

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

LUCIANA GARCIA FIGUEIRÔA FERREIRA

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA DE 2 A 9 ANOS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO**

RECIFE

2010

LUCIANA GARCIA FIGUEIRÔA FERREIRA

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA DE 2 A 9 ANOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Co-orientadora: Inês Eugênia Ribeiro da Costa

**RECIFE
2010**

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

F383p Ferreira, Luciana Garcia Figueirôa.
Atenção integral à saúde da criança de 2 a 9 anos na estratégia
saúde da família em Pernambuco /Luciana Garcia Figueirôa Ferreira.
— Recife: L. G. F. Ferreira, 2010.
98 p.: il.

Dissertação (Mestrado profissional em saúde pública) - Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
Orientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Programa Saúde da Família. 3.
Saúde da Criança. 4. Crescimento e Desenvolvimento. I.
Albuquerque, Paulette Cavalcanti de. II Título.

CDU 614.2

LUCIANA GARCIA FIGUEIRÔA FERREIRA

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA DE 2 A 9 ANOS NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovada em 15/06/2010

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a Haiana Charifker Schindler
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a Isabella Chagas Samico
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Dedico este trabalho ao meu querido pai, Pedro Figueirôa Gomes Ferreira, cujo exemplo de vida e dedicação à esposa, filhos e neto, às ciências, à língua portuguesa, aos direitos e deveres do homem e, principalmente, ao caráter e à dignidade humana, serão sempre o meu alicerce e exemplo de vida.

Saudades...

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Paulette Cavalcanti, primeiro por ter me incentivado a mudar a pesquisa, essencial para a realização deste trabalho e a capacidade de transmitir experiências e conhecimentos nas orientações em cada etapa deste trabalho, principalmente, entender muitas vezes pelas minhas expressões, as necessidades e dificuldades.

À minha co-orientadora Inês Costa, pelas contribuições e o meu profundo agradecimento pelo estímulo desde a minha inscrição até a realização deste trabalho, por ter acreditado em mim.

À minha amiga Maria Leopoldina “Leozinha”, eternamente grata em mais uma etapa da minha vida, pela disponibilidade e o apoio fundamental quando eu sempre precisei, dando várias dicas e por ter “desatado alguns nós”.

À minha mãe Maria do Carmo “Carminha”, pelo incentivo e pela compreensão, em entender a minha ausência nas várias noites e finais de semana.

Ao meu marido Ivan, pela dedicação e paciência em ouvir minhas queixas e me acalmar nas horas de angustias.

Ao meu filho Victor, que foi compreensivo nos momentos em que precisava de concentração.

Ao meu irmão Alexandre, pelo exemplo que é para mim, na sua vida acadêmica e profissional.

À minha amiga Dulcineide “Ninha”, pelo compartilhar das emoções e o seu saber cibernético que tanto me ajudou.

À Nilsinho, Camila e Bete pela colaboração na construção do Projeto.

Aos colegas de mestrado, pela amizade e companheirismo nas dificuldades e alegrias.

À Secretaria Estadual de Saúde que viabilizou a realização do Mestrado Profissional.

Minha gratidão aos gestores, coordenadores, médicos(as), enfermeiros(as), Agentes de Saúde, mães, a coordenação do Mestrado, aos professores, a todos que fazem o CPqAM, enfim, aos amigos que viabilizaram a concretização do trabalho.

“Só engrandecemos o nosso direito à vida cumprindo o
nosso dever de cidadãos do mundo”

Mahatma Gandhi

FERREIRA, Luciana Garcia Figueirôa. Atenção integral à saúde da criança de 2 a 9 anos na estratégia saúde da família em Pernambuco. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu a necessidade de profissionais de saúde habilitados em prestar assistência ampliada e integrada em todos os ciclos de vida. O estudo propôs avaliar a organização do processo de trabalho na Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos na ESF em Pernambuco. A pesquisa foi realizada nos municípios do Recife, Cabo de Santo Agostinho, Vicência, Altinho e Serra Talhada. Para o seu desenvolvimento, optou-se pelo estudo descritivo e exploratório, dentro de uma abordagem qualitativa e quantitativa. Utilizou-se, roteiro de observação do prontuário de atendimento das crianças de 2 a 9 anos, questionário estruturado aplicado as mães ou responsáveis pelas crianças consultadas e entrevista semi-estruturada com médicos(as) e enfermeiros(as) das unidades de saúde. Obteve-se com as categorias de análise: o perfil do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a), a ficha clínica infantil inserida no prontuário da família, a organização da atenção integral à criança e as ações programáticas dirigidas ao grupo infantil. Os resultados apontaram que, apesar da evolução de uma abordagem mais holística das necessidades das crianças, com a implantação dos programas voltados para a atenção integral, ainda é marcante a cultura do modelo biomédico, uma visão estática do desenvolvimento infantil, realizada de forma individual diante dos agravos. Evidenciou-se nas análises dos prontuários, poucas informações e as existentes eram centradas na doença. Houve uma insuficiente atenção para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, demonstrando desacordo com as diretrizes da ESF. A puericultura é realizada para as crianças até um ano, através da atuação isolada do(a) enfermeiro(a). Através dos conflitos apresentados, espera-se alicerçar os pilares da Atenção Integral à Saúde da Criança na lógica da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Programa Saúde da Família; Saúde da Criança; Crescimento e Desenvolvimento.

FERREIRA, Luciana Garcia Figueirôa. The Whole Attention to Health Child of 2-9-year-old-children in the family health strategy in Pernambuco. 2010. Dissertation (Professional Master in Public Health) – Aggeu Magalhães Research Center, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

For the implementation of the Family Health Strategy, the necessity of health care professionals able to work in a comprehensive and integrated assistance in all life cycles has come up. This study was supposed to assess the work process organization in the Whole Attention to Health Child of the age of 2 and 9 years in the Health Family Strategy in Pernambuco. This research took place in the cities of Recife, Cabo de Santo Agostinho, Vicência, Altinho and Serra Talhada. For its development, a descriptive and exploratory study was adopted, within a qualitative and quantitative approach. An observation guide of 2-to-9-year-old children's data record, a structured questionnaire applied to the mothers or to those who were responsible for the children during the treatment as well as a semistructured interview with the doctors and nurses from the health units were used. The results from these analysis categories were: doctors' and nurses' profile, children's data records inserted in the family dossier, the organization of the whole attention to health child and the planned action towards the child group. The results showed that, despite the evolution of a more holistic approach of children's necessities, with the implantation of programs focused on the whole attention health, the model of a biomedical culture is still remarkable, a static vision of the children's development carried out in an individual way before the injuries. It was evident in the data records analyses little information was available, and the existent one focused only on the disease. There was a lack of attention towards the child's growth and development follow-up, showing disagreement with the guidelines of the Family Health Strategy. Childcare is held for children up to one year old through nurse's isolated performance. Through the conflicts presented, it is expected to consolidate the pillars of the Whole Attention to Health Child in the logic of Family Health Strategy.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Programme; Child Health; Growth and Development

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Evolução da Implantação das equipes Saúde da Família no Brasil, 1998 a Maio de 2009.....	25
Gráfico 1 -Evolução do número de equipes da Estratégia Saúde da Família e a cobertura populacional no Estado de Pernambuco de 1999 a dezembro de 2008.....	26
Gráfico 2 -Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária - CID10 (por local de residência), Pernambuco - 2004 a 2008.....	35
Gráfico 3 -Distribuição percentual de óbitos na infância de 2 a 9 anos por de causa, capítulo - CID10 (por local de residência), Pernambuco - 2004 a 2008.....	35
Figura 2 - Mesorregiões do Estado de Pernambuco.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Evolução de Implantação da Estratégia Saúde da Família, Pernambuco de 2004 a 2008.....	26
Tabela 2 - Número de crianças de 2 a 9 anos cadastradas nas Unidades de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	42
Tabela 3 - Quantitativo de entrevistados nas Unidades de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	43
Tabela 4 - Quantitativo de crianças de 2 a 9 anos cadastradas, existentes e o número de fichas clínicas infantil e/ou cartão espelho analisados nas Unidades de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	45
Tabela 5 - Situação da criança de 2 a 9 anos em relação ao registro dos prontuários e aos atendimentos em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	55
Tabela 6 - Registro do peso e da estatura da criança mediante resposta da mãe ou responsável em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	56
Tabela 7 - Registro do Peso e Estatura a partir da observação do prontuário em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	57
Tabela 8 - Registro do exame físico completo na ficha clínica infantil em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	58
Tabela 9 - Registros das consultas de retorno para o seguimento da doença e para o crescimento e desenvolvimento na ficha clínica infantil em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	60
Tabela 10 - Registro de orientação pelo(a) médico(a) e enfermeiro(a) para a consulta de retorno para o acompanhamento da doença em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	61

Tabela 11 - Registro de solicitação do cartão da criança pelo profissional, mediante resposta da mãe ou responsável em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	62
Tabela 12 - Registro de solicitação do cartão da criança pelo profissional, mediante resposta da mãe ou responsável em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	62
Tabela 13 - Registro da curva de crescimento através da observação do prontuário em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	68
Tabela 14 - Registro no prontuário dos principais marcos do desenvolvimento em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	69
Tabela 15 - Registro sobre orientação dos profissionais sobre vacinação, mediante resposta da mãe ou responsável em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	71
Tabela 16 - Registro da vacinação através da observação do prontuário em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	71
Tabela 17 - Registro da Vitamina A no prontuário em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	73
Tabela 18 - Registro e orientações sobre a Vitamina A, mediante resposta da mãe ou responsável em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
<i>Apud</i>	citação de citação
AP	Atenção Primária
Aidpi	Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Código Internacional das Doenças
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
<i>et al</i>	e outros
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
Pacs	Programa de Agente Comunitário de Saúde
Paisc	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
Pnab	Política Nacional da Atenção Básica
PRMI	Programa de Redução da Mortalidade Infantil
Siab	Sistema de Informação da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1	Atenção Primária.....	21
2.2	Política Nacional da Atenção Básica.....	23
2.3	A Integralidade na Atenção Primária à Saúde.....	27
2.4	Atenção à Saúde da Criança.....	28
3	OBJETIVOS.....	37
3.1	Objetivo Geral.....	37
3.2	Objetivos Específicos.....	37
4	MATERIAL E MÉTODO.....	38
4.1	Delineamento do Estudo.....	38
4.2	Local do Estudo.....	38
4.2.1	Metropolitana do Recife - Recife.....	40
4.2.2	Metropolitana do Recife - Cabo de Santo Agostinho.....	40
4.2.3	Mata Pernambucana - Vicência.....	41
4.2.4	Agreste Pernambucano - Altinho.....	41
4.2.5	Sertão Pernambucano - Serra Talhada.....	41
4.3	Sujeitos alvo da pesquisa.....	42
4.4	Trabalho de campo e instrumentos de coleta.....	43
4.4.1	Instrumento de coleta.....	43
4.4.2	Procedimento de coleta.....	44
4.5	Análise dos dados coletados.....	47
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	48
6	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	49
6.1	O Médico(a) e o(a) Enfermeiro(a) da Estratégia Saúde da Família na Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos.....	49
6.2	O Prontuário da família na Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 Anos.....	52
6.2.1	Ficha clínica.....	53

6.2.2	Peso e estatura.....	55
6.2.3	Exame físico.....	57
6.2.4	Tratamento, encaminhamento e retorno.....	59
6.3	Organização da atenção à saúde da criança na ESF.....	61
6.3.1	A mãe ou responsável pela criança de 2 a 9 anos.....	61
6.3.2	Agenda de trabalho dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as).....	63
6.4	Ações Programáticas dirigidas às crianças de 2 a 9 anos.....	67
6.4.1	Acompanhamento de crescimento.....	67
6.4.2	Acompanhamento do desenvolvimento.....	69
6.4.3	Vacinação.....	71
6.4.4	Vitamina A.....	72
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
8	RECOMENDAÇÕES.....	76
	REFERÊNCIAS.....	78
	APÊNDICES.....	87
	APÊNDICE A - Roteiro de observação do prontuário da família.....	88
	APÊNDICE B - Questionário com a mãe ou responsável pela criança de 2 a 9 anos	90
	APÊNDICE C - Caracterização dos profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família.....	93
	APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – profissional de Saúde médico(a) e enfermeiro(a).....	94
	APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre Esclarecido – mãe ou responsável.....	95
	ANEXOS.....	96
	ANEXO A Parecer do CEP/CPqAM.....	97
	ANEXO B Ilustração da consulta com uma criança de 2 a 9 anos.....	98

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica está definida como “um conjunto de ações dirigidas ao âmbito individual e coletivo, que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e a reabilitação. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais, sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem a responsabilidade da atenção à saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007a).

Para tanto, se faz necessário a redefinição da organização dos serviços, partindo-se da situação concreta de cada local, requalificação profissional das equipes com introdução de conhecimentos e técnicas que subsidiem a formação de competências voltadas à análise permanente da situação de saúde e doença e a execução de práticas de atenção à saúde, de forma ampliada e integrada, em todo o ciclo de vida: criança, adolescente, adulto e idoso.

Segundo Merhy (1999), o modelo assistencial cria missões diferenciadas para estabelecimentos de saúde aparentemente semelhantes, as quais se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas.

A organização e a divisão do processo de trabalho definem-se pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, a lógica da produção dos serviços centrada na concepção médico-curativa tem como finalidade a cura. Para se pensar um novo modelo assistencial em saúde, centrado no usuário, exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde (MERHY, 1999).

No Brasil, nos últimos anos, principalmente a partir de 1998, o Programa Saúde da Família (PSF) passou a ser considerado como estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde, como uma política de universalização da atenção básica, espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde e como parte integrante na proposta de organização da rede de média e alta complexidade, induzidas por políticas de regulação e controle (BRASIL, 2003, 2004).

Passados dezesseis anos da implantação da Estratégia Saúde da Família, o Brasil e Pernambuco vêm apresentando um processo de mudança quanto ao modelo de atenção básica à saúde da sua população. Ao mesmo tempo, o novo modelo fez surgir novas demandas e desafios para gestores, docentes e profissionais de saúde (BRASIL, 2003, 2004).

É incontestável sua contribuição para a melhoria de indicadores e para a expansão do acesso aos serviços de saúde, como também, as dificuldades encontradas no processo de implantação e consolidação do novo modelo de atenção básica, principalmente no que concernem as lacunas a serem preenchidas entre a normatização e a operacionalização no cotidiano das equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2003, 2004).

Na Atenção Básica, a ESF, vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de um movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, promovendo o acesso da população às ações de saúde. Neste contexto, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o Pacto pela Vida e a Política Nacional de Atenção Básica vieram para contribuir como instrumentos para o fortalecimento da Saúde da Família no âmbito do SUS (BRASIL, 2009).

A interpretação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como saúde de pobre para os pobres, embora tenha como parte de suas responsabilidades ajudarem a diminuir as desigualdades no campo da saúde, ainda é uma ferida aberta. De acordo com Sousa (2001), a ESF é diferenciadora porque tem a missão de trabalhar o espaço de vida de uma microunidade social – a família e priorizar as regiões e grupos de maior risco social sem perder de vista o princípio da universalidade. Para efetivar esse compromisso, exige dos gestores a incorporação de tecnologias e profissionais com conhecimento e práticas renovados.

Segundo Pierantoni, França e Varela (2002), tanto os aspectos quantitativos e de distribuição de profissionais como os qualitativos, referenciados à formação, vem ocupando a agenda de gestores como nó crítico para a implementação da política de saúde. A carência de profissionais de saúde aptos ao exercício de atividades clínico-epidemiológicas voltadas a todos os ciclos da vida se constitui um problema dos gestores do SUS. Há grande dificuldade de encontrar profissionais no mercado brasileiro adequados à ESF, representando, no entanto, a desarticulação acumulada

na implementação de políticas sociais envolvendo o setor educacional e o de prestação de serviços na área da saúde.

Neste cenário, antigos e novos problemas vêm dificultando a gestão do trabalho no SUS, como o trabalho desregulado e desprotegido, a regulação corporativa das profissões de saúde, a baixa institucionalização do processo de planejamento de recursos humanos, a inexistência de um processo institucionalizado de educação permanente e a formação inadequada dos profissionais de saúde para desempenho nos serviços públicos (SILVA, 2007).

Ao lado destes desafios, existem outros problemas no âmbito estrutural, que vão desde a cultura médica assistencial hospitalocêntrica e privatista, até as dificuldades de fixação dos profissionais nos municípios e manutenção da Estratégia Saúde da Família.

Mesmo quando se consideram as dificuldades como acima descritas, vários progressos têm sido alcançados. Há de se considerar entre as heranças recebidas pelo SUS, em décadas de estruturação do setor saúde, a cultura organizacional, os vários interesses financeiros, conflitantes com o interesse público, e uma prática médica fragmentada e descontextualizada da realidade da população. Esses padrões institucionais conformaram um conjunto de pressupostos e valores de difícil e lenta transformação (CAMPOS, 2003).

Tais mudanças estão requerendo profissionais de saúde habilitados para assistir o indivíduo, sua família e a comunidade. Para o modelo de saúde universal, equânime e integral, apoiado na ESF, tem-se buscado profissionais com formação ampla e atuando na resolução dos problemas mais freqüente da população.

Dentre as fases da vida humana, destaca-se a infância por representar o alicerce físico, cognitivo e psico-social do futuro adulto. O crescimento é um processo dinâmico e contínuo sujeito à variação do meio ambiente. Assim sendo, é considerado o indicador mais importante da qualidade de vida da criança, obrigatório o seu monitoramento durante toda a infância (BRASIL, 2002a). Isso levou a pensar nas crianças de 2 a 9 anos como parte integrante no processo de organização do trabalho da equipe na ESF.

No que concerne a atenção integral da criança, observa-se que os olhares direcionados a este ciclo de vida vêm sofrendo mudanças, não só pelos avanços técnico-científicos, mas também, quanto a diretrizes das políticas públicas e ao desenvolvimento e participação de vários agentes e segmentos da sociedade.

Recentemente, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em sua publicação “Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil” reconheceu a Estratégia Saúde da Família como uma das principais políticas adotadas pelo país e responsável pela redução da mortalidade infantil nos últimos anos (BRASIL, 2009).

As ações a serem desenvolvidas em toda a rede de assistência à criança deverão incluir, além do enfrentamento dos seus principais problemas de saúde e das ações voltadas à redução da mortalidade infantil, as atividades de promoção da saúde da família e comunidade e de prevenção de agravos. A assistência integral deve contemplar a abordagem global da criança, isto é, as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado e que não se limite apenas às demandas apresentadas. O desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde, estruturação de ações educativas nas escolas, creches, pré-escolas e unidades de saúde, com abordagem das ações de promoção de saúde, ambiente e hábitos de vida, devem ser realizadas pela ESF, buscando-se uma qualidade de vida saudável (BRASIL, 2004).

