



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz

**Utilização da Caderneta da Criança em Unidades de Atenção Primária de Saúde, no
Município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2023

Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz

**Utilização da Caderneta da Criança em Unidades de Atenção Primária de Saúde, no
Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Maria de Fatima Lobato Tavares.

Rio de Janeiro

2023

Título do trabalho em inglês: Use of the child's booklet in Primary Health Care Units in the city of Rio de Janeiro.

C957u Cruz, Fernanda Cristina Dias de Freitas.
Utilização da caderneta da criança em Unidades de Atenção Primária de Saúde, no Município do Rio de Janeiro / Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz.
-- 2023.
113 f. : il.color.

Orientadora: Maria de Fatima Lobato Tavares.
Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2023.
Bibliografia: f. 82-90.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Desenvolvimento Infantil. 3. Determinantes Sociais da Saúde. 4. Prática Integral de Cuidados de Saúde. 5. Caderneta de Saúde da Criança. I. Título.

CDD 362.1

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz

**Utilização da Caderneta da Criança em Unidades de Atenção Primária de Saúde, no
Município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 24 de outubro de 2023.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Rosa Maria da Rocha
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Maria de Fatima Lobato Tavares (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2023

Dedico esse trabalho às razões do meu viver: Lucas e Luiza.

Amo muito vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade da realização de um sonho.

Aos meus pais, Waner e Guiomar, por me amarem, confiarem em mim e permitirem que eu pudesse fazer o que escolhi pra minha vida e ser quem eu sou.

Ao meu marido e eterno namorado, Rodrigo, por estar sempre ao meu lado e ser meu ponto de equilíbrio. Não consigo imaginar minha vida sem você.

Aos meus filhos, Lucas, por me transformar para ser mãe e Luiza, por me obrigar a melhorar sempre.

Aos meus irmãos, Wania e Alex, por me apoiarem em todos os momentos. À Maria, Pedro e Lelê, pela alegria e esperança da juventude. À Bernardo, por fazer minha irmã feliz.

Aos meus sogros, William e Leonor, que sempre me acolheram com tanto apoio e carinho. Ao Ale e Guigui, por serem tios tão maravilhosos. À Bisa, por se tornar a Vó que eu perdi.

À minha orientadora, Fafá, por me aconselhar e acompanhar o meu trabalho, tão de perto, me indicando a direção e oferecendo muito carinho, durante toda a jornada.

À banca examinadora, pela disponibilidade e preciosas contribuições para o enriquecimento do meu trabalho.

Às coordenadoras do curso, Elyne e Adriana, por serem sempre presentes e dedicadas à turma. Aos professores do curso de mestrado, que foram tão generosos ao compartilhar seus conhecimentos. À Monica e Alessandra, por cuidarem de nós.

Aos meus amigos de turma, com quem tanto aprendi e compartilhei. Vou levá-los sempre no meu coração. Melhor turma de mestrado da vida!

À minha amiga de turma e chefe, Aline, por me permitir manter a dedicação ao mestrado, blindando as nossas quintas-feiras. À minha equipe maravilhosa, Ana Paula, Fernanda, Aline e Lívia, pelo comprometimento, dedicação e companheirismo, que nos sustenta.

Aos amigos Rodrigo e Verônica, por compartilharem seus aprendizados comigo.

À equipe dos Ciclos de Vida, especialmente Claudia e Lívia, por me ajudarem tanto sempre.

À minha equipe maravilhosa da SES, com quem aprendo todos os dias.

Aos meus amigos queridos, por entenderem o meu afastamento e torcerem tanto por mim.

Aos profissionais que participaram da pesquisa, pelo tempo dedicado e pelo amor ao

SUS. Vocês me dão força para continuar lutando por aquilo que acredito.

Aos carioquinas, por quem nos esforçamos para que cresçam com saúde, no seu conceito mais amplo, e oportunidades.

Muito obrigada a todos vocês!

Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos.

