SANTOS-NETO, ET.; ALVES, KCG, ZORZAL, M.; LIMA, RCD. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc**. São Paulo, n.17, v.2, p.107-119, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>>. Acesso em: 4 de jan de 2017.

SANTOS, NCCB; TOSO, BRGO; COLLET, N; REICHERT, APS. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. **Acta Paul Enferm**, v.29, n.6, p. 610-617, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v29n6/1982-0194-ape-29-06-0610.pdf>>. Acesso em 17 de mai de 2015.

SANTOS, R.C.K.; RESENGUE, R; PUCCINI, RF. Childcare and Children's healthcare: historical factors and challenges. **Journal of Human Growth and Development**, v.22, n.2, p.160-165, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n2/pt_06.pdf>. Acesso em 26 de fev de 2016.

SCHIMITH, MD; LIMA, MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov-dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em 11 de fev de 2017.

SILVA, ACN. **5º Dia Saúde Integral como estratégia para a promoção e prevenção da saúde: a avaliação pela equipe de saúde da família**. 2010, 30f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2432.pdf>>. Acesso em 02 de fev de 2016.

SILVA, KL; SENA, RR; GRILLO, MJC; HORTA, NC; PRADO, PMC. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v.62, n.1, p. 86-91, jan-fev, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/13.pdf>>. Acesso em: 09 de fev de 2017.

SILVA, LLB; FELICIANO, KVO; OLIVEIRA, LNFP; PEDROSA, EM; CORRÊA, MSM, SOUZA, AI. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da "Primeira Semana de Saúde Integral". **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 37, n.3, p.1-8, set., 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160359248.pdf>>. Acesso em: 10 de fev de 2017.

SILVA, RMM; VIERA, CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.67, n.5, p. 794-802, set-out, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0794.pdf>>. Acesso em 18 de mar de 2017.

SILVA, R.M.M., et al. A integralidade na assistência à saúde da criança na visão dos cuidadores. **Saúde debate [online]**, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p. 718-729, jul-set, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n106/0103-1104-sdeb-39-106-00718.pdf>>. Acesso em 15 de mai de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Mães querem pediatra atendendo seus filhos. **SBP Notícias** - periódico na Internet, 2006. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/show>>. Acesso em: 19 de fev de 2017.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.65, n.5, p.795-802, set-out, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267025266012>>. Acesso em 10 de mar de 2015.

STAKE, R.E. **Pesquisa Qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Artmed, 2011. 263p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em 29 de mar de 2012.

TESSER, CD; POLI NETO, P; CAMPOS, GS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000900036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 27 de fev de 2017.

TRAPE, C.A.; FUJIMORE, E.; BERTOLOZZI, M.R. O sistema único de saúde e as políticas de atenção à saúde da criança. IN: FUJIMORE, E. OHARA, CVS. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri, SP - Manole, 2009. Cap. 2, p.25-43.

TUMAINI, R.C., et al. Well-Child Care Clinical Practice Redesign for Young Children: A Systematic Review of Strategies and Tools. **Pediatrics**. V. 131, Supl. 1, March. Illinois, 2013.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Leves & trends in child mortality**. Report 2015. New York: United Nations Children's Fund, 2015. 34p.

VASCONCELOS, V.M; FROTA, M.A; MARTINS, M.C; MACHADO, M.M.T. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.326-331, abr-jun, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/17.pdf>>. Acesso em 28 de mar de 2017.

VEIGA, L. GONDIM, S.M.G. A utilização de métodos qualitativos na ciência política e no marketing político. **Opinião Pública**. Campinas, v.VII, n.1, p.1-15, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/op/v7n1/16930.pdf>>. Acesso 26 de set de 2016.

VIEIRA, VCL; FERNANDES, CA; DEMITTO, MO; BERCINI, LO; SCOCHI, MJ; MARCON, SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v.17, n.1, p119-125, jan-mar, 2012. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/26384/17577>>. Acesso em 20 de abr 2017.

VIEIRA, SA; MAGALHÃES, TCA; RIBEIRO, AQ; PRIORE, SE; FRANCESCHINI, SCC; SANT'ANA, LFR. Fatores associados às velocidades de ganho de peso e de

comprimento nos primeiros seis meses de vida. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n.3, p. 309-315, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2015nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030055.pdf>>. Acesso em 20 de abr de 2017.