Entre os programas relacionados à saúde da criança desenvolvidos na década de 80, baseado na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), no qual representava um conjunto de ações interligadas com o objetivo de atuar nas principais causas de morbimortalidade infantil. A sua contribuição foi fundamental no desenvolvimento da assistência integral à saúde e na redução da mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade (FIGUEREDO; MELO, 2007).

Corroborando tal objetivo, em 1996, o Ministério da Saúde, institui no contexto da ESF, inicialmente nos estados do Norte e Nordeste, uma estratégia denominada Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi). Com o propósito de reduzir a mortalidade e morbidade dos menores de cinco anos, associada a essas doenças e contribuir para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças. Essa estratégia visa melhorar três componentes principais: o desempenho dos profissionais de saúde, a organização do sistema de saúde e as práticas da família e da comunidade (AMARAL, 2008).

Coloca-se, no entanto, a ESF como importante campo de pesquisa nas diversas áreas da saúde. Em particular, esta investigação traz em destaque o(a)

médico(a) e o(a) enfermeiro(a) da ESF, no sentido de se apreender as ferramentas metodológicas utilizadas na Atenção Integral à Saúde da Criança.

A abordagem epidemiológica na ESF deve estar relacionada ao perfil de saúde infantil, destacando a proporção relativa de óbitos por afecções originadas no período neonatal e, por outro lado, a convivência com morbidades elevadas das doenças, como, pneumonias, diarreias, desnutrição. Observa-se que, apesar do monitoramento das ações visando a redução das doenças evitáveis em menor de um ano serem uma preocupação constante nos serviços de saúde, o mesmo não se reflete para as crianças de 2 a 9 anos, apesar de incluídas em diversos programas e serem objeto de atenção do País.

Nesta pesquisa, compreende-se a Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos de idade como atividade importante para o seu desenvolvimento e crescimento, isto é, ao mesmo tempo em que o profissional deve atender ao problema que trouxe a criança à USF, a equipe deverá se valer da oportunidade para realizar uma abordagem na direção da atenção integral, para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Essa abordagem, além de ser objetivo precípua da ESF, é fundamental para a criança, pois permite evidenciar precocemente transtornos que afetam sua saúde e, em especial, sua nutrição, sua capacidade mental e social (BRASIL, 2004).

Diante do exposto, faz-se necessário analisar como está estruturada a organização do processo de trabalho para a Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos de idade pelo médico(a) e enfermeiro(a) da ESF, uma vez que nesta faixa etária é essencial a promoção e prevenção e a necessidade do cuidado, para a garantia de uma qualidade de vida futura.

Nesta pesquisa, parte-se do pressuposto que a organização da agenda de trabalho para a assistência realizada pelo médico e enfermeira da ESF para a faixa etária do estudo não estão garantindo as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, padronizadas em 1 consulta/ano, nem tão pouco garantindo o desenvolvimento das ações programáticas normatizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005)

Outra hipótese a ser investigada é que quase sempre o motivo da consulta está relacionado ao agravo em detrimento das consultas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

São passos constituintes para Atenção Integral à Saúde da Criança, as cinco ações básicas: orientação alimentar, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (FIGUEREDO; MELO, 2007).

A atenção integral à criança está preconizada na ESF como ação fundamental para o desenvolvimento infantil. O que se supõe é que este monitoramento não vem sendo inserido no cotidiano das equipes das USF, ao verificar os dados epidemiológicos de morbidade e mortalidade para a faixa etária do estudo.

As evidências epidemiológicas apontam percentuais significativos de internações e óbitos para as doenças infecciosas e parasitárias, como também, para as doenças do aparelho respiratório, demonstrando a dependência do cuidado e a necessidade do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) acompanharem sistematicamente o crescimento e desenvolvimento infantil para a faixa etária do estudo. O percentual de internações por grupo de causa e faixa etária, segundo capítulo do Código Internacional das Doenças (CID-10), para as doenças infecciosas e parasitárias apresentou uma média entre 2004 a 2008, de percentuais entre 21,28 a 25,74 e do aparelho respiratório entre 28,51 a 35,16. Quanto aos óbitos na infância por causa-capítulo-CID-10, segundo ano de ocorrência, as doenças infecciosas e parasitárias entre 2004 a 2008 apresentaram uma média de 9,44 a 10,87 e para as doenças do aparelho respiratório entre 11,46 a 14,46.

Observa-se também, a escassez de estudos que enfoquem o objeto temático ao qual a pesquisa se refere, considerando o cenário descrito acima, as dificuldades de implantação do novo modelo de atenção básica, e que o(a) médico(a) e a enfermeiro(a) da ESF nem sempre estão aptos ou motivados para realizarem a Atenção Integral à Saúde da Criança com ações de promoção, prevenção e assistência a criança na faixa etária do estudo.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção Primária

A moderna concepção de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu no Reino Unido na década de 20, através do relatório Dawson, que preconizou a organização do sistema de serviços de saúde em três níveis: os centros primários e secundários de atenção à saúde e os hospitais de ensino. Essa proposta constituiu a base da regionalização dos serviços de saúde em bases populacionais, tendo influenciado a organização desses sistemas em vários países do mundo (STARFIELD, 2004).

Apesar de a proposta ter influenciado diversos países, a Atenção Primária à Saúde só foi inserida como modelo universal em 1978, quando, na cidade de Alma-Ata, capital do Cazaquistão (então União Soviética), foi realizada a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, preparada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Unicef, resultando na Declaração de Alma-Ata. Na ocasião, consagrou-se em definitivo o papel fundamental dos cuidados de saúde primários. Chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

De acordo com Starfield (1992), para entender e colocar em prática a Atenção Primária seria necessário conhecer e operacionalizar em sua totalidade os seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, coordenação, focalização na família e a orientação comunitária.

Mendes (2002) refere que o primeiro contato pressupõe a acessibilidade e o uso de serviço para cada novo problema para os quais se procura os serviços de saúde. A longitudinalidade requer a existência de um aporte regular de cuidados pelos profissionais de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade demanda a prestação de cuidados, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da

população. A coordenação implica na continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. A focalização na família torna indispensável considerá-la como sujeito da atenção, o que exige uma interação entre equipe e esse núcleo social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde. A orientação comunitária pressupõe o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias na perspectiva da saúde coletiva.

A atenção primária deve cumprir três funções essenciais: o papel resolutivo, isto é, resolver a grande maioria dos problemas de saúde que acometem uma população, o papel organizador, que está relacionado à organização de fluxos e contra-fluxos das pessoas e o de responsabilização da saúde dos indivíduos independente do ponto de atenção à saúde que estejam (MENDES, 2002).

Os grandes movimentos mundiais para a aplicabilidade dos novos conceitos e a necessidade urgente de um sistema de saúde mais equânime não foi o suficiente para a inserção da atenção primária nos sistemas de saúde, principalmente onde a cultura da assistência prestada enfocava a doença e a cura.

No Brasil, nos anos 80, iniciativas foram surgindo a partir de movimentos inerentes a reforma sanitária que tinha como diretrizes principais a descentralização, participação e organização do setor saúde no país. Nessa direção, foi constituído o Sistema Único de Saúde (SUS), como também o conjunto de novas diretrizes e propostas, conforme consta no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007b).

Caminhando na direção da inserção da Atenção Primária no modelo de atenção, em 1991, o Ministério da Saúde (MS) lança o Programa de Agente Comunitário de Saúde (Pacs), objetivando diminuir os indicadores de morbimortalidade infantil e materna na região Nordeste do Brasil. Em 1994, lança a Política de Atenção Básica¹, como eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial, o Programa de Saúde da Família, uma estratégia organizativa da

¹ O M.S propôs a denominação Atenção Básica ao invés do termo Atenção Primária, apesar de aceita em todo o mundo, por considerar o termo reducionista ou pouco efetivo aos problemas locais de saúde, ou mesmo a necessidade de constituir uma identidade institucional própria. Mas não iremos discutir neste estudo este tema, os termos serão inseridos de acordo com a necessidade do texto.

Atenção Básica. Neste, reafirma a necessidade de tornar a prática assistencial no Saúde da Família, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e da população do seu território. Valorizam os princípios de territorialização, vínculo com a população, participação da comunidade, integralidade da assistência, equipe multidisciplinar e ênfase na promoção da saúde, o que representa um amplo desafio, pois além da incorporação de novos conceitos há necessidade de organizar um modelo de atenção pautado pela organização sistêmica dos serviços de saúde (SAÚDE..., 2000).

2.2 Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi instituída pela Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006, após a publicação de vários documentos normativos e a participação de vários atores políticos, colaboração de membros da academia, de profissionais de saúde, dos trabalhadores do SUS e de entidades representativas do sistema de saúde. A portaria aponta para redefinição dos princípios gerais, responsabilidade de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários; característica do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e regras de financiamento. Compôs o Pacto pela Vida como parte do Pacto pela Saúde (Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) que formaliza a relação entre as três esferas de governo para a consolidação do SUS e reformula os mecanismos de financiamento por meio da regulamentação do bloco financeiro da Atenção Básica criado pelo Pacto de Gestão (BRASIL 2007).

A ESF tem papel fundamental em implantar os fundamentos da Atenção Básica e os princípios do SUS, e ainda, fazer parte de uma rede que está implantada na maioria dos municípios do Brasil. Desta maneira, o Pacto pela Vida definiu como prioridade consolidar e qualificar a ESF como modelo de Atenção Básica à Saúde e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS.

A PNAB define como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional: eliminação da hanseníase, controle da tuberculose, controle da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, eliminação da desnutrição infantil, saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde bucal e promoção da saúde.

Quanto à infraestrutura das unidades, estabelece como itens imprescindíveis: equipe multiprofissional mínima composta por médico(a), enfermeiro(a), auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde; consultório médico e de enfermagem; local para arquivos e registros (Prontuário da Família); sala de cuidados básicos de enfermagem; sala de vacina; equipamentos e materiais adequados às ações propostas, de forma a garantir a resolubilidade; garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da unidade, incluindo dispensação de medicamentos.

O financiamento da atenção básica deverá ser de maneira tripartite, onde o componente federal se expressa através do Piso da Atenção Básica (PAB), sendo formado por uma fração Fixa e outra Variável, cuja soma comporá o Teto Financeiro do Bloco da Atenção Básica. Esses recursos deverão ser utilizados nas ações de atenção básica contidas nos Planos de Saúde dos municípios.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentou grandes avanços na evolução da cobertura populacional nos últimos anos. Este fato deve-se às novas medidas políticas e técnicas, além das formas de financiamento que contribuíram substancialmente para esta evolução, promovendo uma ampla ação no país. Atualmente, essa estratégia está implantada em 5.261 municípios brasileiros, onde as 30.603 equipes são responsáveis pela atenção à saúde, de 100 milhões de pessoas, com quase 51% de cobertura da população brasileira (BRASIL, 2010), como pode ser observado na figura 1, abaixo.

**Evolução da Implantação das equipes da Estratégia Saúde da Família
Brasil - 1998 - 2009**

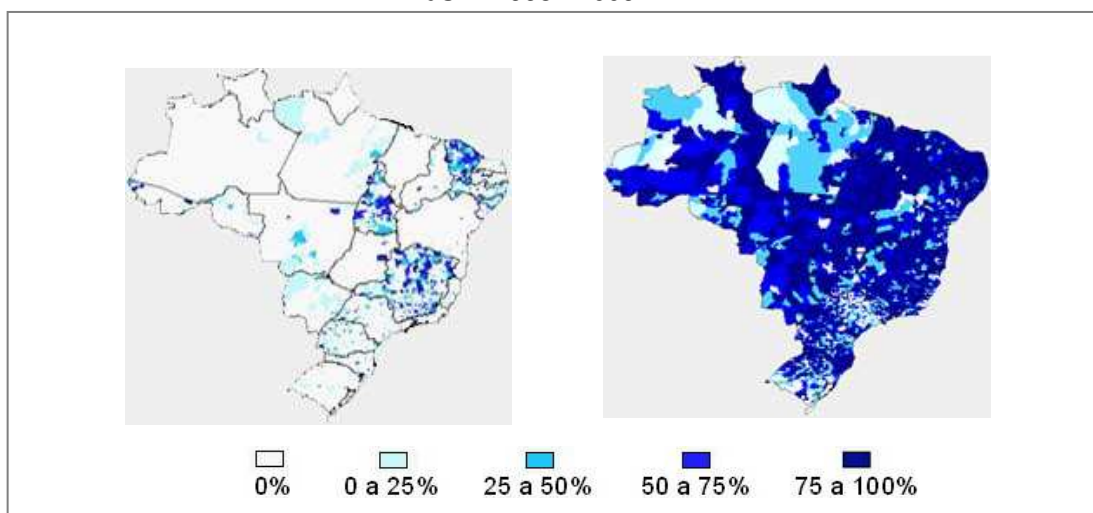


FIGURA 1 - Evolução da Implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil, 1998 a 2009.
FONTE: Brasil (2010a).

Alguns Estados já priorizam a atenção básica e repassam recursos próprios para a ESF. Pernambuco iniciou este processo em 2007 através da habilitação e certificação das equipes da ESF, realizado após a aplicação do formulário de entrevista. O instrumento é constituído por: dados da gestão, gerais, recursos humanos, equipamentos e estrutura física, insumos, outros serviços, ações da equipe de Saúde da Família, atividades realizadas pela equipe, avaliação da comunidade e dados do entrevistador. Os relatórios gerados a partir das entrevistas são consolidados, avaliados e descritos pela equipe entrevistadora, para subsidiar a gestão a identificar as equipes de Saúde da Família em condições de serem certificadas e conseqüentemente receberem os recursos estaduais. São certificadas as equipes que atendem a 50% dos itens constantes no Instrumento de Certificação do Trabalho das Equipes (PERNAMBUCO, 2007a).

Neste período, grandes investimentos foram realizados, especialmente na atenção básica e na organização da rede, reduzindo as filas, ao menos para a atenção básica. A ESF proporcionou o aumento da oferta dos serviços, uma melhor cobertura e uma melhor qualidade da saúde e passou a atender a uma população que anteriormente, quando muito, só tinha acesso aos leitos hospitalares em casos agudos e muitas vezes quando já era muito tarde (MEDICI, 2009).

Em Pernambuco, a ESF foi implantada em 1994 e definido como eixo estruturador da Atenção Básica. Atualmente, encontra-se implantada em 100% dos seus municípios, com cobertura diferenciada entre eles. (Tabela 1; Figura 2).

TABELA 1 - Evolução de implantação da Estratégia Saúde da Família, PERNAMBUCO de 2005 a 2009.

Tipo de Equipe	Ano				
	2005	2006	2007	2008	2009
Equipe de Saúde da Família – ESF	1.547	1.605	1.637	1.780	1.831
Equipe de Saúde Bucal - Modalidade I - ESB I	687	860	938	1.100	1.207
Equipe de Saúde Bucal - Modalidade II - ESB II	34	32	32	44	44
Agente Comunitário de Saúde – ACS	14.076	14.341	13.661	14.465	14.548

Fonte: Brasil (2010b).

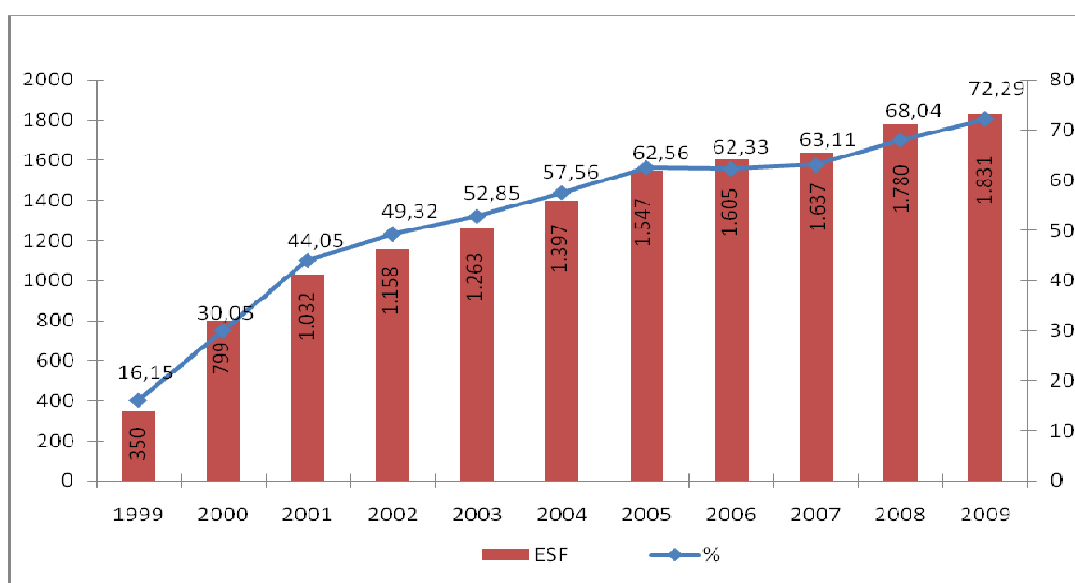


GRÁFICO 1 - Evolução do número de equipes da Estratégia Saúde da Família e a cobertura populacional no Estado de Pernambuco de 1999 a 2009.

Fonte: Brasil (2010b).

Observa-se no gráfico 1 que em 1999, o estado contava com 350 equipes implantadas e tinha uma cobertura de 16,15% da população do Estado. Após dez anos de um processo gradativo de ampliação, em dezembro de 2009 alcançou 1.831 equipes implantadas, e uma cobertura populacional de 72,29% (BRASIL, 2010b).

A expansão da ESF tem como foco principal implantar um novo sistema de saúde e reorganizar o modelo de atenção à população, mas é imprescindível ao adotar uma nova política de saúde pública, proporcionar aos profissionais mudanças na formação e capacitá-los para que se adequem a este novo modelo, como também, criar condições para sua implantação e desenvolvimento.

2.3 A Integralidade na Atenção Primária à Saúde

O termo atendimento integral tem sido usado para designar um dos princípios do SUS, instituído pela Constituição de 1988, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (MATTOS, 2001).

Segundo Campos (2003), o conceito de integralidade prevê, de forma articulada, a oferta de ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação - segundo a dinâmica do processo saúde-doença. Corroborando com esta definição, Conill (2004) afirma que a integralidade constitui um atributo relevante na avaliação da qualidade do cuidado, dos serviços e dos sistemas de saúde, em geral, naqueles direcionados para Atenção Primária.