(Saint-Exupéry, 2009)

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS), assumindo uma forma mais ampla de cuidado com a Estratégia de Saúde da Família com práticas apoiadas no Conceito Ampliado de Saúde, tem um papel essencial no acompanhamento das crianças na primeira infância. Trabalhar na concepção da Promoção da Saúde, que inclui a importância do olhar sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) durante as avaliações na puericultura, para que consigam alcançar os seus plenos potenciais na vida adulta. O objetivo deste estudo foi analisar o uso da caderneta da criança como instrumento para o acompanhamento do desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos, no município do Rio de Janeiro, pelos profissionais da APS, na perspectiva da Promoção da Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória, onde foram utilizadas três estratégias metodológicas para se chegar aos resultados, incluindo pesquisa documental, entrevista semiestruturada e grupo focal. Participaram da pesquisa médicos e enfermeiros de duas Unidades Básicas de Saúde e de suas Coordenadorias de Atenção Primária da Área de Planejamento. Os entrevistados entendem o Conceito Ampliado de Saúde e incluem os DSS na avaliação das crianças, porém ainda desempenham práticas diversas nas consultas, promovendo uma descontinuidade no Cuidado Integral. Isso é identificado pela falha nos registros no prontuário e pela subutilização da caderneta da criança, em todas as oportunidades de diálogo. Os motivos são mudanças no processo de trabalho, excesso de demandas, ausência do instrumento e/ou baixa qualificação profissional. Ainda assim, consideram a caderneta uma ferramenta de valor para servir de guia nas consultas e comunicação com a família e trazem considerações e sugestões para os modelos que circulam no município. Procurou-se relacionar os achados da pesquisa com os resultados de trabalhos anteriores, que também analisaram o uso da caderneta entre os profissionais da APS, aqui sendo priorizada a discussão das práticas do cuidado enquanto relação e das estratégias utilizadas pelos profissionais, envolvendo a família e o território, buscando a equidade. A importância do processo educativo inserido no processo de trabalho se sobressai, como forma de qualificação através da integração dos saberes, objetivando a melhoria nas relações de cuidado com o usuário. A Atenção Integral à Saúde da Criança, na APS, envolve práticas com base na criação de vínculo e no estímulo à autonomia das famílias e crianças, a partir do contato horizontal e participativo, fazendo da caderneta da criança o veículo de comunicação, vigilância e promoção da saúde, para o que ela foi proposta.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; desenvolvimento infantil; determinantes sociais da saúde; prática integral em saúde; caderneta de saúde da criança.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC), assuming a wider form of care with the Family Health Strategy, with leaning practices in the Enlarged Concept of Health, has an essential paper in the children's attendance in the first childhood. When working in the conception of Health Promotion, it includes the importance of the glance on the Social Determinants of Health (SDH) during the evaluations in the childcare, so that they get to reach their full potential in the adult life. The aim of this study was to analyze the use of the child's health booklet as an instrument for the attendance of the children's integral development from 0 to 6 years, in the city of Rio de Janeiro by Primary Care professionals, from the perspective of Health Promotion. It is a qualitative study, of exploratory nature, where three methodological strategies were used to arrive to the results, including documentary research, semi-structured interviews and focus groups. Doctors and nurses from two Basic Health Units and their respective General Coordinations of Primary Care in the Planning Area participated in the research. The interviewees understand the Enlarged Concept of Health and they include SDH in the children's evaluation, however they still carry out several practices in the consultations, promoting a discontinuity in the Integral Care. That is identified for the flaw in the registrations in the electronic medical record and by the underutilization of the child's health booklet in all dialogue opportunities. The reasons are changes in the work process, excess of demands, absence of the instrument and/or lack of professional qualifications. Even so, they consider the booklet a valuable tool to serve as guide in the consultations and communication with the family and they bring concerns and suggestions for the models that circulate in the city of Rio de Janeiro. We tried to relate the discoveries of the research with the results of previous works, that also analyzed the use of the booklet among PHC professionals, here being prioritized the discussion of care practices while relationship and of the strategies used by professionals, involving the family and the territory, to seek equity. The importance of the educational process inserted in the work process if it stands out, as qualification form through the integration of knowledge, aiming better care relationships with the user. Comprehensive Child Health Care, in PHC, with base in the bond creation and in the incentive to the autonomy of the families and children, starting from the horizontal and participatory relationships, doing of the child's booklet the vehicle of communication, protection and of health promotion, to which it was proposed.