VITOLLO, MR; GAMA, CM; CAMPAGNOLO, PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v.86, n.1, p. 80-84, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n1/v86n1a14.pdf>>. Acesso em 10 de fev de 2017.

YIN, RK. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016. 336p.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissionais de Saúde das Unidades Básicas de Saúde - GRUPOS FOCAIS)

Você está convidado a participar do projeto de pesquisa “*A CONSULTA DE PUERICULTURA NA PERSPECTIVA DE MÃES E PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE*”. Este estudo tem por objetivo compreender o que vocês, profissionais do centro de saúde, pensam sobre a consulta de puericultura realizada nas unidades básicas no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Nós iremos discutir em grupo, ouvindo a todos, para encontrar as facilidades e dificuldades vivenciadas nesta atividade.

A coleta de dados será realizada sob minha responsabilidade, Poliana Reginele de Melo Dias, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG, com a participação de membros do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC) e sob a coordenação da Professora Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas.

Para a coleta de dados, serão realizados, então, grupos focais com os profissionais de saúde que atendem consultas de puericultura nas unidades básicas de saúde, de forma adequada à suas disponibilidades. Durante o grupo, utilizaremos um gravador para registrar todas as informações. As gravações e os bancos de dados serão de uso exclusivo dos pesquisadores do presente projeto, serão guardados sob os cuidados do coordenador e inutilizados após cinco anos. No tratamento dos dados, não haverá possibilidade de reconhecimento de ninguém, pois é o conjunto das falas que interessa para a interpretação dos objetos da pesquisa. Vocês não serão identificados, havendo sigilo sobre as informações e julgamentos emitidos por vocês.

Os resultados da pesquisa serão utilizados exclusivamente para fins científicos, com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre os motivos pelos quais os índices de consultas de puericultura estão abaixo do recomendado pelo Ministério da Saúde. Eles serão divulgados em meios de comunicação na área da saúde, congressos e encontros científicos.

Sua participação é totalmente voluntária e você poderá deixar de fazer parte da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você ou seu trabalho no serviço. O risco a que você se expõe ao participar dessa pesquisa é o contrangimento diante de algumas perguntas. Caso haja algum constrangimento de sua parte com alguma questão levantada na discussão, sobre o cotidiano de trabalho, você tem a liberdade de não respondê-las.

Você não receberá qualquer tipo de compensação financeira e não terá nenhum gasto relacionado a participação na pesquisa.

Assinaturas:

Coord. da Pesquisa:

Pesquisadora:

Participante:

Em caso de dúvida acerca da pesquisa, estaremos disponíveis para os devidos esclarecimentos nos telefones (31) 3409-9871 ou (31) 996832254.

Você também poderá esclarecer suas dúvidas sobre os aspectos éticos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo telefone (31) 3499-4592 ou no endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2 andar / Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil - CEP 31270-901; ou pelo e-mail: coep@prpq.ufmg.br. Poderá, também, contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pelo telefone (31) 32775309, pelo endereço: Avenida Afonso Pena, 2336, 9o andar. Funcionários - Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil - CEP 30.130.007 - MG; ou pelo e-mail: coep@pbh.gov.br.

Este termo será em duas vias e você receberá uma via assinada pelos pesquisadores.

CONSENTIMENTO

Eu, _____

CI _____, afirmo que fui devidamente orientado sobre os objetivos e finalidade desse estudo, bem como da utilização de seus dados para fins científicos e sua posterior divulgação. Estou ciente da garantia do anonimato e do sigilo dos dados, e de que poderei desistir da minha participação a qualquer momento. Concordo, portanto, em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Local e Data: _____

Pesquisadora: Poliana Reginele de Melo Dias

Contatos: polianamelodias@gmail.com - (31) 996832254

Assinatura: _____

Local e Data: _____

Coordenadora da Pesquisa: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Contato: (31) 3409-9871

Assinatura: _____

Local e Data: _____

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Mães de crianças menores de dois anos - ENTREVISTAS)**

Você está convidada a participar do projeto de pesquisa “*A CONSULTA DE PUERICULTURA NA PERSPECTIVA DE MÃES E PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE*”. Este estudo tem por objetivo compreender o que vocês, mães de crianças de até dois anos de idade atendidas no centro de saúde, pensam sobre a consulta de puericultura realizada nas unidades básicas do município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Nós iremos ouvir você, por meio de uma entrevista, para encontrar as facilidades e dificuldades de sua participação nesta atividade no centro de saúde.