Hartz (2004) remete o conceito de integralidade ao conceito de integração de serviços por meio de redes assistenciais, tendo em vista a constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessárias para a solução do problema de saúde da população em seus diversos ciclos de vida.

No campo da saúde, a integralidade tem sido reconhecida como expressão polissêmica, com seus muitos possíveis sentidos convergindo quanto à contraposição ao reducionismo, à fragmentação e objetivação dos sujeitos (MATTOS, 2001). Ela reúne três conjuntos de sentidos sobre a integralidade: 1. atributos das práticas dos profissionais de saúde, como uma crítica a uma atitude médica fragmentada, uma atenção individual curativa e uma não aceitação de programas verticais; 2. atributos da organização dos serviços, voltado para a articulação entre a assistência e práticas de saúde pública; 3. respostas governamentais aos problemas específicos de saúde através de políticas especiais (ARAÚJO; MIRANDA; BRASIL, 2007; MATTOS, 2001).

Para Starfield (2004), a integralidade determina que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize recursos para abordá-las. Ao definir que a ESF é a estratégia organizativa da atenção primária, reafirma-se a necessidade de tornar a prática de atenção à Saúde da Família como uma prática integral, onde a equipe assume a responsabilidade sanitária sobre o território e sua população.

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas

assistenciais por um mesmo serviço. No caso da ESF, a equipe deverá executar desde ações de promoção da saúde na comunidade adscrita, até acompanhamento dos casos diagnosticados como tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outros agravos (ALVES, 2004, 2005).

Um dos principais motivos para a ESF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica está no fato de buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, ações integrais da atenção e do cuidado à família. Para tanto, privilegiou-se a equipe de profissionais como importante elemento para a materialização dessas metas e objetivos (PINHEIRO, 2005).

O profissional de saúde que pauta suas práticas pela integralidade deverá ter a capacidade de compreender o significado do sofrimento, da doença e das propostas de intervenção, procurando no seu cotidiano escapar do reducionismo, buscando a apreensão ampliada das necessidades, contextualizando o sofrimento, a doença e as propostas de intervenção na vida de cada um (MATTOS, 2004).

Desta forma, a integralidade existe em ação e pode ser demandada na organização de serviços e renovação das práticas de saúde, sendo reconhecidas, quando valorizam o cuidado e considera o usuário como o cidadão a ser assistido em suas demandas e necessidades (PINHEIRO, 2005).

2.4 A Atenção à Saúde da Criança

A palavra pediatria, de origem grega: *paidos* (criança) e *iatreias* (medicina), aparece pela primeira vez em 1722, num livro de Theodore Zwinger, *Paedo-iatreia Practica, Curationem Plerorumque Morborum Puerilium per Meras Observationes*. Zwinger era professor de medicina da Universidade de Basileia, na Suíça. Nesse livro, o autor faz observações sobre doenças infantis, demonstra que os sinais e sintomas das doenças das crianças são muito diferentes dos que se observam no organismo adulto. Desde então, os médicos passaram a acentuar a necessidade de se conhecer as peculiaridades das reações do organismo infantil, para se tratar adequadamente das doenças que o acometem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

A história da pediatria brasileira reflete, nas características e tendências de cada uma de suas etapas, os distintos ciclos de desenvolvimento econômico, social e cultural do país, exibindo traços das influências externas ao longo dos anos.

A pediatria brasileira nunca esteve isolada do contexto internacional que configurou o Brasil como nação de múltiplas etnias, grande diversidade cultural e injustas diferenças regionais ainda não superadas. Seu surgimento no País não se desvincula, tampouco, de todo o passado da própria medicina, em cuja evolução foi emergindo, paulatinamente, em vários países, a peculiaridade dos cuidados especializados que a saúde da infância e da adolescência passou a requerer. Os próprios termos pediatria e puericultura (palavra de origem latina: *puer* (criança) e cultura) hoje corriqueiros, não são assim tão antigos se considerado o fato de que somente estão citados pela primeira vez nos séculos XVIII e XIX, respectivamente (AGUIAR; MARTINS, 1996).

Segundo Figueredo e Mello (2007), a atenção à saúde da criança no Brasil tem recebido influências de cada período histórico, das condições sanitárias e epidemiológicas, da evolução dos avanços técnico-científicos e das políticas sociais em curso.

As crianças são seres em crescimento e desenvolvimento, com necessidades específicas em cada fase, pertencendo às diversas classes sociais, com desigualdades não apenas biológicas apresentadas pelas fases de amadurecimento de suas funções orgânicas, mas socialmente determinadas, havendo uma relação diretamente proporcional em relação às vulnerabilidades, aos riscos de adoecer e às suas condições de existência e qualidade de vida (ROCHA, et al., 1998).

No campo da atenção à saúde, a área da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados prestados às populações. Para que essa aconteça de forma efetiva e eficiente, além do conhecimento sobre os determinantes biológicos, demográficos e socioeconômicos, se faz necessário salientar o papel importante que cumprem os serviços e o sistema de saúde. Dificuldades no cumprimento de normas técnicas e no processo de trabalho dos profissionais, o não desenvolvimento de ações educativas, insuficiência de equipamentos e insumos, deficiência da notificação de dados são problemas que persistem, de forma evidente e impeditiva para uma atenção adequada (SAMICO, 2005).

Segundo Alves, Ferreira e Maggi (2004), a manutenção das desigualdades sociais e econômicas que se reflete em desigualdades geográficas, constitui um

importante impedimento para a redução da mortalidade infantil em nosso país, se compararmos a outros países vizinhos ou países desenvolvidos.

Os índices de mortalidade infantil, apesar de serem considerados ainda preocupantes, conquistam gradativamente patamares positivos, conseqüência da conscientização dos direitos da gestante e da criança. Os avanços institucionais obtidos, como por exemplo, os Programas de Imunizações e Aleitamento Materno, levaram a que milhares de crianças sejam salvas da morte todo ano.

Ainda como parte destes avanços, em 1983, a Pastoral da Criança iniciou um trabalho com o propósito de atuar nos bolsões de pobreza e de miséria em que, trabalhando com líderes da própria comunidade, propunha diminuir a mortalidade infantil e melhorar as condições de saúde, nutrição e educação das crianças e suas famílias (GIRADE; DIDONET, 2005).

Em 1984, para o enfrentamento das altas taxas de morbimortalidade infantil, foi formulado pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Ministério da Previdência e Assistência Social, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (Paisc), com o objetivo central de assegurar a assistência integral à saúde da criança, através das ações básicas como resposta do setor saúde aos agravos mais freqüentes e de maior peso na mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade (FIGUEREDO; MELLO, 2007).

Baseado nas análises das condições sanitárias da população, buscava atender as reais necessidades de saúde através do fornecimento de insumos e meios técnicos para todas as unidades de saúde, para que as mesmas tivessem a capacidade de resolver a maioria dos problemas de saúde da criança, através de cinco ações básicas: orientação alimentar, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária (BRASIL, 1984).

Em 1990, realizou-se em Nova York, a Reunião Mundial de Cúpula em Favor da Infância, organizada pelo Unicef, com participação da OMS e de outros organismos internacionais. O Brasil, juntamente com outros 158 países, assinou nesta reunião a "Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e o Desenvolvimento da Criança" que tinha o compromisso de fazer um apelo universal e elaborar um conjunto de metas relacionadas ao bem-estar da criança para serem alcançadas ao longo da década. No mesmo ano, foi promulgada a Lei Federal nº.

8.069 de 13 de julho de 1990, conhecida como o Estatuto da Criança e do Adolescente, estabelecendo direitos e deveres relacionados a esse grupo etário (PERNAMBUCO, 1992).

Os anos 90, segundo Figueiredo e Mello (2007), trouxe para o setor saúde a revitalização do tema família, culminando, em 1994, com a criação do Programa Saúde da Família que reforçava o desenvolvimento das cinco ações básicas para o controle dos agravos mais frequentes nas crianças de 0 a 5 anos, já preconizadas pelo País.

Em 1992, desenvolveu-se um dos maiores movimentos da sociedade civil organizada em defesa dos direitos da criança – o Pacto pela Infância. Nesta ocasião, 24 estados brasileiros elaboraram seus Planos Estaduais de Ação com o objetivo de garantir direitos pessoais e sociais. Outro destaque foi a Lei Orgânica da Assistência Social em 1993 e em 1996 a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1993; 1996).

Em 1995, a questão da mortalidade infantil foi introduzida na agenda política do Governo com a implantação do Programa Comunidade Solidária da Presidência da República, criado com o objetivo de reverter os indicadores sociais nos bolsões de miséria, combatendo problemas como a mortalidade materna e infantil, fome, doenças crônicas, analfabetismo, através de projetos em áreas diversas como educação, saúde, alimentação e infra-estrutura. Este programa, com o foco na saúde, teve como objetivo ampliar a capacidade do setor de atender, de forma integral, a criança de 0 a 5 anos, cabendo também promover a articulação com setores da educação, saneamento, agricultura, segurança alimentar, meio ambiente e a participação comunitária (BRASIL, 1995).

A Organização Pan-americana da Saúde (Opas), em parceria com o Unicef, elaboraram novos enfoques e intervenções, baseados em experiências anteriores, visando melhorar os indicadores da saúde infantil. O resultado disto foi a implantação da Aidpi, adotada oficialmente no Brasil em 1996, nos municípios com Programa de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) implantado, objetivando reduzir as taxas de morbimortalidade por desnutrição, diarreias, pneumonias, malária e sarampo (AMARAL, 2007).

No âmbito da atenção básica, o Ministério da Saúde lançou, em 2002, o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; com o objetivo de adotar medidas para o crescimento e

desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia do direito da população e o cumprimento do dever do Estado, integrando aquelas medidas recomendadas pela estratégia AIDPI. As diretrizes políticas reafirmam que o crescimento e o desenvolvimento infantil são referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente nos aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. Estas normas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foram sendo gradativamente incorporadas às atividades da Estratégia Saúde da Família (FIGUEREDO; MELLO, 2007).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com a finalidade de apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar às equipes multiprofissionais a identificação de ações prioritárias e o cuidado integral para a saúde da criança que devem constar no atendimento básico a esta população. Os principais eixos enfatizados foram o Nascimento Saudável, o menor de 1 ano, e a criança de 1 a 6 e de 7 a 10 anos, onde propõe trabalhar com as linhas do cuidado em instituições de educação e também a atenção as doenças prevalentes da infância (BRASIL, 2004).

Em 2005, o Ministério da Saúde reeditou após revisão do Cartão da Criança, a Caderneta de Saúde da Criança, como instrumento importante para a vigilância integral. A nova caderneta traz dados como alimentação saudável, espaço para a anotação do peso e de estatura, gráficos para anotações do desenvolvimento global, local de anotações de intercorrências clínicas, tratamentos realizados, suplementação de ferro e Vitamina A e o calendário de vacinação. Nesta caderneta, ressaltamos a ampliação da faixa etária para o acompanhamento das crianças até os dez anos, demonstrando uma preocupação com o cuidado integral da criança e os seus direitos como cidadã (BRASIL, 2005).

O acompanhamento do crescimento sistemático da criança constitui o eixo central do atendimento. O Ministério da Saúde propõe a partir dos 2 anos de idade uma consulta por ano, objetivando uma avaliação periódica do ganho de peso, identificando as crianças de maior risco de morbimortalidade.

Os marcos do desenvolvimento, contido na Caderneta de Saúde da Criança possibilitam ao profissional de saúde dialogar com a família para obter informações sobre a criança muitas vezes não detectadas no momento da consulta e proporcionando orientações necessárias. O desenvolvimento deve ser

acompanhado pelos profissionais de saúde nas consultas agendadas, possibilitando a prevenção de agravos, realizando intervenções, quando necessário e encaminhando para o atendimento especializado (BRASIL, 2005).

Em Pernambuco, na década de 90, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, vários projetos também foram fomentados e consolidados. Como o Projeto Cidadão Recife, desenvolvido neste município, implantado nos 06 Distritos Sanitários em conjunto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Com o mesmo objetivo, o governo estadual lançou o Projeto Salva Vidas, implantado em 1995, que diferenciava do projeto nacional por adotar o enfoque de risco não apenas nos critérios de seleção dos municípios, mas também, adotava este critério na seleção das crianças que seriam alvo da intervenção (FRIAS, 2005).

Nos anos seguintes, com o mesmo propósito de melhorar os indicadores de saúde da criança, foi relançado em 1999 o PRMI, com um novo nome: “Criança Feliz” e teve sua implantação em 100% dos municípios. Em dezembro 2006, o Programa acompanhava 38.200 crianças menores de 01 ano no estado (PERNAMBUCO, 2007b).

Acompanhando a Política Nacional de Saúde, a partir dos anos 2000, o governo estadual também desenvolveu em Pernambuco diversas ações paralelas a Programas existentes. Com estratégias que contemplavam a ampliação da cobertura vacinal, ampliação dos Bancos de Leite Humano, entre outros. Em relação a este último, destaca-se a implantação da Central de Leite Humano em parceria com o Corpo de Bombeiro com a finalidade de levar leite de mães que o tinham o bastante para amamentar seu filho e doar para mães que não conseguiam amamentar. O Incentivo ao Aleitamento Materno também ganhou força com o Programa Carteiro Amigo, onde carteiros, também entregavam folders com orientações sobre aleitamento materno e incentivavam as mães a amamentar. Ocorreu também no Estado ampliação de Hospitais Amigo da Criança, Incentivo ao Método Mãe Canguru, Controle da Anemia Ferropriva, Combate as Carências Nutricionais e o combate a Hipovitaminose. Estes movimentos visavam à redução da mortalidade infantil e melhoria da qualidade de vida das crianças.

Em 2007, o Estado de Pernambuco implantou o Programa Mãe Coruja Pernambucana, na perspectiva de reduzir indicadores e estatísticas ainda existentes, principalmente aquelas que estão diretamente ligados à mortalidade infantil e materna, mediante políticas públicas estruturantes e sustentáveis. O

Programa busca a redução da mortalidade infantil e materna, a promoção da saúde das gestantes e crianças de 0 a 5 anos através de eixos estratégicos articulados que vão desde a notificação da gravidez pela rede de saúde, ao acompanhamento do pré-natal, do parto humanizado, do fortalecimento dos vínculos familiares, da segurança alimentar e nutricional sustentável. O estímulo da autonomia sócio-econômica com geração de renda, a erradicação do analfabetismo, o direito à documentação até o direito à profissionalização das mulheres gestantes estão contemplados no Programa Mãe Coruja (PERNAMBUCO, 2007c).

No estado de Pernambuco, a taxa de mortalidade infantil (TMI) vem se mantendo em reduzidos patamares fato que é atribuído à diminuição da mortalidade nas últimas décadas, aos diversos investimentos realizados pelo estado e municípios, através de Programas Nacionais, como promoção do aleitamento materno, terapia de reidratação oral, campanhas de imunização e utilização de melhores técnicas hospitalares, com o investimento em ações de acordo com a realidade local.

Apesar dos esforços que vem desenvolvendo ao longo desses anos na implantação de programas, cuja temática enfoca o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, essas novas práticas não vem se traduzindo em indicadores satisfatórios. Por isso, ao analisar os gráficos verificamos ainda, índices altos de morbidade e mortalidade por doenças diarreicas e infecções respiratórias.

Ao observar as internações por grupo de causas no período de 2004 a 2008, na faixa etária de 2 a 9 anos, verifica-se um importante percentual das doenças do aparelho respiratório, seguida pelas doenças infecciosas e parasitárias, demonstrando com isso a necessidade do cuidado às crianças nesta faixa etária. (Gráfico 2).

Em relação ao percentual de óbitos, no período de 2004 a 2008, de acordo com CID 10, segundo ano de ocorrência e causa básica, as doenças do aparelho respiratório e as doenças infecciosas e parasitárias conferiram percentuais altos, por doenças que poderiam ser evitadas com ações de monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil (Gráfico 3).

% de internação na faixa etária de 2 a 9 anos, por doenças selecionadas, segundo capítulo CID-10, Pernambuco 2004 a 2008.

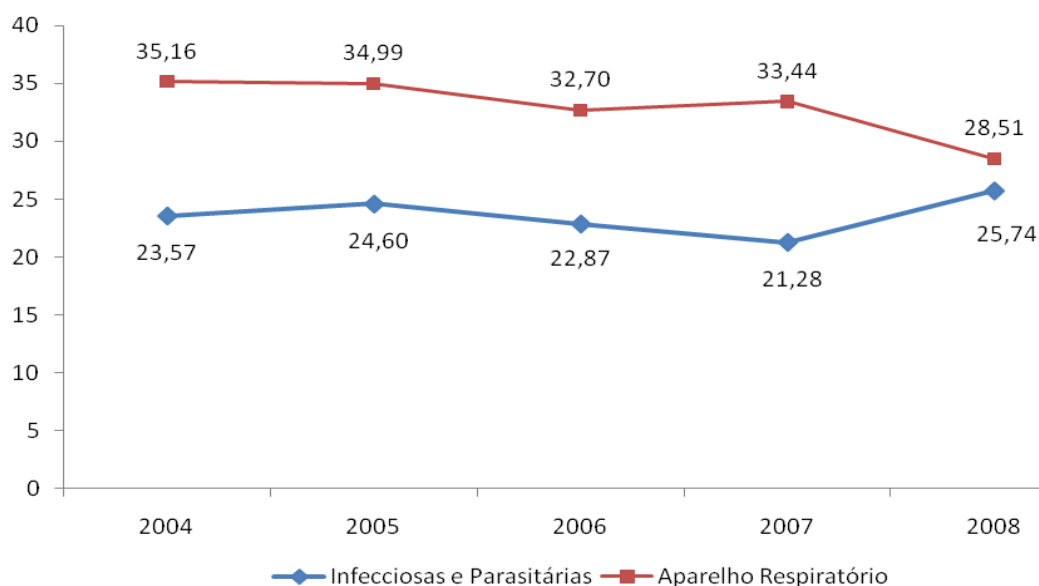


GRÁFICO 2 - Distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária de 2 a 9 anos - CID10 (por local de residência), Pernambuco - 2004 a 2008.
FONTE: Pernambuco (2009).