Keywords: primary health care; social determinants of health; child development; integral healthcare practice; child health booklet.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
PHC	<i>Primary Health Care</i>
SDH	<i>Social Determinants of Health</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
CNS	Conferência Nacional de Saúde
ANC	Assembleia Nacional Constituinte
SUS	Sistema Único de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
PSE	Programa de Saúde na Escola
CT	Conselhos Tutelares
PBF	Programa Bolsa Família
PAB	Programa Auxílio Brasil
UBS	Unidade Básica de Saúde
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
DPI	Desenvolvimento na Primeira Infância
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
MS	Ministério da Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
DI	Desenvolvimento Infantil
CC	Caderneta da Criança
RAS	Rede Regionalizada de Atenção à Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MRJ	Município do Rio de Janeiro
SMS/RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas
NCHS	National Center for Health Statistics

IMC	Índice De Massa Corporal
TEA	Transtorno do Espectro do Autismo
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
CF	Clínica da Família
CAP	Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
GF	Grupos Focais
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
SES-SP	Secretaria Estadual de São Paulo
PIPAS	Primeira Infância para Adultos Saudáveis
GSCA	Gerência da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente
SUBPAV	Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
SINASC	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
RTs	Responsáveis Técnicos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
VD	Visita Diária
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
SISREG	Sistema de Regulação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	25
3	CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	27
3.1	INTRODUÇÃO.....	27
3.2	A CADERNETA DA CRIANÇA – ORIGENS E HISTÓRIA.....	27
3.3	A CADERNETA DA CRIANÇA E FATORES RELACIONADOS AO SEU PREENCHIMENTO.....	30
3.4	CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE E DSS	34
3.5	SAÚDE DA CRIANÇA E CUIDADO.....	37
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS	39
4.1	DESENHO DO ESTUDO.....	39
4.2	CAMPO DE AÇÃO.....	39
4.3	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....	40
4.3.1	Entrevistas Semiestruturadas	40
4.3.2	Grupo Focal	43
4.3.3	Pesquisa Documental	45
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	46
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	47
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1	INTRODUÇÃO.....	49
5.2	RESULTADOS.....	49
5.2.1	Análise Documental	49
5.2.1.1	Saúde da Criança e Conceito Ampliado de Saúde.....	51
5.2.1.2	Caderneta da Criança.....	54
5.2.2	Perfil dos Participantes	57
5.2.3	Saúde da Criança e Conceito Ampliado de Saúde	58
5.2.3.1	O Olhar sobre os Determinantes Sociais da Saúde no Cuidado à Criança.....	60
5.2.3.2	O Papel dos Profissionais no Cuidado às Crianças e os Recursos Utilizados por Eles.....	62
5.2.4	Caderneta da Criança	66
5.2.4.1	A Utilização da Caderneta pelos ACS.....	70
5.2.4.2	Educação Permanente na Atenção à Saúde à Criança, na APS.....	71

5.3	DISCUSSÃO.....	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
	REFERÊNCIAS.....	82
	APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	91
	APÊNDICE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
	– INFORMANTE -CHAVE.....	93
	APÊNDICE III - ROTEIRO DE DEBATE - GRUPO FOCAL.....	95
	APÊNDICE IV - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO GRUPO FOCAL..	97
	APÊNDICE V - PARTICIPANTES DA ENTREVISTA	
	SEMIESTRUTURADA.....	98
	APÊNDICE VI - PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL.....	99
	APÊNDICE VII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO (TCLE)	100
	APÊNDICE VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E	
	ESCLARECIDO (TCLE)	105
	ANEXO I - CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA – MENINA	
	(MODELO 2021)	110
	ANEXO II - CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA – MENINO	
	(MODELO 2021)	111
	ANEXO III - CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA – MENINA	
	(MODELO 2022)	112
	ANEXO IV - CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA – MENINO	
	(MODELO 2022)	113

1 INTRODUÇÃO

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986, serviu de local onde se obtiveram subsídios que contribuíram para uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionaram elementos para o debate da saúde na Assembleia Nacional Constituinte (ANC). A Universalidade foi amplamente discutida, vinculando a expansão do acesso ao Conceito Ampliado de Saúde, referindo-se ao debate da saúde como um direito social e atrelado à cidadania e, em menor escala, como garantia da prestação de serviços de saúde.