A coleta de dados será realizada sob minha responsabilidade, Poliana Reginele de Melo Dias, aluna do curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFMG, com a participação de membros do Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC) e sob a coordenação da Professora Dra. Maria Imaculada de Fátima Freitas.

As entrevistas serão individuais com mães pertencentes à área de abrangência das unidades de saúde que foram anteriormente sorteadas, que tenham ou não participado de consultas de puericultura. A entrevista será realizada na unidade de saúde considerando sua disponibilidade de horário. Você não será identificada e os resultados da pesquisa serão utilizados de forma anônima. Durante a entrevista, utilizaremos um gravador para registrar todas informações. As gravações serão guardadas sob os cuidados do pesquisador responsável e serão inutilizadas após cinco anos.

Sua participação é totalmente voluntária e você poderá deixar de fazer parte da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para você ou sua criança. O risco a que você se expõe ao participar dessa pesquisa é o contrangimento diante de algumas perguntas. Caso se sinta constrangida com alguma questão, você tem total liberdade de não respondê-la. Você não receberá qualquer tipo de compensação financeira e não terá nenhum gasto relacionado à sua participação na pesquisa.

Em caso de dúvida acerca da pesquisa, estaremos disponíveis para os devidos esclarecimentos nos telefones (31) 3409-9871 ou (31) 996832254.

Assinaturas:

Coord. da Pesquisa:

Pesquisadora:

Participante:

Você também poderá esclarecer suas dúvidas sobre os aspectos éticos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, pelo telefone (31) 3499-4592 ou no endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II - 2 andar / Sala 2005. Campus Pampulha. Belo Horizonte, Minas Gerais - Brasil - CEP 31270-901; ou pelo e-mail: coep@prpq.ufmg.br. Poderá, também, contactar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pelo telefone (31) 32775309, pelo endereço: Avenida Afonso Pena, 2336, 9o andar. Funcionários - Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil - CEP 30.130.007 - MG; ou pelo e-mail: coep@pbh.gov.br.

Este termo será em duas vias e você receberá uma via assinada pelos pesquisadores.

CONSENTIMENTO

Eu, _____

CI _____, afirmo que fui devidamente orientada sobre os objetivos e finalidade dessa pesquisa. Entendo que a utilização de seus dados será para fins científicos. Estou ciente da garantia do anonimato e do sigilo dos dados, e de que poderei desistir da minha participação a qualquer momento. Concordo, portanto, em participar desta pesquisa.

Assinatura: _____

Local e Data: _____

Pesquisadora: Poliana Reginele de Melo Dias

Contatos: polianamelodias@gmail.com - (31) 996832254

Assinatura: _____

Local e Data: _____

Coordenadora da Pesquisa: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Contato: (31) 3409-9871

Assinatura: _____

Local e Data: _____

ANEXO A**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: A CONSULTA DE PUERICULTURA NA PERSPECTIVA DE MÃES E PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE

Pesquisador: Maria Imaculada de Fátima Freitas

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 57629216.3.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.765.871

Apresentação do Projeto:

A atenção à saúde da criança é uma ação prioritária para garantir uma assistência qualificada à população. A puericultura favorece a melhoria da qualidade de vida infantil, evitando mortes precoces e hospitalizações e permitindo que a criança desenvolva todo o seu potencial. O acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil é uma prática fundamental na Atenção Primária à Saúde, com impacto direto nas taxas de morbimortalidade. Considerando que a média de atendimentos de puericultura encontra-se abaixo do esperado na cidade de Belo Horizonte, este estudo busca compreender as perspectivas de mães e de profissionais sobre a consulta de puericultura, sua prática e importância, para desvelar aspectos objetivos e subjetivos da experiência dos atores que justifiquem a baixa média de atendimentos à criança no município.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizará como referencial a Teoria das Representações Sociais. O estudo será conduzido em duas etapas: na primeira, serão realizados grupos focais em unidades básicas de saúde com a participação de profissionais que realizam a puericultura. Na segunda, serão realizadas entrevistas abertas, em profundidade, com mães de crianças menores de dois anos e que tenham acompanhado os filhos em pelo menos duas consultas de puericultura.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.765.871

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender representações de mães e de profissionais sobre a consulta de puericultura, sua prática e importância, para desvelar aspectos objetivos e subjetivos da experiência dos atores que justifiquem a baixa média de atendimentos à criança no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

Conhecer representações de mães sobre a consulta de puericultura, incluindo sua importância, valorização do serviço e dos profissionais, expectativas e aspectos dificultadores; e conhecer representações de profissionais de saúde da atenção básica sobre as consultas que realizam, envolvendo condutas e procedimentos, motivações, aspectos dificultadores, desafios e expectativas, bem como, interpretar essas representações relacionando-as à baixa adesão à puericultura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco para o profissional consiste no constrangimento diante de perguntas de seu cotidiano de trabalho e pelo fato de ter que respondê-las na presença de seus colegas de unidade. Para as mães envolve o constrangimento diante das perguntas realizadas.