% de mortalidade na faixa etária de 2 a 9 anos, por doenças selecionadas, segundo capítulo CID-10, Pernambuco 2004 a 2008

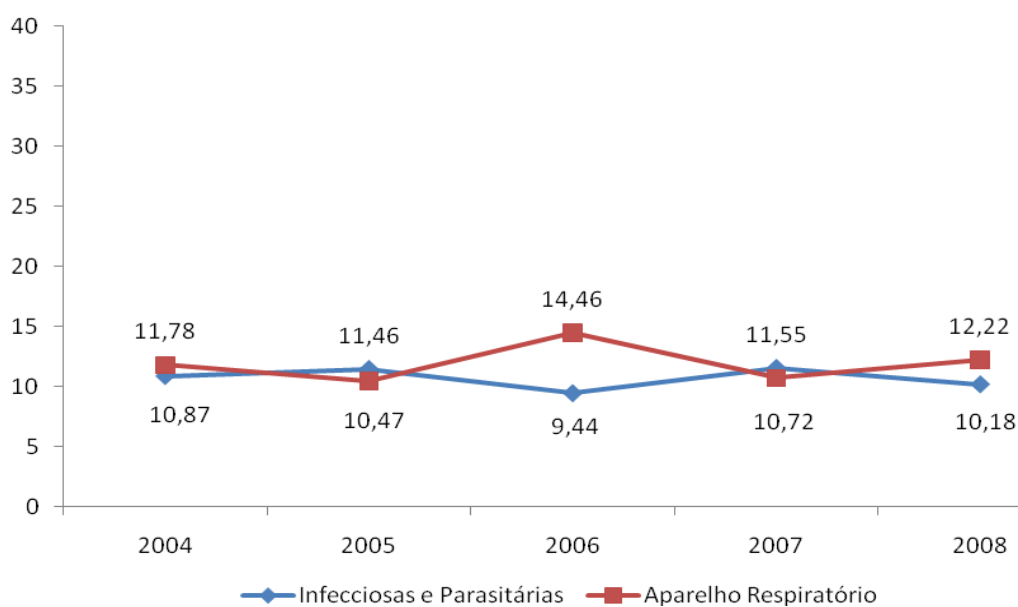


GRÁFICO 3 - Distribuição percentual de óbitos na infância de 2 a 9 anos por causa-capítulo - CID10 (por local de residência), Pernambuco - 2004 a 2008.
FONTE: Pernambuco (2009).

A atenção integral a saúde da criança representa um campo prioritário, dentro dos cuidados à saúde das populações. Para que se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente, esses cuidados devem preceder de um conhecimento sobre as características relacionadas à morbidade e mortalidade. Neste contexto, os cuidados desenvolvidos pela ESF apresentam grande relevância para o enfrentamento dos problemas relacionado aos cuidados insatisfatórios (SAMICO, 2005).

Para tanto, o MS definiu a ESF como um dos principais eixos integrador das práticas assistenciais à criança por meio da sistematização do acompanhamento infantil nas USF. A vigilância da saúde infantil, através da caderneta da criança, como instrumento de monitoramento do crescimento e desenvolvimento e as políticas que vem sendo desenvolvida ao longo dos anos, devem oferecer atendimento mais qualitativo à criança de 2 a 9 anos, na tentativa de reverter ou melhorar os resultados dos dados epidemiológicos (ERDMANN; SOUSA, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a organização do processo de trabalho de equipes da Estratégia Saúde da Família no desenvolvimento de ações da atenção integral à saúde da criança voltada à faixa etária de 2 a 9 anos de idade, no estado de Pernambuco.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Avaliar como está estruturada a agenda de trabalho do(a) médico(a) e enfermeiro(a) da Estratégia Saúde da Família para as consultas das crianças, preconizados para a faixa etária do estudo;
- b) Verificar a realização das ações programáticas, na atenção prestada à criança de 2 a 9 anos de idade na Estratégia Saúde da Família;
- c) Analisar o motivo das consultas realizadas para as crianças de 2 a 9 anos de idade pelo médico(a) e enfermeiro(a) da Estratégia Saúde da Família.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento do Estudo

Esta pesquisa, por constituir-se uma avaliação da organização do processo de trabalho de equipes da ESF no desenvolvimento de ações na atenção integral à saúde criança, utilizou como metodologia um estudo descritivo e exploratório. Em cada uma das cinco USF foi analisado o processo de trabalho do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a) na realização do atendimento a criança de 2 a 9 anos. O contexto foi apreciado dentro de uma abordagem qualitativa e quantitativa, por meio da triangulação dos dados obtidos através da observação da ficha clínica infantil dentro do prontuário da família, o questionário com as mães ou responsáveis e pela análise do conteúdo de entrevistas semi-estruturadas realizadas com os(as) médicos e enfermeiros(as).

4.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em cinco municípios, tendo por base as mesorregiões (regiões geoeconômicas) de Pernambuco, que se configuram em: Região Metropolitana de Recife, a Zona da Mata, o Agreste, o Sertão Pernambucano e o Vale do São Francisco (Figura 2).

A escolha dos locais do estudo foi intencional, onde as mesorregiões foram o primeiro critério e dentro deste, a facilidade do acesso às informações e ao campo de prática, pelo conhecimento que a pesquisadora tem com os dirigentes das pastas da saúde dos municípios ou com as coordenações municipais da ESF.

Definiu-se como campo de pesquisa uma USF de cada um dos seguintes municípios: Recife, capital do estado, incluída de acordo com sua importância; Cabo de Santo Agostinho, da região metropolitana do Recife; Vicência, da Mata Pernambucana, Altinho, do Agreste Pernambucano; e Serra Talhada, representando

o Sertão Pernambucano e o Sertão do São Francisco pela semelhança mesorregional.

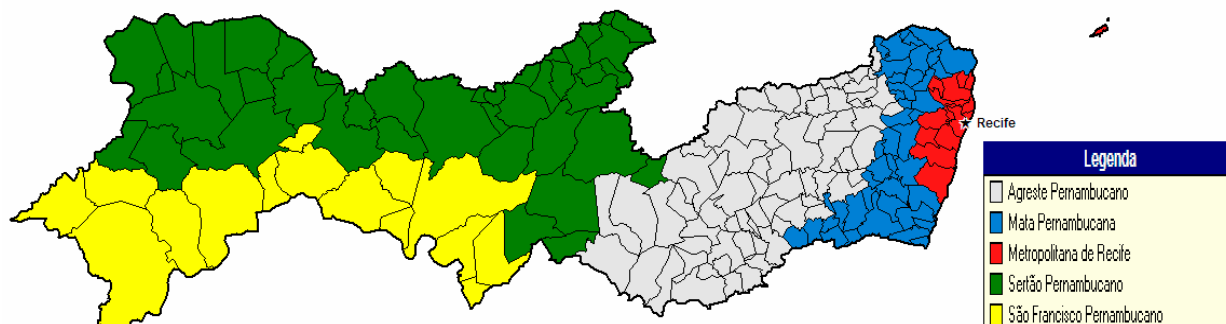


FIGURA 2 - Mesorregiões do Estado de Pernambuco
 FONTE: Atlas de Desenvolvimento Humano (2000).

Três destas mesorregiões (o Agreste, o Sertão e o Vale do São Francisco) estão localizadas no chamado Polígono das Secas, o que corresponde a 88,84% do estado. As áreas mais críticas são as mesorregiões do Sertão Pernambucano e o Vale do São Francisco. São áreas com menores e mais irregulares precipitações pluviométricas, onde se localizam os 41 municípios do Sertão e os 15 do Vale do São Francisco.

Já o Agreste, com 71 municípios, pode ser caracterizado como uma zona intermediária entre a Mata e o Sertão. O Agreste se caracteriza por ter uma economia diversificada, destacando-se: o turismo e a indústria têxtil. Seus índices pluviométricos são maiores que os do Sertão, com média anual entre 800 e 1000 milímetros; no entanto, também está sujeito a secas periódicas.

A Zona da Mata, também conhecida como zona canaveieira é tida como uma das regiões mais férteis do estado. Constituída por 43 municípios, sua economia está concentrada na agroindústria canaveieira. Ao contrário das demais regiões do estado, tem rios perenes e índices pluviométricos elevados.

Finalmente, a Região Metropolitana do Recife, com a maior taxa de urbanização do estado constituída por 15 municípios, contam universidades, hospitais de referência, pólos industriais, centros comerciais, entre outros. Deste modo, acaba concentrando mais da metade de toda a riqueza produzida no estado, fazendo com que sua influência englobe todo o estado de Pernambuco (SOBEL; MUNIZ; COSTA; 2008).

4.2.1 Metropolitana do Recife: Recife

O Recife está dividido em 6 Distritos Sanitários e definiu-se como local do estudo uma USF do Distrito Sanitário II, na comunidade do Alto do Pascoal. Conta com 1.561.663 habitantes e uma área de 218 km² (IBGE, 2009). Atualmente, o Recife possui 226 equipes de Saúde da Família cobrindo aproximadamente 50.30%, da população (BRASIL, 2010b) e um total aproximado de 183.769 crianças de 02 a 09 anos (IBGE, 2009).

O Distrito Sanitário II tem uma população de 233.399 habitantes (IBGE, 2009), com cobertura de 59% pela ESF de acordo com Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) 2009. Na área do Alto do Pascoal, segundo o Siab 2009 estavam cadastradas, nas quatro equipes, 2.004 crianças de 2 a 9 anos de idade, durante a pesquisa realizada em novembro de 2009. Como uma das equipes foi excluída porque estava incompleta, de acordo com o critério de inclusão, no momento da pesquisa de campo, estavam cadastradas nas 03 equipes alvo do estudo 1.783 crianças de 2 a 9 anos e encontradas no momento da coleta 1.561 crianças (Tabela 2).

4.2.2 Metropolitana do Recife – Cabo de Santo Agostinho

A equipe escolhida, Bela Vista II, está situada na Zona Urbana do município do Cabo de Santo Agostinho, no bairro também do mesmo nome. O município faz parte da Região Metropolitana do Recife, com uma área de 447, 875 km². Possui uma população de 171.583 habitantes (IBGE, 2009), uma cobertura de 69,01% pela ESF, correspondendo a 34 equipes (BRASIL, 2010b). Existe um total no município de 21.941 crianças de 2 a 9 anos (IBGE 2009). Na área da USF da Bela Vista II, durante a pesquisa realizada em fevereiro de 2010, estavam cadastradas no Siab 989 crianças de 2 a 9 anos e encontradas no momento da coleta 444 crianças (Tabela 2).

4.2.3 Mata Pernambucana – Vicência

O município de Vicência está localizado na Zona da Mata Pernambucana, com uma área de 230.818 km². A USF escolhida foi Cromácio Figueredo, no bairro do mesmo nome. O local é conhecido como Alto da Foice e fica na Zona Urbana do município de Vicência, da região da Mata Sul.

O município possui oito equipes Saúde da Família e uma população de 27.878 (IBGE, 2009), o que garante 98,60 % de cobertura pela ESF (BRASIL, 2010b). Existem no município 4.654 crianças de 02 a 09 anos (IBGE 2009). Na área da USF de Cromácio Figueredo, durante a pesquisa realizada em novembro de 2009, estavam cadastradas no Siab, 803 crianças de 2 a 9 anos e encontradas no momento da coleta 340 crianças (Tabela 2):

4.2.4 Agreste Pernambucano - Altinho

O município de Altinho está situado na mesorregião do Agreste Pernambucano, possui uma área de 452,66 km² e apresenta uma população de 22.424 mil habitantes e um total de 3.207 crianças de 2 a 9 anos (IBGE 2009).

Altinho conta com 7 equipes da ESF, cobrindo 100 % da população (BRASIL, 2010b). A equipe escolhida foi a USF Camila Omena está localizada na Zona Urbana do município no bairro Vila Nova. Na área da USF de Camila Omena, durante a pesquisa realizada em dezembro de 2009, estavam cadastradas no Siab 864 crianças de 2 a 9 anos e encontradas no momento da coleta 245 crianças (Tabela 2):

4.2.5 Sertão Pernambucano - Serra Talhada

O município de Serra Talhada possui uma área de 2.979,974 km². Conta com 11 equipes e uma população de 80.298 habitantes, dos quais 10.054 são crianças

de 02 a 09 anos de idade (IBGE 2009). Atualmente a cobertura da ESF corresponde a 47.75 % (BRASIL 2010b). A USF escolhida foi do Ipsep e está localizada na Zona Urbana do município. Na área da USF do Ipsep, durante a pesquisa realizada em dezembro de 2009, estavam cadastradas no Siab 864 crianças de 2 a 9 anos e encontradas no momento da coleta 744 crianças (Tabela 2):

Tabela 2 – Número de crianças de 2 a 9 anos cadastradas e existentes nas Unidades de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Município	Unidade de Saúde da Família	Nº de crianças cadastradas no SIAB	Nº de crianças existentes no momento da coleta
Recife	Alto do Pascoal	1.783	1.561
Cabo de Santo Agostinho	Bela Vista II	989	444
Vicência	Cromácio Figueredo	803	340
Altinho	Camila Omena	864	245
Serra Talhada	Ipsep	864	744
Total	--	5.303	3.334

4.3 Sujeitos alvo da pesquisa

Os sujeitos da investigação foram todos os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) da ESF lotados e em atividade na USF e um conjunto de mães ou responsáveis pelas crianças de 2 a 9 anos de idade, que foram consultadas e depois entrevistadas após o atendimento com os(as) médicos(as) ou os(as) enfermeiros(as) da ESF, no período do trabalho de campo na USF (Tabela 3).

**Tabela 3 – Quantitativo de entrevistados nas Unidades de Saúde da Família.
Pernambuco, 2010.**

Municípios	Nº de Médicos(as)	Nº de enfermeiros(as)	Nº de mães ou responsáveis pela crianças de 2 a 9 anos
Recife	03	03	16
Cabo de Santo Agostinho	01	01	05
Vicência	01	01	03
Altinho	01	01	04
Serra Talhada	01	01	07
Total	07	07	35

4.4 Trabalho de campo e instrumentos de coleta

4.4.1 Instrumentos de coleta

Os dados foram coletados mediante a consulta e análise dos seguintes instrumentos: roteiro de observação do prontuário da família, através da ficha da consulta clínica infantil e/ou do cartão espelho da criança, (Apêndice A), um questionário estruturado de entrevista com a mãe ou responsável pela criança de 2 a 9 anos (Apêndice B), e por último, um questionário semiestruturado (Apêndice C), com os médicos(as) e enfermeiros(as) das USF.

Para analisar o prontuário da família, selecionou-se a ficha clinica infantil e/ou cartão espelho, enquanto instrumento de observação indireta, já que se busca através dos registros das ações desenvolvidas por estes profissionais o cumprimento (ou não) dos conceitos e diretrizes preconizados pelo modelo de atenção à saúde (Tabela 4).

Nesta pesquisa, compreendeu-se que o atendimento a criança não deve se restringir ao problema que a levou à USF, mas que os profissionais deveriam se valer da oportunidade para realizar uma abordagem global.

Os passos constituintes considerados para a atenção integral à saúde da criança foram: a avaliação do motivo do atendimento; realização de exame físico

completo; estabelecimento de hipótese diagnóstica; conduta pertinente para cada caso consultado, como também, a avaliação do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, aplicação da Vitamina A e situação vacinal.

O roteiro de observação foi construído e previamente testado, na USF do Alto do Pascoal - Recife, a partir dos critérios técnicos utilizados para a Caderneta da Criança e do Manual para Utilização da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2005); a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004) e o Manual Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL 2002a).

Com a finalidade de dar maior robustez às análises, buscou-se aplicar um questionário estruturado, com perguntas que abordam aspectos essenciais no atendimento à criança, aplicado às mães ou responsáveis pelas crianças de 2 a 9 anos de idade atendidas pelos(as) médicos(as) ou enfermeiros(as) na USF.

E, por fim, uma entrevista semi-estruturada com médicos(as) e enfermeiros(as) consultantes nas unidades incluídas no estudo para delinear o perfil e, conseqüentemente, a adesão à Atenção Integral à Saúde da Criança.

4.4.2 Procedimento de coleta

Antes de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora apresentou aos profissionais de saúde de cada USF envolvidos na pesquisa o objetivo do estudo e como a mesma seria realizada. As equipes se mostraram receptivas se colocando à disposição para contribuir com o estudo. O período de coleta ocorreu entre a segunda quinzena de novembro de 2009 e fevereiro de 2010.

Nestes meses de coleta, a pesquisadora realizou, *in loco*, numa frequência de seis a oito turnos, a consulta aos arquivos das sete equipes visto que, cada equipe possui arquivos específicos para os prontuários de acordo com a população adscrita.

O roteiro de observação dos prontuários foi adotado para analisar as fichas clínicas e/ou cartão espelho das crianças de 2 a 9 anos. Foram analisados 10% do total de crianças na faixa etária do estudo existente nas USF no momento da coleta. Este percentual foi definido com base no cálculo de amostra do EpiInfo 6.0

considerando como variável chave o preenchimento do prontuário da criança ou a existência de cartão espelho no prontuário, com percentual de 60%, conforme encontrado na pesquisa de Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2000). Destacamos que este percentual não foi considerado a partir dos prontuários e sim do número total das crianças, porque nos prontuários da família, em alguns casos, há mais de uma criança da mesma faixa etária. Foi considerada uma frequência esperada de crianças acompanhadas na puericultura de 20%, um erro aceitável de 5% e um intervalo de confiança de 95%. A representatividade foi feita por cada equipe da USF. Foi solicitado que as equipes fizessem uma lista das crianças, tendo sido sorteada a primeira criança e em seguida, analisados os prontuários a cada 10 crianças. A distribuição da amostra segue a tabela abaixo:

Tabela 4 – Quantitativo de crianças de 2 a 9 anos cadastradas, existentes e o número de fichas clínicas infantil e/ou cartão espelho analisados nas Unidades de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Municípios	Unidade Saúde da Família	Nº de crianças cadastradas no SIAB	Nº de crianças existentes no momento da coleta	Nº de ficha clínica infantil e/ou cartão espelho da amostra
Recife	Alto do Pascoal	1.783	1.561	160
Cabo de Santo Agostinho	Bela Vista II	989	444	46
Vicência	Cromácio Figueredo	803	340	34
Altinho	Camila Omena	864	245	26
Serra Talhada	Ipsep	864	744	74
Total	--	5.303	3.334	340

O número de mães ou responsáveis para realização das entrevistas, inicialmente prevista foi de 1% do total de crianças cadastradas na USF no momento do trabalho de campo. Esse número foi tomado como referência inicial mas, dado ser uma pesquisa qualitativa, o critério principal para o número de mães entrevistadas foi o da saturação da resposta. As entrevistas realizadas com as mães ou responsáveis, das crianças de 2 a 9 anos, depois da consulta com o profissional

médico(a) ou enfermeiro(a), eram realizadas independente do motivo da consulta. Em sua totalidade, as mães se mostraram receptivas ao responder o questionário.