Na Constituição Federal de 1988, o Brasil assumiu a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, retoma a perspectiva da concepção ampliada de saúde no artigo 3, onde incorpora fatores determinantes e condicionantes da saúde, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, pois o entendimento sobre o que vem a ser saúde deve superar a ideia de simples ausência de doença. A concepção aqui adotada, portanto, é a de saúde enquanto qualidade de vida, que depende e resulta do conjunto desses fatores que se combinam (DOS REIS, 2004); sendo assim, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (Rosário; Baptista; Matta, 2020).

É importante destacar que por Conceito Ampliado de Saúde compreende-se o processo saúde-doença como produto da interação de diversas dimensões, como a biológica, a psicológica, a econômica, a cultural, a social, a individual, a coletiva, entre outras. Assim, determinados grupos seriam mais vulneráveis ao adoecimento do que outros, quando se leva em conta suas condições de vida, em decorrência dos chamados determinantes sociais da saúde. Esses determinantes põe em evidência a complexidade inerente ao campo da saúde, bem como as diferentes dimensões que a circunscrevem. Logo, a partir do conceito ampliado da saúde, o objeto das suas práticas ultrapassa a doença, envolve diferentes equipes de profissionais e agrega conhecimentos de diferentes disciplinas, em um processo interdisciplinar e interprofissional (Rios; Sousa; Caputo, 2019, p. 3).

Para se alcançar novas práticas de atenção, começou-se a discutir, em 1978, na Conferência Internacional de Alma-Ata, uma forma mais abrangente de Atenção Primária à Saúde (APS). Essa nova forma envolve o rompimento de práticas convencionais de saúde, geração de uma maior interação e respeito entre profissional e usuário e efetivação da integralidade em seus vários aspectos, tais como: integração de ações programáticas e de demanda espontânea, articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e

coordenação do cuidado na rede de serviços.

Essa nova forma de APS envolve outros setores, além da saúde, relacionados ao desenvolvimento nacional e comunitário, que engloba: cuidados essenciais, tecnologias apropriadas, identificação e resolução dos principais problemas da comunidade, garantia de acesso a todas as pessoas e famílias, participação da comunidade, representação do primeiro nível de cuidado à população, relação com o território e coordenadora do cuidado. Dessa forma, leva-se à progressiva melhoria da atenção integral à saúde para todos, dando prioridade aos que têm mais necessidade, de acordo com o Conceito Ampliado de Saúde (Linard; Castro; Cruz, 2011; Giovanella; Mendonça, 2014).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) representou uma política de mudança do modelo de atenção e referência para implementação do SUS comprometida com a Reforma Sanitária Brasileira, influenciando a formulação de programas e políticas de saúde dirigidas para a mudança social advinda da Constituição de 1988. Uma das expressões dessa proposta é a Saúde da Família, estratégia prioritária para a organização da APS enquanto modelo que incorpora outros elementos, como centralidade da família e o direcionamento para a comunidade (Mendonça *et al.*, 2018).

Para se trabalhar com o Conceito Ampliado de Saúde, além da reformulação do modelo de atenção à saúde, foi importante assumir práticas com base na promoção da saúde, para buscar a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver. (Silva; Baptista, 2015). Segundo Campos *et al.* (2004, p. 746):

a promoção da saúde é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando à produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde.

Configura um espaço de problematização e de desenvolvimento de ferramentas analíticas e metodológicas a fim de ampliar o conhecimento sobre a natureza dos processos de saúde, adoecimento e vulnerabilização social (Magalhães, 2016).

Assim, a estratégia teórica e metodológica da promoção da saúde debatida em Conferências Internacionais busca operacionalizar o Conceito Ampliado de Saúde, trazendo o papel fundamental dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS). Desse modo, em 1986, a Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional, estabelece que as condições e os recursos

fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos (Buss, 2001).

A modernização do conceito traz

a constatação do papel protagônico dos DSS sobre as condições de saúde, no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do reforço da capacidade dos indivíduos e das comunidades (*empowerment*) (Buss, 2001, p. 279).