Benefícios:

Acredita-se que o resultado desse estudo poderá aumentar o conhecimento sobre a adesão às propostas de promoção da saúde e preencher lacunas neste conhecimento no que se refere à atenção à criança pelo serviços básicos de saúde. Espera-se que os resultados contribuam para que os gestores possam discutir estratégias que ampliem o acesso aos serviços de saúde da criança, com inclusão de aspectos subjetivos não explicitados no cotidiano do trabalho, paralelamente a dificuldades materiais detectadas nesta área assistencial, seja por deficiência estrutural, organizacional ou de investimento profissional no compromisso com a saúde infantil. Os profissionais de saúde poderão discutir, em parceria com os gestores, seus processos de trabalho e levantar alternativas para qualificar a assistência à saúde da criança, valorizando a percepção das mães e da equipe de saúde e contribuindo para a melhoria dos indicadores dessa linha de cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa relevante na área de puericultura. O projeto está bem escrito e contém ampla revisão de literatura. O cronograma de execução é compatível com a proposta da pesquisa.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.755.871

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto assinada pela Diretora da Escola de Enfermagem
- Projeto de pesquisa em anexo em formato Plataforma Brasil
- Parecer consubstanciado emitido pela Câmara do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública (data: 17/04/2016)
- TCLE em linguagem de fácil compreensão em consonância com os princípios da resolução CNS 466/12.
- Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte com data de 17/06/2016 (Instituição Co-participante)

Recomendações:

Todas as recomendações foram adequadamente atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis pela aprovação do projeto de pesquisa sob responsabilidade da pesquisadora Maria Imaculada de Fátima Freitas, intitulada: A CONSULTA DE PUERICULTURA NA PERSPECTIVA DE MÃES E PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE.

Considerações Finais a critério do CEP:

De acordo com a Norma Operacional 01/2013, de 30 de setembro de 2013, o COEP aguarda a resposta até 30 (trinta) dias a partir da entrega deste parecer via Plataforma Brasil, para que o pesquisador atenda às pendências. Ao final deste prazo o projeto será arquivado. Solicita-se, ainda, que uma carta resposta seja enviada, via Plataforma Brasil, de forma ordenada, conforme os itens das considerações deste parecer, indicando-se também a localização das possíveis alterações no protocolo, inclusive no TCLE.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_722959.pdf	15/09/2016 17:02:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.pdf	15/09/2016 16:57:56	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	TCLE_alterado.pdf	15/09/2016 16:56:31	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.765.871

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.pdf	15/09/2016 16:54:02	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_resposta_2.doc	15/09/2016 16:51:31	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_resposta.doc	13/09/2016 07:28:13	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/07/2016 14:51:43	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	24/06/2016 07:16:44	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/06/2016 13:38:51	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	ParecerUFMG.pdf	01/06/2016 23:35:41	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	57629216aprovacao.pdf	07/10/2016 11:46:27	Vivian Resende	Aceito
Outros	57629216parecer.pdf	07/10/2016 11:46:38	Vivian Resende	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 07 de Outubro de 2016

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

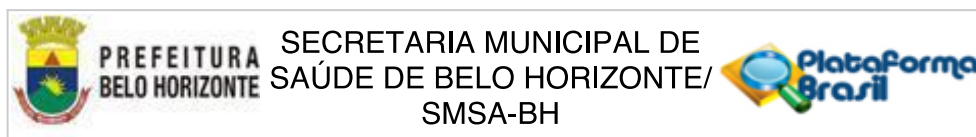
Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad Sl 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO B**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH****PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** A CONSULTA DE PUERICULTURA NA PERSPECTIVA DE MÃES E PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE**Pesquisador:** Maria Imaculada de Fátima Freitas**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 57629216.3.3001.5140**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 1.795.672**Apresentação do Projeto:**