Foram entrevistadas 31 mães e 04 responsáveis pelas crianças, sendo duas tias, uma avó e um pai. As entrevistas eram estruturadas, não houve gravação de áudio, mas, a pesquisadora durante as entrevistas conseguiu obter informações, coletar dados subjetivos possibilitando compreender, até certo ponto, os valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas com os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) foram realizadas com gravações de áudio acompanhando um roteiro de entrevista de acordo com a disponibilidade de cada profissional, que se adaptava de acordo com a agenda de atendimento. Os profissionais também colaboraram para o êxito da pesquisa de campo.

Ao final do trabalho de campo, os dados coletados através do roteiro de observação do prontuário e questionário com as mães ou responsáveis foram consolidados. As entrevistas semiestruturadas com os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) foram transcritas por profissional habilitado. A pesquisadora escutou e leu várias vezes as transcrições na busca de analisar os dados e buscar as explicações para os eventos.

Desse modo, procurou-se identificar os aspectos relevantes para o questionamento da pesquisa, na Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos de idade:

1. Estruturação da agenda de trabalho pelo(a) médico(a) e enfermeiro(a) da ESF para a consulta preconizada para as crianças nesta faixa etária;
2. Preenchimento das variáveis de acompanhamento da ficha clínica infantil e/ou do cartão espelho da criança, em relação ao crescimento e desenvolvimento, vacinas, Vitamina A e intercorrências clínicas;
3. Quanto ao motivo das consultas realizadas, procedeu-se a classificação quanto ao tipo de atendimento: urgência, agravo crônico, doenças prevalentes na infância ou atendimento de rotina para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

4.5 Análise dos dados coletados

Para a análise, se utilizou da contribuição de algumas técnicas de análise de conteúdo para que, além da abordagem descritiva e exploratória buscasse explicações para este evento.

Segundo Pope e Mays (2009), a análise pode buscar apenas descrever a visão das pessoas sobre comportamento ou ir além, fornecendo explicações que possam tomar a forma de classificações, tipologias, padrões, modelos e teorias.

A Análise de Conteúdo constitui um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979 apud MINAYO, 2008, p. 303).

A partir dos dados coletados, analisados e consolidados, foi realizada a investigação para identificar os elementos principais, contidos nos prontuários da família e nas falas dos entrevistados, de acordo com os pressupostos definidos na pesquisa. Esses elementos se formaram a partir dos referenciais teóricos, as inferências dos sujeitos alvo da pesquisa, de leituras do material obtido baseado nos principais tópicos referentes aos objetivos a serem alcançados. Com os resultados obtidos, tentou-se compreender os significados liberados pelos sujeitos da investigação permitindo reforçar ou enfraquecer a hipótese do trabalho.

Para a análise quantitativa dos dados coletados, realizado através da observação da ficha clínica infantil de cada USF e as entrevistas estruturadas com as mães ou responsáveis, foram consolidados e processados através do epi-info, na busca de representar as USF estudadas.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, a Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, a Secretaria de Saúde de Vicência, a Secretaria de Saúde de Altinho e a Secretaria de Saúde de Serra Talhada, tendo recebido sem ressalvas, a carta de anuência para sua realização.

Após a liberação da carta de anuência dos municípios, o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética (CEP) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (CPqAM), Fundação Oswaldo Cruz, no qual foi aprovado atendendo assim as definições da resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Em 13 de novembro de 2009, a pesquisadora recebeu o parecer nº 62/2009 aprovando o projeto através do parecer nº Caae 0056.0.000.095-09, a ser realizado de acordo com a formatação apresentada a CEP.

Foi garantido o sigilo sobre a identidade dos sujeitos investigados e todas as informações prestadas foram tratadas de forma confidencial. Os riscos dos participantes foram relacionados a possíveis constrangimentos em responder os questionamentos, estando os benefícios relacionados a possíveis melhorias dos serviços de saúde, a partir de sua contribuição nas pesquisas desenvolvidas.

Anteriormente à coleta dos dados, cada profissional da equipe, mãe ou responsável pela criança atendida tiveram esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa. Ao concordar em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices D e E).

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a coleta dos dados dos prontuários da família através da ficha clínica infantil da criança de 2 a 9 anos, das entrevistas com as mães ou responsáveis e com médicos(as) e enfermeiros(as) das USF, passou-se a fazer a análise dos mesmos de forma triangulada e comparativa com os pressupostos da ESF no que refere à Atenção Integral à Saúde da Criança nesta faixa etária.

Para melhor organização dos dados coletados, tratou-se de classificá-los de acordo com as categorias de análise, a partir das variáveis intervenientes relacionadas aos resultados. Na apresentação destes resultados, em vários momentos, transcrevemos trechos das respostas dos participantes, para exemplificar as categorias discutidas.

6.1 O Médico(a) e o(a) Enfermeiro(a) da Estratégia Saúde da Família na Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos

Na pesquisa dos profissionais entrevistados, médicos(as) e enfermeiros(as), constatou-se uma tendência maior de indivíduos do sexo feminino, principalmente entre a categoria de enfermagem.

Em relação à formação especializada desses profissionais, não houve habilitados em pediatria, tendo se verificado que a metade dos profissionais havia realizado o Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde da Criança, especificamente o Aidpi, havendo uma concentração maior destes na categoria de enfermagem e uma predominância entre os profissionais da USF do Recife.

Quanto ao tempo de formado e experiência dos(as) médicos(as) e enfermeiros(as) na ESF, encontrou-se como resultado, profissionais recém formados e atuando há poucos meses e outros com mais de vinte e cinco anos de formado, sendo a grande maioria formados e atuando entre cinco a quinze anos de atividade. Não houve concordância com Longo (2008), onde afirma que, com algumas exceções, o perfil do médico da ESF é a do profissional já aposentado que retorna à ativa ou do recém formado que não conseguiu sua pós-graduação. Em relação ao

tempo em que trabalham na mesma USF, a metade trabalha a menos de dois anos, principalmente os profissionais das regiões da Zona da Mata e Agreste, resultado que corrobora com uma característica de rotatividade dos profissionais entre os municípios, vivenciada na prática pelos gestores.

De acordo com o perfil traçado, principalmente nas USF fora da capital, os profissionais são inseridos na ESF, muito mais pela disponibilidade do que pelo perfil, isto fica mais evidenciado em relação ao profissional médico(a). Na categoria de enfermagem, observa-se uma busca um pouco maior em seu aperfeiçoamento.

Ao analisar as entrevistas com os(as) médicos(as) e enfermeiros(as), o tempo de formado traduz as transformações curriculares que os cursos de graduação tanto o de Medicina como o de Enfermagem vem sofrendo. Pode-se reforçar este acontecimento através dos relatos dos profissionais:

[...] Não recebi nenhuma formação para trabalhar no PSF, porque naquela época em que me formei, não existia ainda a graduação em saúde da família” (informação verbal).²

[...] Sim, o nosso curso passou recentemente por uma reforma curricular e a minha turma inclusive, foi a segunda turma que iniciou a reforma e nessa nova proposta, a gente teve uma atenção melhor na atenção básica, desde o primeiro período já começamos a ir pro PSF, ter um contato mais próximo com a rotina dos profissionais da atenção básica (informação verbal).³

Ao traçar o perfil dos médicos(as) e enfermeiros(as) que atuam na ESF, os resultados constituem um instrumento importante na promoção e readequação de programas curriculares de capacitação oferecidos para os profissionais, sob a perspectiva da inserção no mercado de trabalho, com uma percepção inovadora nas práticas de atenção à saúde da população (MACHADO, 2000).

Amoretti (2005) afirma que a formação dos novos profissionais está condicionada à mudança na educação. O autor discute que os alunos da graduação e pós-graduação precisam compor com os profissionais de todas as categorias que trabalham na saúde, e devem compreender as dificuldades e as possibilidades das práticas conjugadas em saúde e viver o cotidiano do SUS.

Com a implantação da ESF, foi criada uma demanda de profissionais com qualificações específicas, não supridas pelas Universidades na graduação.

² Entrevista com Enfermeira

³ Entrevista com Médico

Iniciativas têm sido tomadas no sentido de inserir nos cursos de formação profissional, novas práticas e saberes buscando um caminho para a integralidade da assistência e do cuidado às pessoas de acordo com as suas necessidades.

A equipe de Saúde da Família tem no seu núcleo principal a figura do(a) médico(a) e do(a) enfermeiro(a), crença imputada a esses profissionais como capazes de influírem na melhoria da qualidade de vida, pelo conhecimento científico na sua formação e capazes de exercer as diversas atividades, principalmente fornecer respostas singulares para as necessidades da população.

Segundo Romano (2008), o médico de família deve saber manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam desde a criança até o idoso sem perder a visão ampla da comunidade aos quais estes indivíduos estão inseridos.

A ESF propõe uma inserção diferenciada da enfermeira na equipe de saúde. A valorização da área de conhecimento específica desse profissional pressupõe que a prática da enfermagem, que é mais voltada ao cuidado, permita a aplicabilidade da concepção dos eixos fundamentais da Estratégia, como a prática da integralidade e as ações de educação em saúde (PRADO; FUJIMORI, 2006).

Cotta et al. (2006) afirmam que os profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade na articulação com vários setores envolvidos na promoção da saúde. Mas os profissionais percebem as dificuldades de mudar a realidade com os recursos disponíveis e sentem a necessidade de políticas públicas mais transformadoras.

Mendes (1996) propõe a ênfase na Promoção da Saúde como estratégia diferenciadora em relação ao modelo tradicional, dando prioridade à intervenção social pelos serviços de saúde. Baseado nesse novo paradigma, o trabalho dos profissionais estaria referido, genericamente, à saúde e, não exclusivamente, ao tratamento.

Em contato direto com a realidade de vida da população, frente aos diversos problemas sociais, o posicionamento dos(das) médicos(as) e enfermeiros(as) modificavam bastante. Em seus depoimentos, alguns relatavam sensação de impotência, outros admitiam uma postura mais caridosa em relação às situações apresentadas, enquanto havia também aqueles com atitude de reprovação,

direcionando aos “maus hábitos” a dificuldade de compreensão para as orientações repassadas nos atendimentos.

[...] a cultura impede que o paciente vá pra fazer um check-up. Normalmente vai, realmente pra atender a doença de base. Normalmente quando tem uma crise aguda, na criança normalmente é uma doença aguda, eles geralmente nos procuram, mas para fazer uma avaliação rotineira, é muito difícil (médico).

[...] eu vejo o coração, peço pra abrir a boquinha pra ver os dentinhos, que também aqui são muito mal cuidados (médico).

[...] aqui o pessoal pensa que é Escandinávia??? pega a água da torneira e bebe [...] são varias bandeiras que a gente enfrenta no PSF, porque os absurdos são freqüentes [...] “eu pareço um disco quebrado, sempre repetindo, pra vê quem sabe um dia a gente consegue (enfermeira).

[...] as mães abrem a boca assim, com o maior orgulho, ah, minha filha só come Nissin Miojo e biscoito recheado, dá um trabalho, colega, pra gente vê isso (médica).

Todas as equipes estão inseridas em comunidades que apresentam grandes dificuldades socioeconômicas. Observou-se que, os profissionais vivenciam situações de dilema, provocando dicotomia na sua forma de atuar entre intervenções de âmbito individual e coletivo e entre ações de prevenção, promoção e curativas.

6.2 O Prontuário da família na Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos

Observando a organização do prontuário da família, este se apresentou em ordem numérica crescente por família cadastrada por micro-área, havendo variação tanto das micro-áreas como do número de famílias por cada equipe. Com exceção de uma USF do Sertão, as famílias são cadastradas em ordem crescente independente da micro-área, isto é, o número das famílias é seqüencial e crescente.

Encontrou-se no lado externo do envelope – Prontuário da Família – informações semelhantes às contidas na ficha A do Siab, contemplando dados demográficos, sociossanitários e agravos à saúde, Pereira (2008) refere que a utilização adequada do prontuário possibilita uma melhoria no acompanhamento da população e na qualidade da atenção prestada, e deve ser composto de todas as

fichas clínicas utilizadas pelos profissionais de saúde que atendem as famílias. Em uma das USF, o envelope não correspondia ao padrão dos demais, era um envelope pequeno, onde as fichas eram guardadas e apresentava na frente, a identificação da micro-área, o número da família e o nome dos seus membros.

No interior dos prontuários, das cinco USF pesquisadas, ficam as fichas clínicas dos diversos componentes da família, crianças, adultos, gestantes, saúde bucal, entre outros. Em todas as USF, existiam locais específicos para armazenar os prontuários, sendo de fácil acesso, dentro da própria USF, com a consulta a este documento, podendo ser manuseado por todos os membros da equipe. Mas, observamos que o material do envelope é frágil e com o frequente manuseio, superlotação de fichas dentro do envelope, arquivos mal dimensionados para o armazenamento e com o crescente número de famílias, eles se encontravam rasgados e sem substituição, além de apresentarem mofo, folhas misturadas e informações insuficientes.

Essas características e formas de organização dos prontuários foram observadas em todas as USF, independente da região de atuação da equipe.

6.2.1 Ficha clínica infantil

Em relação à ficha clínica infantil, alvo do estudo, verificou-se que não há padronização da mesma, o registro é livre e, em alguns casos os atendimentos são registrados em folhas avulsas. O registro, por alguns profissionais, de dados essenciais como identificação da criança, o número do registro da criança e a data de atendimento é confusa, muitas vezes não segue uma sequência lógica e a caligrafia, deixa a desejar. Em algumas ocasiões, houve a necessidade de solicitar o apoio de membros da equipe para “decifrá-las”, não ocorrendo em muitos deles sucesso no entendimento da escrita, dificultando a compreensão para observar o atendimento da criança.

Na maioria dos registros, detectaram-se poucas anotações, a mais comum, se restringia basicamente à queixa principal da mãe ou responsável e o tratamento, caracterizando um atendimento resumido e fragmentado.

Para Bassan e Caetano (2005), a ficha clínica do paciente é, por excelência, um instrumento de registro de informações, ele também afirma que a história clínica tem um valor inegável, da mesma forma o registro das informações no prontuário, pois todos os elementos são fundamentais para a orientação das decisões a serem tomadas.

Segundo Issler, Leone e Marcondes (2002), para conhecer os principais problemas que acometem as crianças, é necessário colher informações que apontem tanto para uma visão quantitativa da produção, quanto para uma avaliação qualitativa da assistência prestada. Para esses autores, os registros quando encontrados e organizados na ficha clínica infantil permitem analisar os aspectos favoráveis e desfavoráveis do acompanhamento da criança. No entanto, as equipes das USF não tem prezado pela qualidade dos registros, levando a hipótese de não estar integrada ao serviço, necessitando conhecer melhor a importância e a aplicabilidade dessas informações.

Silva (2007) considera o prontuário um documento de extrema relevância que visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e consequentemente direcionar os melhores procedimentos e assinalar todos os cuidados preventivos adotados pelos profissionais.

Para Conill (2004), não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos, o que é importante é verificar se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais, considerando a integralidade como atributo da atenção primária. No mesmo sentido, Prado e Fujimori (2006) referem que um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde da criança é o registro no prontuário para garantir o seguimento da criança.

Na análise dos prontuários, embora o nome da criança de 2 a 9 anos constasse na relação da família na frente do envelope, ao selecionar as fichas clínicas para realizar as análises, verificou-se que em 10,60 % dos prontuários não existia a ficha específica da criança, isto é, dos 340 prontuário da amostragem inicial, apenas 304 tiveram a ficha clínica infantil analisada. Ao constatar a existência da ficha da criança dentro do prontuário, observou-se que 23,68% das crianças, não receberam algum tipo de atendimento acima de 2 anos (tabela 5).

Tabela 5 - Situação da criança de 2 a 9 anos em relação ao registro dos prontuários e aos atendimentos em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Situação da criança	%
Sem ficha clínica infantil dentro do prontuário	10,60
Com ficha clínica infantil dentro do prontuário e sem atendimento acima de 2 anos	23,68
Com ficha clínica infantil dentro do prontuário e com atendimento acima de 2 anos	76,31

Pereira (2008) afirma que o prontuário propicia a visão gráfica da família e de suas relações, bem como dos aspectos evolutivos ao longo do tempo que podem influenciar suas interações presentes.

Portanto, no que tange às consultas observadas através dos registros nas fichas clínicas infantis, as equipes ainda realizam um atendimento, praticamente, sem proceder as anotações, não se pode conceber o atendimento na USF de forma simplista. A ESF provocou a mudança do modelo e essa mudança demanda alterações do processo de trabalho.

6.2.2 Peso e Estatura

Nesta categoria, ao se estudar as informações quanto ao peso e estatura, registros importantes na avaliação do crescimento da criança de 2 a 9 anos, através da fala das mães ou responsáveis, dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) associado a observação da ficha clínica infantil, identificou-se um melhor desempenho para o registro do peso e estatura nas respostas das mães e nas falas dos profissionais do que o próprio registro na ficha clínica infantil.

[...] O Exame físico geral, não tem nada específico, só a questão, crescimento/desenvolvimento, vê peso, estatura [...] (médica).

[...]A gente tem que fazer a anamnese, vê o estado da criança, a estatura, peso, altura, massa corpórea [...] (enfermeira).

Em relação ao peso, a grande maioria das mães ou responsáveis refere que os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) realizam as orientações e registram o peso no cartão da criança, sendo que as demais mães referiram que é o Agente Comunitário de Saúde quem realiza esta atividade. Quanto à estatura, um percentual maior refere que os profissionais médico(as) e enfermeiros(as) não realizam as orientações e nem registram no cartão da criança (tabela 6).

Tabela 6 – Registro do peso e da estatura da criança mediante resposta da mãe ou responsável em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Resposta da mãe	Registro do peso da criança	Registro da estatura da criança
Sim	88,57	45,71
Não	11,43	54,29
Total	100,00	100,00

O peso e a estatura são medidas antropométricas básicas e para terem significado devem ser relacionadas à idade, sexo ou a outra variável antropométrica. Estas medidas permitem que se situe a criança dentro de uma faixa aceita como satisfatória, de acordo com a referência de crescimento utilizada (BRASIL, 2002).

A forma mais adequada para o acompanhamento do crescimento de uma criança, nos serviços básicos de saúde, é o registro periódico do peso/idade no Cartão da Criança e é utilizada como indicador para avaliar o estado nutricional da criança. (BRASIL, 2002).

Na análise do prontuário, verificou-se que os(as) médicos(as) e enfermeiros(as) da USF do Recife, em sua grande maioria, verificam e registram o peso da criança, mas, nas USF das demais regiões os registros são mínimos. Porém, a existência do registro do peso não confere a realização de algum tipo de orientação ou acompanhamento do crescimento. Pode-se explicar o fato, através da ausência de registro das informações na ficha de evolução infantil e da não

existência de um cartão espelho, cópia do cartão da criança, anexado ao prontuário infantil.

Os resultados em relação à estatura são mais preocupantes, percebe-se que a grande maioria dos médicos(as) e enfermeiros(as) não registra a estatura. Os poucos achados também se concentram na USF do Recife (tabela 7).

Tabela 7 – Registro do Peso e Estatura a partir da observação do prontuário em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Informações do prontuário	Peso	Estatura
Informação Presente e Legível	32,89	5,26
Informação Ausente	43,42	71,06
Sem atendimento acima de 02 anos	23,68	23,68
Total	100,00	100,00

Pereira (2008) ressalta a importância o uso do prontuário na ESF, enquanto instrumento de trabalho, garantindo o registro das informações, de forma ágil, permitindo o acesso às informações realizadas por toda a equipe de saúde e, portanto, reunindo informações necessárias para a continuidade da atenção prestada.

6.2.3 O exame físico

Para se estudar o manejo da consulta infantil através do exame físico, mediante a percepção da mãe ou responsável, assim como se fez para a análise do prontuário, considerou-se o exame completo, quando o profissional iria além da queixa principal.

Ao perguntar às mães ou responsáveis, se o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) examinou sua criança por inteiro, os resultados positivos são compatíveis com as falas dos profissionais. Nos relatos, os profissionais ressaltam que o exame físico completo deverá ser realizado na busca de observar as crianças como um todo, independente da queixa principal.

[...] A questão do exame físico é você ver peso, altura, ver questões da pele, ver toda a parte física mesmo da criança, né, o exame físico tem que ser um exame mais detalhado, e também assim, tá atenta sempre, perguntando ao responsável se a criança tem alguma queixa (enfermeira).

[...] O exame físico, eu faço como eu aprendi na faculdade, crânio/caudal [...] eu vejo tudo isso, eu tento fazer um exame físico completo [...] vê mucosa, respiração, ausculta, é importantíssimo [...] e dando prioridade a queixa dela (enfermeira).

[...] O exame físico, primeiro a gente começa, com anamnese, que a gente faz com os pais, a agente procura examinar todos os órgãos, todos os sistemas, aparelho respiratório, abdominal, os membros inferiores [...] (médico).

No entanto, essas falas são contraditórias com os registros analisados. Ao verificar os prontuários, os dados demonstraram, praticamente, a inexistência das anotações referidas nas falas. Verificou-se que os profissionais da ESF ainda realizam seu atendimento dentro do padrão do Posto de Saúde dito tradicional, ou seja, um atendimento focado na doença, no qual prevalecem os elementos assistenciais curativos, descrevendo a queixa e o tratamento.

Ao verificar, na ficha clínica, o exame físico completo da criança (tabela 8), que vai além da queixa principal, considerando os exames da pele e mucosa, sistema cardiovascular, respiratório e abdominal, observou-se:

Tabela 8 – Registro do exame físico completo na ficha clínica infantil em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Informações do prontuário	Exame físico
Informação Presente e Legível	4,28
Informação Ausente	71,38
Informação Presente, porém ilegível	0,66
Sem atendimento acima de 02 anos	23,68
Total	100,00

Para Maggi et al. (2002), as informações da anamnese, associadas a um exame físico completo, poderão ser feitas por segmentos corpóreos no sentido craniocaudal, possibilitando a formulação de uma hipótese diagnóstica adequada. A comunicação entre profissional/paciente precisa ser prestigiada e o profissional deve verificar sempre se a mãe/responsável os entendeu corretamente. Ele ainda afirma que a correta anotação das informações é um sinal de respeito, além do seu valor legal e científico.

Bassan e Caetano (2005) ressaltam que a história clínica oferece dados relevantes, que não podem ser obtidos por nenhum outro método, fundamentais para o processo do diagnóstico e da tomada de decisões. As informações coletadas precisam também estar registradas de modo a permitir a avaliação do estado clínico.

Para Reis et al. (2007), as consultas nas USF são realizadas de modo tradicional, isto é, o motivo do atendimento é baseado na queixa da doença e recebe a prescrição de uma conduta ou de medicamento.

Os projetos terapêuticos individuais, segundo Mattos (2004), na perspectiva da integralidade não devem ser entendidos como simples aplicação dos conhecimentos sobre a doença, mas levar em conta as ações voltadas para a prevenção.

6.2.4 Tratamento, encaminhamento e retorno

Quanto ao enfoque para o tratamento específico no atendimento a criança de 2 a 9 anos, os resultados obtidos através da análise do prontuário, demonstram que priorizou-se o tratamento das doenças, correspondendo ao padrão de consulta tradicional, ou seja reafirmam a ênfase de inspiração flexneriana de examinar, diagnosticar e prescrever. Na quase totalidade dos atendimentos observados, o profissional médico(a) foi o detentor das consultas nesta faixa etária. Os profissionais de enfermagem ficaram restritos ao atendimento até um ano. Pode-se reforçar este acontecimento através do relato.

Nessa faixa etária, as crianças são agendadas pra o atendimento médico, no caso eu só faço atendimento até um ano de idade (Enfermeira).

Quanto aos encaminhamentos para referência, não constituiu uma atitude predominante, neste elemento prevalecem a resolução da maioria dos agravos pelo profissional da USF. Os registros encontrados para os encaminhamentos foram, principalmente, para os casos de patologias crônicas, acidentes, entre outros.

Outro ponto avaliado na consulta de 2 a 9 anos foi a orientação do retorno às mães ou aos responsáveis. Ao avaliar as falas dos profissionais, percebeu-se que a grande maioria utiliza as orientações do retorno para as intercorrências clínicas.

Às vezes, chega uma criança numa urgência, um paciente com uma pneumonia, alguma coisa, a gente atende, e já agenda pra ela retornar num período de quarenta e oito horas pra ser reavaliado, acontece muito isso, a questão das urgências, e também se for detectado algum problema na criança [...] (Médica).

Algum sinal de perigo que ele possa ter, uma diarreia que não responde, a criança tá mole, com febre muito alta, cansaço ou qualquer outro sinal que a mãe perceba que a criança não está no seu estado normal, que ela deve retornar [...] (Enfermeira).

Mas, ao avaliar esta mesma questão na observação do prontuário, prevaleceu a ausência de informação. Praticamente, não há registro para nenhuma forma de retorno seja para o agravo ou para acompanhamento da criança (Tabela 9).

Tabela – 9 Registros das consultas de retorno para o seguimento da doença e para o crescimento e desenvolvimento na ficha clínica infantil em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Informação do prontuário	Seguimento para a doença (%)	Seguimento para o Crescimento e Desenvolvimento (%)
Informação presente e legível	0,66	0,33
Informação ausente	75,66	75,99
Sem atendimento acima de 2 anos	23,68	23,68
Total	100,00	100,00

6.3 Organização da Atenção Integral à Saúde da criança na Estratégia Saúde da Família

6.3.1 A mãe ou responsável pela criança de 2 a 9 anos

Na pesquisa, não houve preocupação de estratificar as crianças de 2 a 5 anos ou de 5 a 9 anos, mas, tivemos um maior número (60%) de entrevistas com as mães das crianças de 5 a 9 anos. Todas as crianças que foram atendidas tiveram como objeto de consulta as intercorrências clínicas e foram consultadas pelo(a) médico(a).

As mães ou responsáveis se mostraram receptivas às entrevistas. Uma grande maioria dizia que era bom esse tipo de pesquisa para melhorar o atendimento; outras, apesar das explicações sobre os objetivos não punitivos do estudo, responderam com um certo grau de benevolência, principalmente nas regiões da Mata, Agreste e Sertão. Poucas mostraram um grau de timidez ao responder as perguntas.

Vivenciando a experiência em aplicar o questionário, a pesquisadora observou nas ponderações das mães ou responsáveis, a responsabilidade e a idolatria que elas atribuem principalmente à figura do “doutor”, tão importante no encontro de soluções para os seus problemas. Há uma preocupação das mães, nas regiões com maior dificuldade de fixação do médico, que este profissional deixe de atender na USF. Embora se perceba nas subjetividades das respostas e nas respostas objetivas das mães (tabela 10 e 11), a deficiência de orientações para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Tabela 10 – Registro de orientação pelo(a) médico(a) e enfermeiro(a) para a consulta de retorno para o acompanhamento da doença em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Resposta da mãe	%
Sim	80,00
Não	20,00
Total	100,00

Tabela 11 – Registro de orientação para a consulta de retorno para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelo(a) médico(a) e enfermeiro(a) em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Resposta da mãe	%
Sim	25,71
Não	74,29
Total	100,00

A grande maioria das mães tem como referência o médico que atende os filhos quando está doente. Reis et al. (2007) concordam, afirmando que as consultas nas USF são realizadas em um modelo assistencial médico-centrado, e que os usuários sobrevalorizam as consultas médicas e que muitos buscam os medicamentos e exames, fato reforçado pelo trabalho de outras categorias que delegam ao médico todo o diagnóstico situacional e projeto terapêutico.

O profissional de enfermagem, quando citado pelas mães das crianças de 2 a 9 anos, são lembrados quando da realização da puericultura até um ano. Figueredo e Mello (2007) diz que a equipe de enfermagem poderia estar organizada para o primeiro atendimento da criança utilizando ações educativas efetivas de sensibilização, garantindo o vínculo da mãe com a USF e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

A insuficiência de orientações para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento ficou evidenciado também, através das respostas das mães ou responsáveis quando da solicitação do cartão da criança pelos profissionais de saúde (tabela 12), uma ação considerada integrante no cotidiano das equipes.

Tabela 12 – Registro de solicitação do cartão da criança pelo profissional, mediante resposta da mãe ou responsável em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Resposta da mãe	%
Sim	54,29
Não	45,71
Total	100,00

Nas falas dos profissionais, apenas dois citaram a solicitação do cartão da criança no momento de realizar a consulta infantil. Uma prática que deveria estar

consolidada nas USF. Ainda percebeu-se a preocupação do profissional em conscientizar as mães da necessidade de levar o cartão, documento importante para os registros das informações da criança, em USF que funcionam há mais de oito anos e não tinham incorporado no seu cotidiano o acompanhamento do cartão da criança. Segue relato neste contexto:

[...] Quando eu cheguei aqui há um ano, as mães não tinham o costume de trazer a caderneta, aí eu pedi, botei assim na porta, e aí na frente, que é pra trazer o cartão de vacina, porque é um documento, eu preciso marcar o peso na carteira, eu preciso vê a vacina, que é uma preocupação grande [...] (Enfermeira).

O primeiro cartão da criança foi elaborado em 1984 pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (Paisc/MS) com o objetivo de realizar o acompanhamento individual das crianças nas unidades de saúde e para o diagnóstico presumível de desnutrição energético protéica (BRASIL, 2002c).

Alves e Silva et al. (2003) mencionam que na linha do cuidado do crescimento e desenvolvimento compreende-se várias ações, dentre elas, distinguem-se avaliar integralmente a criança; checar e atualizar o cartão da criança em todas as oportunidades, visando garantir a imunização e a vigilância nutricional.

Cada criança deverá possuir o seu cartão, onde o profissional de saúde possa anotar as informações importantes sobre a história de saúde da criança e assegurar as mães a compreender as informações contidas no cartão.

6.3.2 Agenda de trabalho dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as)

Ao analisar a agenda de trabalho através das falas dos profissionais, evidenciou-se na sua totalidade a inexistência de um agendamento para as crianças na faixa etária do estudo. Os(as) médicos(as) ou enfermeiros(as) relataram que a demanda dos atendimentos é realizada a partir da demanda espontânea, onde eles atendem todos os ciclos de vida. Observa-se que todos os atendimentos dessa faixa etária foram realizados pelos(as) médicos(as), visto que, essas crianças são regularmente acompanhadas pelos(as) enfermeiros(as) até um ano. A partir dessa idade, qualquer intercorrência clínica será objeto de consulta médica, característica

do modelo médico assistencial tradicional e da lógica de atendimento da população adulta.

Em geral, os profissionais médicos(as) e enfermeiros(as), apesar de realizarem atividades fora dos consultórios, como visita domiciliar, ações de educação em saúde, tem um alto grau de preocupação com o atendimento das demandas internas nas USF. Os médicos(as) preocupam-se com os agravos, enquanto os(as) enfermeiros(as) cuidam da puericultura. Com isso, justificam a dificuldade de acompanhar as crianças na faixa etária do estudo para o crescimento e desenvolvimento.

*Eu não atendo criança de dois a nove anos, porque eu tenho uma quantidade imensamente grande de crianças menores de um ano, então a minha assistência maior é a menor de um ano [...]
(Enfermeira).*

[...] Aqui na unidade de saúde nós não temos essa agenda, o atendimento é feito somente na puericultura e os demais apenas por demanda espontânea (Enfermeira).

Na verdade a gente trabalha aqui mais com a demanda espontânea, a gente tem o dia do hiperdia, tem o dia da visita domiciliar e no restante dos atendimentos aqui no consultório, é um atendimento misto, adulto e criança (Médico).

De acordo com Ramos e Lima (2003), o modelo dos serviços de pronto atendimento, ainda é o vigente na ESF, baseado na queixa-conduta e não no atendimento integral ao indivíduo.

Os atendimentos na ESF deveriam ser realizados segundo os critérios de análise do Siab, que determina prioridades para a marcação de consultas, segundo o perfil da comunidade, em conformidade com Friedrich e Pierantoni (2006). Eles destacam que a ESF é uma alternativa do SUS utilizada para minimizar os impactos negativos de um trabalho fragmentado como é o modelo curativo de assistência à saúde.

Mendes (1998 apud MISOCZKY; BECH, 2002) defende que há distinção nas lógicas organizativas dos diversos níveis de assistência. Na atenção primária, ela deve ser estruturada de forma descentralizada, seu sujeito é hegemonicamente coletivo, seu instrumento básico é a epidemiologia e sua oferta é a territorialização. Nos outros níveis, secundário e terciário há uma centralização dos serviços, o sujeito

hegemônico é o indivíduo, o instrumento básico é a clínica e a oferta não necessita de ser territorializada.

No entanto, chamou a atenção para a priorização da doença nas USF em detrimento a promoção da saúde entre profissionais, que deveriam aproveitar o seu conhecimento e o contato com as crianças para fazerem uma avaliação do processo de evolução infantil.

Para alguns profissionais, as respostas levaram a crer que estariam cumprindo o seu papel perante o grupo infantil, na assistência aos agravos. Para outros, houve a percepção da predominância inadequada da assistência curativa, sobre as ações de prevenção e promoção à saúde como se pode confirmar pelos relatos que se seguem:

Nessa faixa etária as crianças são agendadas para o atendimento médico, no caso eu só faço atendimento até um ano de idade (Enfermeira).

[...] eu tenho meu atendimento de X, que eu não sei nem como é que elas abrem a agenda aí. Então se você chega com a sua criança de qualquer idade necessitando, é como a gente chama, um encaixe e é atendida [...] (Médica).

Atualmente, a gente não tem como fazer essa agenda de dois a nove anos, é até um trabalho que eu estou fazendo, pra poder bolar um protocolo de atendimento, fazendo uma pesquisa exatamente nisso, a gente tem o protocolo pra atender até dois anos, até a ficha do SIAB, só cobre criança até dois anos, o próprio Ministério, ele não coloca na ficha do SIAB, ele coloca somente patologia, se teve algum internamento e patologia, mas nenhum outro dado de saúde é colocado [...] A história da vacinação, até os dois anos a gente monitora, mas depois de dois anos, fica uma coisa meio frouxa (Enfermeira).

Essas falas suscitaram comentários adicionais. Em algumas delas, aparece a ênfase no atendimento à demanda espontânea com o enfoque biomédico. Esses profissionais, ao negarem a compatibilidade do trabalho desenvolvido com os pressupostos da ESF, não demonstraram que tivessem a percepção de quais atividades deveriam ser executadas, no sentido de reordenar o modelo assistencial.

Verificamos, após várias buscas na literatura específica, entre eles, o Guia Prático do PSF (BRASIL, 2001a) e na PNAB (BRASIL, 2006), indicações sobre como esses profissionais deveriam compartilhar as atividades desenvolvidas

simultaneamente, encontrou-se apenas, as atribuições específicas dos(das) médicos(as) e dos(das) enfermeiros(as) nas USF.

O Manual de Condutas Médicas para o Programa Saúde da Família (BRASIL, 2002a) destaca a vigilância do crescimento e desenvolvimento como parte fundamental nas consultas pediátricas. Dessa maneira, os profissionais envolvidos no atendimento à criança devem conhecer o processo normal de desenvolvimento e os possíveis fatores de risco para minimizar os efeitos adversos, mas, principalmente promover o desenvolvimento da criança na plenitude de seu potencial.

Segundo o Manual de Enfermagem para o Programa Saúde da Família (BRASIL 2001b), as ações de enfermagem devem delinear-se com base nos perfis epidemiológicos da população infantil no território abrangido pela USF e na identificação de riscos potenciais. A situação do crescimento e desenvolvimento da criança é o principal indicador de suas condições de saúde. Portanto, a promoção da saúde infantil compreende todas as ações diretas e indiretas que favorecem a criança a atingir seu potencial de crescimento e desenvolvimento. No que diz respeito a ações diretas que competem à enfermeira, destaca-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Apesar de, na definição das competências para a Atenção Integral a Saúde da Criança de 2 a 9 anos esteja explícita como atribuição dos(as) médicos(as) e enfermeiros(as), deixa uma lacuna sobre como deve ser a divisão de atividades desenvolvida nesta faixa etária.

A ESF, desde a sua criação, tem como proposta superar a tradição assistencial curativa por uma nova concepção apoiada na Promoção da Saúde. A introdução da Estratégia como reordenadora do sistema trouxe para o centro das discussões os novos conceitos entre o modelo biomédico e uma abordagem mais ampliada, mas, ainda não houve uma mudança em escala suficiente na formação dos médicos(as) e enfermeiros(as) para promover uma reforma cultural (TESSER; POLI NETO, CAMPOS, 2007).

A variedade de serviços prestados na atenção primária, segundo Starfield, (2004), pode variar de comunidade para comunidade, conforme a incidência ou prevalência dos problemas. Já que a atenção primária está orientada para atender as necessidades das pessoas, ela deve disponibilizar uma variedade de serviços de

acordo com as “necessidades” sejam elas intervenções assistenciais ou intervenções para a promoção da saúde.