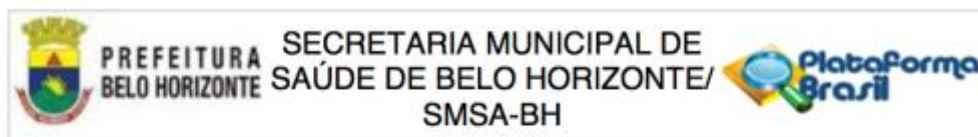
Trata-se de pesquisa qualitativa, cujo interesse primordial é conhecer as representações de mães e profissionais a respeito da consulta de puericultura oferecida nas unidades básicas de saúde. O local escolhido para a realização da pesquisa é a cidade de Belo Horizonte, por se tratar da capital do Estado de Minas Gerais e ser referência em estruturação da Atenção Primária à Saúde, com cobertura de PSF de 83% da população,

sendo 100% das áreas de elevado e muito elevado risco. Este estudo será conduzido em duas partes. Na primeira, serão realizados grupos focais nas unidades básicas de saúde com a participação de profissionais que atendam consultas de puericultura, convidados por meio de contato pessoal do pesquisador e que aceitem fazer parte da pesquisa, após informação pela gerência da unidade. Na segunda parte da pesquisa, serão realizadas entrevistas abertas, em profundidade, com mães de crianças menores de dois anos, pertencentes às áreas de abrangência das unidades selecionadas, que tenham sido acompanhadas em pelo menos uma consulta por duas categorias profissionais da puericultura (enfermeiro, médico pediatra). Serão realizadas, inicialmente, cinco entrevistas em cada distrito, sendo utilizado o critério de saturação dos dados para delimitar o número final de participantes.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH



Continuação do Parecer: 1.795.672

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

A baixa média de atendimentos de puericultura pode estar relacionada a como as mães representam a consulta de puericultura e como os profissionais realizam as consultas, influenciando o índice de absenteísmo e a valorização dessa ação de promoção à saúde.

Objetivo Primário:

Compreender representações de mães e de profissionais sobre a consulta de puericultura, sua prática e importância, para desvelar aspectos objetivos e subjetivos da experiência dos atores que justifiquem a baixa média de atendimentos à criança no município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Objetivo Secundário:

Conhecer representações de mães sobre a consulta de puericultura, incluindo sua importância, valorização do serviço e dos profissionais, expectativas e aspectos dificultadores; e conhecer representações de profissionais de saúde da atenção básica sobre as consultas que realizam, envolvendo condutas e procedimentos, motivações, aspectos dificultadores, desafios e expectativas, bem como, interpretar essas representações relacionando-as à baixa adesão à puericultura.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco para o profissional consiste no constrangimento diante de perguntas de seu cotidiano de trabalho e pelo fato de ter que respondê-las na presença de seus colegas de unidade. Para as mães envolve o constrangimento diante das perguntas realizadas.

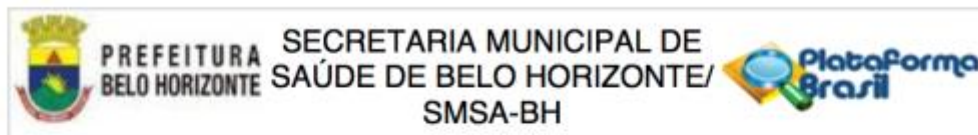
Benefícios:

Acredita-se que o resultado desse estudo poderá aumentar o conhecimento sobre a adesão às propostas de promoção da saúde e preencher lacunas neste conhecimento no que se refere à atenção à criança pelo serviços básicos de saúde. Espera-se que os resultados contribuam para que os gestores possam discutir estratégias que ampliem o acesso aos serviços de saúde da criança, com inclusão de aspectos subjetivos não explicitados no cotidiano do trabalho, paralelamente a dificuldades materiais detectadas torizando a percepção das mães e

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH



Continuação do Parecer: 1.795.672

da equipe de saúde e contribuindo para a melhoria dos nesta área assistencial, seja por deficiência estrutural, organizacional ou de investimento profissional no compromisso com a saúde infantil. Os profissionais de saúde poderão discutir, em parceria com os gestores, seus processos de trabalho e levantar alternativas para qualificar a assistência à saúde da criança, vaidicadores dessa linha de cuidado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta metodologia compatíveis com os objetivos almejados e se encontra em conformidade com os preceitos éticos pertinentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto assinada pelo(a) pesquisador(a) Maria Imaculada de Fátima Freitas, pelo representante da Instituição proponente e pelo patrocinador foi devidamente apresentada.

Carta de anuência da Instituição Coparticipante da pesquisa foi apresentada.

O TCLE foi apresentado com linguagem clara, acessível aos possíveis participantes da pesquisa e contém contatos do pesquisa.

Recomendações:

1) Adotar modelo de TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) do qual conste os dados de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Dados de contato do CEP da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02 - Padre Eustáquio - Belo Horizonte - MG. CEP: 30.720-000 Telefone: 3277-5309;

2) Adotar modelo de TCLE do qual conste informações relativas à garantia de reparação dos danos causados na execução da pesquisa e do reembolso no caso de gastos em decorrência de sua participação na pesquisa, segundo a Resolução 466/12:IV.3 - O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido deverá conter, obrigatoriamente: ... g) explicitação da garantia de ressarcimento e como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa e dela decorrentes; e h) explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

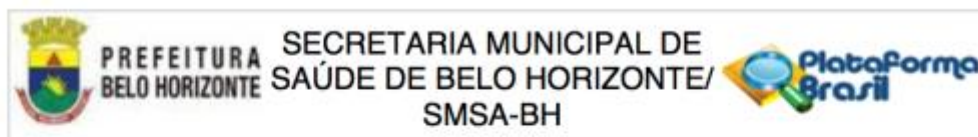
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, não encontrando objeções éticas e verificando que o projeto cumpriu os requisitos da Resolução CNS 466/12, considera aprovado o projeto A CONSULTA DE PUERICULTURA NA PERSPECTIVA DE MÃES E PROFISSIONAIS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH



Continuação do Parecer: 1.795.672

Considerações Finais a critério do CEP:

Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.

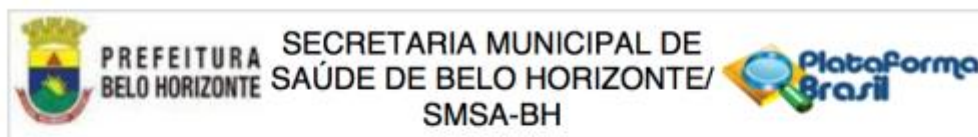
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	57629216parecer.pdf	07/10/2016 11:46:38	Vivian Resende	Aceito
Outros	57629216aprovacao.pdf	07/10/2016 11:46:27	Vivian Resende	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_722959.pdf	15/09/2016 17:02:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.pdf	15/09/2016 16:57:56	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	TCLE_alterado.pdf	15/09/2016 16:56:31	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.pdf	15/09/2016 16:54:02	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

ANEXO B

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH



Continuação do Parecer: 1.795.672

Outros	Carta_resposta_2.doc	15/09/2016 16:51:31	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_722959.pdf	13/09/2016 07:35:06		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.pdf	13/09/2016 07:33:13	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Projeto.pdf	13/09/2016 07:29:23	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Carta_resposta.doc	13/09/2016 07:28:13	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	13/09/2016 07:10:14	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_722959.pdf	06/07/2016 20:42:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	06/07/2016 20:39:31	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_722959.pdf	01/07/2016 14:55:20		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	01/07/2016 14:51:43	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	24/06/2016 07:16:44	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	02/06/2016 13:38:51	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Puericultura.pdf	02/06/2016 13:35:01	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito
Outros	ParecerUFMG.pdf	01/06/2016 23:35:41	Maria Imaculada de Fátima Freitas	Aceito

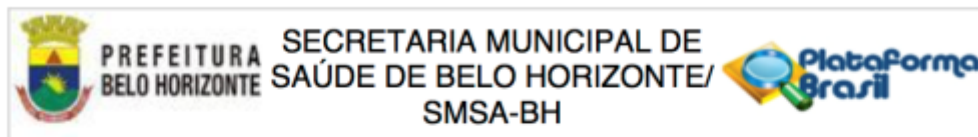
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
 Bairro: Padre Eustáquio CEP: 30.720-000
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br

ANEXO B**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH**

Continuação do Parecer: 1.795.672

BELO HORIZONTE, 27 de Outubro de 2016

Assinado por:
Eduardo Prates Miranda
(Coordenador)

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02
Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.720-000
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3277-5309 **E-mail:** coep@pbh.gov.br