Os profissionais que acenaram para a inadequação do trabalho realizado nas USF, voltado ao grupo infantil, inovam buscando através de estudos e pesquisas mudanças consistentes nas novas dinâmicas de atuação das equipes para as crianças na faixa etária do estudo, mas ainda demonstram uma passividade que caracterizam suas rotinas, as quais, muitas vezes, já as encontram preestabelecidas.

6.4 Ações Programáticas dirigidas às crianças de 2 a 9 anos

6.4.1 Acompanhamento do crescimento

No enfoque sobre o crescimento da criança, já evidenciado ao analisar o peso e a estatura, são atividades primordiais na atenção integral à saúde da criança. Nas entrevistas com as mães ou responsáveis, a maioria, referem que o profissional médicos(as) ou enfermeiros(as) registram e orientam sobre a curva de crescimento, mas percebeu-se durante a entrevista com as mães, a dificuldade de compreender o que seria a curva de crescimento. Em quase a totalidade das entrevistas se fazia necessário desenhá-la para obter a resposta, mostrando o baixo reconhecimento sobre o tema.

Destacam-se os registros e orientações dessa avaliação na detecção precoce de vários problemas. Quando tratados a tempo eles podem minimizar vários agravos. Nos depoimentos dos profissionais, a maioria das falas remete a preocupação com higiene, alimentação e vacinação das crianças, poucos mostraram a preocupação específica com a avaliação do crescimento, como se pode atestar aos relatos que se segue:

É passar orientações sobre, alimentação, sobre os cuidados de higiene, vacina (Enfermeira).

O principal, básica, é em torno da alimentação, que esse é o ponto chave e a orientação também principal é a escala da vacinação (Médico).

Portanto, ao analisar o prontuário (tabela 13), verificou-se praticamente a inexistência de registros sobre as orientações que o profissional deveria dar durante o exame físico, referente a importância do acompanhamento do crescimento da criança.

Tabela 13 – Registro da curva de crescimento através da observação do prontuário em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Informações do prontuário	Curva de crescimento
Informação Presente e Legível	0,99
Informação Ausente	75,33
Sem atendimento acima de 02 anos	23,68
Total	100,00

O crescimento é um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Todos os seres humanos nascem com o potencial genético do crescimento que poderá ser alcançado, dependendo dos fatores intrínsecos e extrínsecos a que estejam submetidos e nas crianças os fatores ambientais, as condições de vida são muito mais importante para expressarem esse potencial de crescimento (BRASIL, 2002a).

Para Issler, Leone e Marcondes (2002), o gráfico do crescimento de uma criança, quando colocado nas mãos das mães, torna-se um símbolo de alteração no conceito de cuidado à saúde, modificação que pode trazer mais benefício às crianças do que qualquer procedimento tecnológico, isso porque, o gráfico representa um símbolo do cuidado à saúde, um meio do profissional promover a saúde e não simplesmente acompanhar as enfermidades.

O monitoramento da estatura é um processo sequencial de medidas para o diagnóstico do desenvolvimento físico. A pesagem mensal e o registro dos resultados são vitais para o acompanhamento do crescimento. Isto, só ocorre quando o profissional de saúde traça esta linha de crescimento na curva de

crescimento do cartão da criança, e esta “linha da vida” é um indicador importante para avaliação do progresso da criança.

6.4.2 Acompanhamento do desenvolvimento

No acompanhamento do desenvolvimento da criança, observou-se na análise do prontuário (tabela 14), a ausência total de informações, não foi identificada nenhuma descrição na ficha clínica infantil, como também, não havia cópia do cartão com informações das fases do desenvolvimento.

Tabela 14 – Registro no prontuário dos principais marcos do desenvolvimento em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Informações do prontuário	Marcos do desenvolvimento
Informação Ausente	76,32
Sem atendimento acima de 02 anos	23,68
Total	100,00

Poucos profissionais se referiram as orientações sobre o desenvolvimento infantil, dos profissionais que mencionaram a necessidade do acompanhamento do desenvolvimento nesta etapa da vida infantil, destacamos as USF do Recife e Zona da Mata.

[...] eu acho que nessa idade, a gente tem que prestar atenção em alguns aspectos importantes, peso, altura e principalmente a gente focar na questão do desenvolvimento, observar como a criança se comporta durante a consulta, qual é a relação que ela estabelece com a pessoa que está fazendo o atendimento dela, como ela se relaciona com a mãe, saber se ela tem algum problema, o que faz na escola, da uma contextualizada legal nessa questão do desenvolvimento (Médico).

[...] então acho super importante durante o atendimento, a enfermeira dizer o que é natural acontecer na criança durante esse período, como ele vai se desenvolver, pra que a mãe identifique alguma alteração e orientar também sinais de risco, eu oriento sempre as mães com relação aos sinais de risco, porque tem mãe que, acontece uma determinada situação, ela não sabe lidar, e eu

acho que ela tem que ta sempre muito bem orientada. Então, orientação com relação a alimentação, sinais de risco, desenvolvimento comum da criança, eu acho que são primordiais (Enfermeira).

Quanto à aplicação prática das orientações do desenvolvimento infantil pelos profissionais, a grande maioria das mães ou responsáveis responderam não ter recebido nenhuma orientação referente às etapas do desenvolvimento da criança. Os questionário com as mães ou responsáveis perpassaram por todas as fases do desenvolvimento infantil, a maior parte foi entre as crianças da faixa etária de 4 a 6, mas, independente das idades, os achados foram desfavoráveis ao acompanhamento do desenvolvimento infantil.

O desenvolvimento implica em maturação e crescimento, reflete o produto da interação da totalidade dessas capacidades com fatores individuais, o meio ambiente e a experiência. É um processo de mudança constante o qual a criança aprende a adquirir maior complexidade, sejam nos movimentos, pensamentos, emoções e como se relaciona com as pessoas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2006).

O desenvolvimento infantil vai além de uma determinação biológica e necessita de uma abordagem multiconceitual e, conseqüentemente, multidisciplinar. Atualmente as propostas enfatizam que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento deveria ser o eixo central da atenção à criança e deve ser entendido na ESF como sendo uma ação básica que deve permear não só do ponto de vista orgânico, mas de maneira global, possibilitando a identificação de vários fatores. (BRASIL, 2002a).

Para Fujimori e Ohara (2009), conhecer os estágios etários das crianças possibilita a previsibilidade do comportamento infantil, o que permite avaliar e orientar intervenções quando necessário. Mas o envolvimento afetivo e empático com a criança é essencial para compreendê-la e habilita o profissional a propor ações adequadas de cuidado e promoção do desenvolvimento.

O desenvolvimento decorre por etapas ou fases, correspondente a períodos do crescimento natural do ser humano, cada uma dessas fases tem suas características e ritmos, que também vai diferenciar de acordo com o padrão de desenvolvimento individual. A avaliação do desenvolvimento infantil deve ser realizada pelos profissionais das USF, no momento em que a mãe ou responsável

entra no consultório do profissional e prolonga-se durante toda a anamnese e exame físico, objetivando identificar fatores de risco e com isso providenciar o tratamento precoce, alterando significativamente a qualidade de vida da criança e da família.

6.4.3 Vacinação

Apesar da importância da vacinação ter sido citada em quase todas as entrevistas com os profissionais médicos(as) e enfermeiros(as), os resultados obtidos através das entrevistas com as mães (tabela 15) e a observação do registro do prontuário (tabela 16), não traduziram essa importância relatada pelos profissionais, possibilitando afirmar que, a vacinação das crianças de 2 a 9 anos, como componente do cuidado integral à saúde da criança, não tem sido ressaltada na prática do atendimento nesta faixa etária.

Tabela 15 – Registro sobre orientação dos profissionais sobre vacinação, mediante resposta da mãe ou responsável em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Resposta da mãe	Orientação da vacina
Sim	48,57
Não	45,71
Não sei	5,71
Total	100,00

Tabela 16 – Registro da vacinação através da observação do prontuário em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Informação do prontuário	Registro da vacina
Informação Presente e Legível	5,93
Informação Ausente	70,39
Sem atendimento acima de 02 anos	23,68
Total	100,00

As vacinas são consideradas elementos básicos para a proteção à saúde, almejando-se melhor qualidade de vida e bem estar da população. Nesse sentido,

as vacinas são direitos básicos e não apenas um instrumento para reduzir enfermidades, deve-se ir além de simplesmente tentar eliminar os agentes infecciosos e sim, diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos (QUADROS, 2008).

De acordo com Martins, Migowski e Gonzaga (2004), o conhecimento sobre as vacinas deve estender-se a todos os profissionais de saúde, pois todos deverão ter sua parcela de responsabilidade na utilização adequada e universal. Além disso, um dos aspectos essenciais do sucesso das coberturas vacinais nas USF são as orientações adequadas às mães ou responsáveis, e isso exige compreensão das características das vacinas, seus benefícios, limitações e possíveis efeitos adversos.

Com o surgimento de estratégias voltadas para a transformação do modelo assistencial, a atenção à população passa a ser vista de forma ampliada e integrada, não só voltada ao indivíduo, mas ao coletivo, o plano de vacinação deve estar inserido neste contexto potencializando as oportunidades, oferecendo serviços identificados pela equipe como necessário para aquela população adstrita (BRASIL, 2001c).

6.4.4. Vitamina A

Neste elemento de avaliação, a pesquisa se concentrou na população infantil de 2 a 4 anos e 11 meses, faixa etária preconizada para o recebimento das doses de 200.000 UI, oferecidas às crianças de 6 em 6 meses.

Nos relatos dos médicos, não houve referência espontânea para a aplicação da Vitamina A, nesta faixa etária, poucos foram os registros na observação do prontuário (tabela 17) e para as mães ou responsáveis (tabela 18), algumas referem ter recebido orientações dos profissionais sobre a Vitamina A.

Tabela 17 – Registro da Vitamina A no prontuário em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Informações do prontuário	Registro da Vitamina A no prontuário
Informação Presente e Legível	1,32
Informação Ausente	39,80
Informação não se aplica	35,20
Sem atendimento acima de 02 anos	23,68
Total	100,00

Tabela 18 – Registro e orientações sobre a Vitamina A, mediante resposta da mãe ou responsável em Unidade de Saúde da Família. Pernambuco, 2010.

Resposta da mãe	Orientações sobre Vitamina A
Sim	22,86
Não	25,71
Não sei	2,86
Não se aplica	48,57
Total	100,00

A vitamina A é um nutriente essencial para o homem e sua deficiência é a principal causa de cegueira evitável no mundo, pode causar retardo de crescimento e aumento de susceptibilidade às infecções, estando associado às mortes por diarreia em crianças (RAMALHO; ANJOS; FLORES, 2001).

Levando em conta, a importância epidemiológica desse nutriente, ao lado de outros cuidados compreendidos no elenco de cuidados que integram as ações na atenção básica a saúde, se faz necessário a aplicação sistematizada de doses a todas as crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2003).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerou-se que, parte dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) que participaram desse estudo, possuem um conhecimento satisfatório sobre as atividades que necessitam desenvolver no contexto da Estratégia Saúde da Família, no direcionamento da Atenção Integral à Criança.

Porém, os profissionais não realizam de forma adequada os atendimentos às crianças de 2 a 9 anos. Os resultados demonstraram que o registro da consulta infantil contém um insuficiente número de informações e, de um modo geral, o atendimento a este grupo etário, continua focado na queixa/doença e tratamento. A população infantil é “cuidada” como um adulto, vinculada a um atendimento oportuno para a assistência das necessidades imediatas. É delegado ao profissional médico o atendimento das intercorrências clínicas para essa faixa etária, enquanto o atendimento da enfermagem restringe-se à puericultura, para as crianças até um ano de vida.

A USF é um local cheio de potencialidades, permitindo aos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) estabelecer vínculos com a criança, a mãe e sua família, pela prática da Atenção Integral à Saúde da Criança. O acompanhamento das crianças de 2 a 9 anos no crescimento e desenvolvimento, coloca os profissionais numa posição privilegiada, permitindo-lhes conhecer a rotina da família, suas crenças e sua forma de organização.

O conhecimento científico atual demonstrou que o cuidado integral da criança constitui a base para se alcançar um adulto saudável, em seu sentido pleno. A vigilância do crescimento e desenvolvimento é um instrumento de monitoramento que proporciona um seguimento mais adequado e integral da saúde da criança e principalmente um instrumento de educação para as mães.

Percebeu-se, nesta pesquisa, através dos relatos dos profissionais, dos registros na ficha clínica infantil e pelas respostas das mães, que as equipes das USF estão encontrando dificuldade em operacionalizar o conhecimento, de acordo com as diretrizes propostas para a Estratégia.

Ao longo dos anos, vem se buscando implantar programas que proporcione transformações robustas no modelo técnico assistencial ainda vigente, tais como,

Paisc, Aidpi, PRMI, Agenda de Compromisso, entre outros. Mas, o estudo revelou fatores de impedimento para o adequado atendimento a esse grupo etário.

Pode-se, portanto, destacar dois fatores principais relacionados a esta dificuldade de mudança nas práticas tradicionais na atenção à saúde e de implantação efetiva das ações da ESF: a própria formação tradicional dos médicos e as demandas oriundas dos pacientes e seus movimentos sociais por determinados padrões de cuidados médicos ainda vinculados a uma representação da assistência à saúde sustentada pela lógica assistencial curativa (RONZAN; RIBEIRO, 2004). O autor, ainda refere que a principal estratégia de reforma dos sistemas de saúde no país é a ESF. Mas, percebe-se que as práticas e crenças dos profissionais que atuam no programa ainda são pautadas pelo paradigma curativo e da atenção pelo especialista.

A prática dos profissionais da ESF, da região estudada, na atenção integral à criança de 2 a 9 anos, nos remete a uma reprodução de modelos anteriormente estabelecidos, centrado no médico e na cura do indivíduo. Os médicos são referência direta das crianças, e isto foi construído pelos serviços de saúde que adotaram a ESF. Evidenciou-se que as mães ou responsáveis não são orientadas para desenvolverem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, reforçado por uma cultura onde atribuem ao médico, a responsabilidade para as soluções das suas necessidades.

8 RECOMENDAÇÕES

Para o melhor desenvolvimento do novo modelo focado na atenção integral à saúde da criança de 2 a 9 anos recomenda-se:

- a) Redirecionar os currículos dos cursos de medicina e enfermagem visando à adequação para a construção do modelo de atenção;
- b) Proporcionar a educação permanente dos profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) no intuito de atualizá-los tanto nas áreas técnicas, quanto na área de gerenciamento das USF;
- c) Reformular o processo de trabalho em consonância com o preconizado para a ESF:
 - § Garantir a realização do calendário mínimo de consultas, uma consulta/ano, para a assistência à criança proposto pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
 - § Determinar uma reorientação da atenção, que deve passar de uma demanda espontânea para uma oferta organizada dos serviços, baseado no perfil da população adscrita;
 - § Desenvolver novas práticas, isto é, um conjunto de ações de promoção, prevenção e assistência que atendam as necessidades individuais e coletivas;
 - § Definir as atribuições de cada categoria profissional no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
 - § Orientar os profissionais médicos(as) e enfermeiros(as) para o desenvolvimento de registros contínuos na ficha clínica infantil, que representem corretamente o trabalho desenvolvido;
- d) Fortalecer o processo de monitoramento e avaliação do trabalho das equipes de Saúde da Família, em nível de gestão municipal e estadual, aperfeiçoando e consolidando instrumentos já existentes, bem como, incorporando novas

metodologias, a fim de garantir uma melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados à população;

- e) Fortalecer rede de parcerias, com instituições capazes de analisar resultados e produzir conhecimento acerca das estratégias adotadas;
- f) Pautar a ESF na agenda política dos gestores, enquanto proposta estruturante dos sistemas locais de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, A.; MARTINS R. M. **História da Pediatria brasileira**. Coletânea de textos e depoimentos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1996.

ALVES E SILVA, A.C. et al. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 349 – 358, 2003.

ALVES, J. G. B.; FERREIRA, O. S.; MAGGI, R. S. Morbidade e mortalidade infantil e na infância. In: FIGUEIRA, Fernando. **Pediatria, Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (Imip)**. Rio de Janeiro: Medsi, 2004. p. 20-27.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial, **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AMARAL, J. **Avaliação do manejo de casos dos profissionais de saúde na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) em quatro estados do Nordeste do Brasil**. 2007. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2007.

AMARAL, J. Implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 598-606, fev. 2008.

AMORETTI, R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n.2, p. 136-146, maio/ago. 2005.

ARAÚJO, D.; MIRANDA, M. C. G.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, supl.1, p. 20-31, jun. 2007.

ARANDA, C. M. S. de S. et al. **Manual de procedimento para vacinação**. 4. ed. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 2001.

BASSAN, F. B.; CAETANO, R. Buscando um registro mais integral do cuidado à saúde: desenvolvimento, aplicação e avaliação de um novo instrumento de registro da consulta ambulatorial. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v.1, n.3, p. 81-91, out./dez. 2005.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília, DF, 1984. (Série B. Textos Básicos de Saúde, n.7).

BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: 18 jan. 2009.

BRASIL. **Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995**. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Quadros/1995.htm>. Brasília, DF, 1995. Acesso em: 25 jan. 2009.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, DF, 1996. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm >. Acesso em: 18 jan. 2009.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília, DF, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**. Brasília, 2001b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 135).

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do desenvolvimento infantil**. Brasília, 2002a. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11. Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2002b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 143).

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, vol.2, n.2, p. 193-200, 2002c.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** 2. ed. rev. Brasília, DF, 2003. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, ano 5, n. 7, p. 11-20, jan. 2003/abr.2004. Edição especial.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília, DF, 2007. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, Ed. do Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Números da saúde da família**. Disponível em:
< <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#numeros> >. Acesso em: 06 maio 2010a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia saúde da família.**

Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>

Acesso em: 21 maio 2010b.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CIAMPO, L. A. D.; RICCO, R. G. Acidente: Sabemos prevení-los? **Pediatria**, São Paulo, v. 19, n 4, p. 263 – 266, 1997.

CONILL, E. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1417-1423, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. (Brasil). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2007a.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. (Brasil). **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, DF, 2007b.

COTTA, R.M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.15, n.3, p.7-18, set. 2006.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. de. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais de saúde. **O Mundo da Saúde São Paulo**, São Paulo; v. 33, n. 2, p. 150-160, mar. 2009.

FIGUEIREDO, G.; MELLO, D. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto; v. 11, n. 4, p. 544 – 551, jul./ago. 2003.

FIGUEIREDO, G.; MELLO, D. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n.6, p. 1171 – 1176, nov./dez. 2007.

FRIAS, P. G. Avaliação da implantação de um projeto para a redução da mortalidade infantil. In: HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. da. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 151-206.

FRIEDRICH, D.; PIERANTONI, C. R. O trabalho das equipes da saúde família: um olhar sobre as dimensões organizativa do processo produtivo, político-ideológica e econômica em Juiz de Fora. **Physis**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.83-97, jan./jul. 2006.

FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica.** Barueri: Manole, 2009.

GIRADE, H. A.; DIDONET, V. (Coord.). **O município e a criança até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos.** Brasília, DF, Unicef, 2005.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliara implantação de um “sistema sem muros”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 331-336, 2004.

IBGE. **Estimativa populacional para 2009.** Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/poppe.defr>> Acesso em: 6 maio de 2010.

ISSLER, H.; LEONE, C.; MARCONDES, E. **Pediatria na atenção primária.** São Paulo: Sarvier, 2002.

LONGO, A. Cremepe em sintonia com a classe médica – Entrevista. **Revista das Entidades Médicas de Pernambuco**, Recife, ano 5, n. 12, dez. 2008/jan./fev.2009.

MACHADO, M. H.(Coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. v.1 – Brasil e grande regiões.

MAGGI, R., et al. **Pautas de serviço: Pediatria. Programa Saúde da Família. Programa de Extensão Comunitária do Imp.** Recife: Imp, 2002.

MARTINS, R. M.; MIGOWOSKI, E.; GONZAGA, M. A. **Manual de imunizações do Comitê de Infectologia Pediátrica da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Médsi, 2004.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2001. p. 39-64.

_____. Integralidade como eixo da formação dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de educação Médica**, Rio de Janeiro, v.28, n. 2, p.91-92, maio/ago. 2004.

_____. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1411–1416, 2004.

MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001.

MEDICI, A. **Breves considerações sobre a relação entre financiamento da saúde e direito sanitário no Brasil**. 2009. Disponível em: <<http://www.idisa.org.br/publicacoes/domingueiras/27-446-domingueira-20-anos-de-sus.html> > Acesso em: 07 maio 2009.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. **Uma agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. **O ato de cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde**. São Paulo: FCM, Unicamp, 1999. Mimeografado.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISOCZKY, M.C.A.; BECH, J. (Orgs). **Estratégia de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: ed. Decasa, 2002. (Série Pesquisa em Saúde, 18).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Projeto Felicidade: técnicas lúdicas para a saúde e o desenvolvimento integral da criança**. Washington, 2006.

PEREIRA, A. T. O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 n. 1, p. 123 – 133, 2008.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos – estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Edusep, 2001.

PERNAMBUCO. Governo do Estado. **Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição**. Criança e adolescente em Pernambuco: saúde, educação e trabalho. Recife: Unicef, 1992.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Metodologia, habilitação e certificação das equipes de Saúde da família**, Recife: [s.n.], 200a.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Relatório de acompanhamento da atenção básica**, Recife: [s.n.], 2007b.

_____. Secretaria Estadual de Saúde **Programa Mãe Coruja Pernambucana**, Recife: [s.n.], 2007c. 49p.

_____. Secretaria Estadual de Saúde. **Instrumento de monitoramento: equipe de saúde da família**, Recife: [s.n.], 2007d.

_____. Secretaria Estadual de Saúde, **Cadernos de Informações em Saúde**, Recife: [s.n.], 2008.

PIERANTONI, C. R.; FRANÇA, T.; VARELLA T. C. **Evolução da oferta de profissionais médicos e enfermeiros no Brasil**: disponibilidade do sistema educacional para a formação. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil – Estudos e Análises, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PINHEIRO, R. GOMES, A.; PINTO, M. **Acolhimento e vínculo**: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface**: Comunicação & Saúde, Botucatu, a. 17, v. 9, p. 287-301, mar./ago. 2005.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PRADO, S.R.; FUJIMORI, E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59, n.1, p. 67-71, jan./fev. 2006.

QUADROS, C. A. (Org.). **Vacinas: prevenindo a doença e protegendo a saúde**. São Paulo: Roca, 2008.

RAMALHO, R. A.; ANJOS, L. A. dos; FLORES, H. Valores séricos de vitamina A e teste terapêutico em pré-escolares atendidos em uma Unidade de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista de Nutrição**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 5 – 12, 2001.

RAMOS, D.D.; LIMA, M.A.D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

REIS, M. A. S., et al. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface: Comunicação, Saúde & Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p. 655-666, set./dez. 2007.

ROCHA, S. M. M. et al. Estudo da assistência integral à criança e ao adolescente através da pesquisa qualitativa. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 5-15, dez. 1998.

ROMANO, V. F. A busca de uma identidade para o médico de família. **Physis**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p.13-25, 2008.

RONZAN, T. M.; RIBEIRO, M. S. Práticas e crenças do médico de família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.28, n. 3, p. 190-197, set./dez. 2004.

SAMICO, I., et al. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 2, p. 229-240, abr/maio. 2005.

SAÚDE da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, p.7-16, dez. 2000. Número especial.

SILVA, T. C. **Limitações à gestão de recursos humanos em saúde no nível municipal**. 2007. Tese (Doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2007.

SOBEL, T. F.; MUNIZ, A. L. P.; COSTA, E. F. **Divisão regional do desenvolvimento humano em Pernambuco**: uma aplicação de análise de Cluster, Recife: [s.n.], 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **SBP Notícias**. Jun. 2006. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=90&id_detalhe=2252&tipo_detalhe=s>. Acesso em: 08 mar. 2009.

SOUZA, M. F. de. **A cor-agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 200

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: DF, Unesco Brasil, 2004.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G.W.S. **Acolhimento e (des)medicalização social**: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva** [periódico na internet], 2007. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br>>. Acesso em: 22 abr. 2010.

UNICEF. **Criança e adolescente em Pernambuco**: saúde, educação e trabalho. Recife, 1992.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, Alma Ata, URSS. **Relatório**. Brasília, DF. Organização Mundial de saúde: Fundo das Nações Unidas para a Infância, 1979.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro para observação do Prontuário da Família

Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM,
Roteiro para observação do Prontuário da Família na Atenção Integral à Saúde
da Criança de 2 a 9 anos

Região de Saúde: _____ Município: _____

Código do município: _____ Comunidade: _____

Nome da USF: _____ Equipe: _____

Código da USF: _____ Microárea: _____

Iniciais do menor: _____ Idade (ano/meses): _____

Data de nascimento: / /

1. A Ficha clínica de acompanhamento da criança encontra-se dentro do prontuário da família. Sim () Não ()

2. As Informações da criança na ficha clínica infantil e/ou cartão espelho quanto ao atendimento pelo médico(a) e/ou enfermeiro(a) na USF. Preencher o quantitativo de atendimentos, neste formato de acordo com as informações obtidas a cada ano:

Idade da criança	Urgência	Agravo Crônico	Doenças prevalentes na Infância	Crescimento e Desenvolvimento	Outros
3º ano (24 a 35 meses)					
4º ano (36 a 47 meses)					
5º ano (48 a 59 meses)					
6º ano (60 a 71 meses)					
7º ano (72 a 83 meses)					
8º ano (84 a 95 meses)					
9º ano (96 a 107 meses)					
9 anos 11 meses e 29 dias (108 a 119 meses)					
Total					

Obs: 1) Considerar urgência: febre, vômito, traumas convulsões, crise asmática.

2) Considerar agravo agudo: cardiopatias, nefropatias,....,síndrome genética.

3) Considerar doenças prevalentes da infância pela (AIDPI) – IRA, diarreia, febre, OMA, desnutrição, anemia.

4) Crescimento e desenvolvimento: Peso, altura, Imunização, Vitamina A e marcos do desenvolvimento.

3. Observação do último atendimento a criança de 2 a 9 anos (9 anos 11 meses e 29 dias) pelo profissional de saúde através do prontuário/ficha clínica infantil e/ou cartão espelho da criança:

3.1 Consulta:

- Motivo da consulta/queixa principal: _____
- Exame físico completo da criança (que vai além da queixa principal, considerar exames da pele e mucosa, sistema cardiovascular, respiratório e abdominal) ()

3.2 Conduta:

- Consulta de retorno para seguimento do caso da doença ()
- Tratamento para doença ()
- Encaminhamentos ()
- Consulta de retorno para o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento ().

3.3 No atendimento a criança, o profissional de saúde verificou:

- Peso ()
- Comprimento/ Estatura ()
- Curva do crescimento ()
- Principais marcos do desenvolvimento ()
- Imunização ()
- Vitamina A () (a criança deverá tomar vitamina A até aos 4 anos e 11 meses ou 59 meses, caso a criança tenha idade superior a esta, preencher **NSA**)

Legenda para preenchimento da 3ª questão:

Informação presente e legível (**P**)

Informação ausente (**A**)

Informação presente, porém ilegível (**I**).

Informação não se aplica (**NSA**)

NOME DO OBSERVADOR: _____

DATA: ___/___/____

APÊNDICE B - Questionário com a mãe ou responsável da criança de 2 a 9 anos

Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM,

Questionário com a mãe ou responsável pela criança de 2 a 9 anos

Região de Saúde: _____ Município: _____

Código do município: _____ Comunidade: _____

Nome da USF: _____ Equipe: _____

Código da USF: _____ Microárea: _____

Iniciais do nome da criança _____ Idade(ano/meses) _____

Data de nascimento: / /

Parentesco com a criança: _____

1. Além do motivo da consulta, o profissional de saúde médico(a) ou enfermeiro(a) perguntou sobre outros problemas comuns na criança? (Diarréia, Tosse, Febre, vômitos, fastio, entre outros).

Sim () Não () Não sei ()

2. O profissional de saúde médico(a) ou enfermeiro(a) examinou sua criança por inteiro?

Sim () Não () Não sei ()

3. O profissional de saúde médico(a) ou enfermeiro(a) orientou para a consulta de retorno para o acompanhamento da doença da criança S() N ()

4. O profissional de saúde médico(a) ou enfermeiro(a) orientou para a consulta de retorno para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança S() N ()

5. O(a) senhor(a) (ou responsável) leva a criança à USF independente de estar com alguma doença. S() N ()

6. O profissional de saúde médico(a) ou enfermeiro(a) solicitou o Cartão da Criança?

Sim () Não () Não sei ()

7. O profissional de saúde médico(a) ou enfermeiro(a) fez orientações e registrou quanto ao:

Peso: Sim () Não () Não sei ()

Estatura: Sim () Não () Não sei ()

Curva do crescimento: Sim () Não () Não sei ()

Vacinação: Sim () Não () Não sei ()

Vitamina A: Sim () Não () Não sei () NSA ()

E quanto ao desenvolvimento da criança o profissional perguntou (Se dirigir ao tópico referente à idade da criança):

2 a 3 Anos

Está ficando cada vez mais sabida? Sim () Não () Não sei ()

Dá nomes aos objetos, dizendo que tudo é seu e demonstra suas alegrias, tristezas e raivas? Sim () Não () Não sei ()

Gosta de ouvir histórias? Sim () Não () Não sei ()

Sabe falar seu nome? Sim () Não () Não sei ()

3 a 4 anos

Ajuda a vestir-se e a calçar os sapatos? Sim () Não () Não sei ()

Gosta de brincar com outras crianças e tem interesse em aprender sobre tudo o que está em volta, chamando a atenção dos adultos? Sim () Não () Não sei ()

Brinca imitando seus pais e as situações do dia-a-dia? Sim () Não () Não sei ()

Brinca de faz-de-conta? Sim () Não () Não sei ()

4 a 6 anos

A criança corre e pula alternando os pés e participando de jogos/ Sim () Não ()
Não sei ()

Toma banho e veste-se sozinha, escolhendo suas roupas? Sim () Não () Não sei ()

Escolhe seus amigos e também diz o que quer comer? Sim () Não () Não sei ()

Gosta de ouvir e contar histórias, aprender canções, desenhar, olhar livros e revistas?

Sim () Não () Não sei ()

Usa lápis e outros objetos para desenhar no papel ou no chão. Sim () Não ()
Não sei ()

6 a 8 Anos

A criança apresenta maior agilidade nas brincadeiras e jogos? Sim () Não () Não sei ()

Fala bem o que quer e sente? Sim () Não () Não sei ()

Ela está freqüentando a escola, forma seu grupo de amigos e com eles estuda, brinca e joga? Sim () Não () Não sei ()

Começou a ler e a escrever e gosta de mostrar o que aprendeu? Sim () Não ()

Não sei ()

8 a 10 anos

A criança tem interesse por grupos de amigos e por situações independentes da família?

Sim () Não () Não sei ()

Gosta de participar de atividades na escola e fora dela? Sim () Não () Não sei ()

Começou as primeiras transformações no corpo, indicando que o menino está entrando na adolescência? Sim () Não () Não sei ()

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

APÊNDICE C - Caracterização do perfil do profissional de saúde da Estratégia
Saúde da Família

Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, CPqAM,
Caracterização do perfil do profissional de saúde da ESF
(Formação, conhecimento e práticas)

Região de Saúde: _____ Município: _____
Código do município: _____ Comunidade: _____
Nome da USF: _____ Equipe: _____
Código da USF: _____ Microárea: _____
Data: / /

Entrevista semi-estruturada

1. Qual foi o ano em que se formou?
2. Qual sua formação básica?
3. Recebeu formação durante a graduação para trabalhar na ESF? Quais os cursos que você realizou após a graduação para atuar na ESF?
4. Quais as capacitações na área de Atenção a Saúde da Criança?
5. Quanto tempo trabalha na ESF? E nesta Unidade?
6. Quais as principais orientações que não podem faltar num atendimento básico as crianças de 2 a 9 anos, na ESF?
7. Como você organiza a agenda de trabalho semanal para o atendimento as crianças de 2 a 9 anos?
8. Em sua opinião, como você acha que deve ser realizado o exame da criança de 2 a 9 anos num atendimento básico?
9. No seu entendimento, quais as situações em que um profissional médico(a) ou enfermeiro(a), deve orientar a mãe ou responsável de uma criança de 2 a 9 anos a retornar para um novo atendimento na USF?



APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Profissional de Saúde - médico e enfermeira)

Título do Projeto: Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco.

Instituição Proponente: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Pesquisador Responsável: Luciana Garcia Figueirôa Ferreira

Esta pesquisa fará parte de uma dissertação do mestrado profissional em Saúde Pública do CPqAM, e o senhor (a) está sendo convidado (a) a participar dessa pesquisa que tem como objetivo avaliar a organização do processo de trabalho na atenção integral à saúde da criança de 2 a 9 anos de idade na Estratégia Saúde da Família (ESF) em Pernambuco, no ano de 2009.

Para o cumprimento dos objetivos estabelecidos, faz-se necessário a realização de entrevistas com médicos e enfermeiras das Unidades de Saúde da Família dos cinco municípios (Recife, Cabo de Santo Agostinho, Vicência, Altinho e Serra Talhada). A sua participação se dará respondendo a uma entrevista semi-estruturada, que será gravada em áudio para posterior transcrição e análise. Sua participação não é obrigatória, portanto, a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá retirar seu consentimento bastando apenas informar a pesquisadora.

Os benefícios com a participação na pesquisa são os de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde na Atenção Integral à Saúde da Criança nesta e em outras unidades;

Os riscos a sua participação estarão relacionados à possível constrangimento em responder aos questionamentos ou no caso de sua identidade vir a público, mas nos comprometemos com o total das informações e confidencialidade dos seus dados pessoais. Todas as informações obtidas através desta pesquisa serão mantidas em sigilo. As informações obtidas serão utilizadas para fins de publicação científica.

Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa que o senhor (a) venha necessitar, deve entrar em contato com Luciana Garcia Figueirôa Ferreira, pelo endereço: Rua Antonio de Castro, 61 aptº 504 Casa Amarela Recife-PE. Telefone: (81) 9972-3264 e (81) 3268-6202 ou pelo email: luciana.figueiroa@terra.com.br

Após esses esclarecimentos, concordo participar de forma voluntária da pesquisa, assinando esse termo em duas vias. Uma via ficará comigo e a outra com a pesquisadora.

Nome do participante:

Eu, _____, ID: _____ aceito participar como entrevistado(a) da pesquisa acima referida. Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Luciana Garcia Figueirôa Ferreira



APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Mãe ou responsável)

Título do Projeto: Atenção Integral à Saúde da Criança de 2 a 9 anos na Estratégia Saúde da Família em Pernambuco.

Instituição Proponente: NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Pesquisador Responsável: Luciana Garcia Figueirôa Ferreira

O(a) senhor(a) será convidado a participar de uma pesquisa de mestrado, que tem como objetivo avaliar a organização do trabalho da equipe de Saúde da Família na assistência as crianças de 2 a 9 anos, na sua comunidade.

Esta pesquisa será realizada com as mães ou responsáveis das crianças de 2 a 9 anos consultadas nesta Unidade. A sua participação se dará respondendo a perguntas diretas, que será posteriormente analisado. Sua participação não é obrigatória, portanto, a qualquer momento o(a) senhor(a) poderá retirar seu consentimento bastando apenas informar a pesquisadora.

Os riscos a sua pessoa estará relacionada à possível acanhamento em responder a alguma pergunta ou no caso de sua identidade vir a público. Os possíveis benefícios com a sua participação na pesquisa são os de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde da criança nesta unidade.

Todas as informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e não terão seu nome divulgado. As informações obtidas serão utilizadas para fins de publicação científica.

Para qualquer esclarecimento sobre a pesquisa que o senhor (a) venha necessitar, deve entrar em contato com Luciana Garcia Figueirôa Ferreira, pelo endereço: Rua Antonio de Castro, 61 aptº 504 Casa Amarela Recife-PE. Telefone: 81-99723264 e 81-32686202 ou pelo email: luciana.figueiroa@terra.com.br.

Após esses esclarecimentos, concordo participar de forma voluntária da pesquisa, assinando esse termo em duas vias. Uma via ficará comigo e a outra com a pesquisadora.

Eu, _____, ID: _____ aceito participar como entrevistado(a) da pesquisa acima referida.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Luciana Garcia Figueirôa Ferreira

ANEXOS

Anexo A – Parecer do CEP – CPqAM/FIOCRUZ



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: A atenção integral à saúde da criança de 2 a 9 anos na estratégia saúde da família em Pernambuco .

Pesquisador responsável: Luciana Garcia Figuerôa Ferreira

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 18/09/09

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 57/09

Registro no CAAE: 0056.0.000.095-09

PARECER Nº 62/2009

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 13 de novembro de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 13 de novembro de 2009.

Giselle Camposana Gouveia



Giselle Camposana Gouveia
Farmacêutica
Coordenadora
Mat. SIAPE 0463376
CPqAm / FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 13/11/2010.