Assim sendo, buscamos compreender o papel dos DSS como recursos para a saúde, bem como os problemas de saúde advindos de sua falta na vida dos indivíduos, populações ou grupos comunitários a partir de questões sociais e ambientais e que são responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde (Gama e Colombo, 2010). São definidos, de acordo com o modelo proposto por Solar e Irwin, como determinantes intermediários: as circunstâncias de vida diária (condições materiais que determinam diferentes graus de risco à saúde e propensão a grupos de enfermidades), os fatores comportamentais (estilos de vida e comportamentos, que se expressam, entre outros, nos padrões de consumo de tabaco, álcool e na falta de atividade física), biológicos (fatores genéticos) e psicossociais (que exploram as relações entre percepções de desigualdades sociais, mecanismos psicobiológicos e situação de saúde, com base no conceito de que as percepções e as experiências de pessoas em sociedades desiguais provocam estresse e prejuízos à saúde); e os determinantes estruturais (compostos pelas características de estratificação social, os valores e normas vigentes em uma dada sociedade, o cenário econômico global e local e os processos de governança e participação política) (Buss; Pellegrini Filho, 2007; Gama e Colombo, 2010; Garbois; Sodré; Dalbello-Araujo, 2017).

De acordo com o trabalho de Whitehead, deixa-se de buscar a igualdade de saúde, passando a ser almejada a igualdade de oportunidades, construindo uma visão mais abrangente, capaz de dar atenção às condições de vida das pessoas, do nascimento até a morte, o que permite identificar as iniquidades geradoras de distorções nos indicadores de saúde (Gama e Colombo, 2010).

Entrando na discussão da Saúde da Criança, nos impomos a refletir sobre os desafios que incluem pensar a saúde e o cuidado à criança como sistema complexo que se caracteriza pela integralidade do cuidado e pelas ações interdisciplinares e intersetoriais, que objetivam a

manutenção e a promoção da saúde para garantir o processo dinâmico do crescimento e do desenvolvimento infantil, compreendendo que as respostas às necessidades da criança e da família nem sempre podem ser encontradas no setor saúde (Sousa; Erdmann; Mochel, 2010, p. 706).

Em 1989, a Conferência sobre os Direitos da Criança apontou as crianças como grupo vulnerável e como alvo de preocupação internacional e começou a constituir-se a ideia de uma criança cidadã e portadora de direitos (Lara; Guareschi; Hüning, 2012). Como a criança representa um grupo de maior fragilidade e dependência dos mais velhos, esse público torna-se muito dependente do ambiente físico e social em que se encontra. Em determinadas situações, o estado de vulnerabilidade pode afetar a saúde, mesmo na ausência de doença, mas com o abalo do estado psicológico, social ou mental (Fonseca *et al.*, 2013). Entender o papel dos determinantes sociais da saúde, pelos profissionais que acompanham essas crianças, com o estabelecimento de posturas mais próximas da realidade dos usuários, pode estimular uma maior mobilização pela efetivação dos direitos da cidadania, única forma de se garantir saúde (Dos Reis, 2004).

O Governo brasileiro criou diversas medidas para proporcionar atenção mais integral à saúde das crianças e dos adolescentes que vivem em situações desfavoráveis, que, por diferentes motivos, ficam excluídos do conceito de saúde definido pela VIII Conferência Nacional de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Entre as medidas adotadas, encontra-se a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a criação dos Conselhos Tutelares (no âmbito municipal), o Programa Saúde na Escola (PSE), que tem por base a proposta da Escola Promotora de Saúde, que trabalha de modo intersetorial saúde e educação e os Programas pautados numa política social que busca enfrentar as desigualdades e iniquidades que influenciam desfavoravelmente a saúde, como por exemplo, o Programa Bolsa Família (PBF) e o Programa Auxílio Brasil (PAB).

O ECA foi sancionado no Brasil em 13 de julho de 1990, pela Lei nº 8.069, que se fundamenta na proteção integral das crianças e adolescentes, garantindo-lhes o direito a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência. O ECA (Brasil, 1990) inseriu as crianças e os adolescentes no universo dos direitos humanos, contribuindo para uma concepção de criança cidadã. Trinta anos após sua publicação, em tempos em que – por razões políticas – as conquistas estão em risco, se faz urgente cuidar das infâncias, considerando o conceito ampliado de saúde, ressaltado na Constituição de 1988:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (Brasil, Art. 227, 1988) (Kramer; Nunes; Pena, 2020).

O **Conselho Tutelar (CT)** é um órgão público, permanente, autônomo, não jurisdicional, eleito pela comunidade local para zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Atua no âmbito do município e deve garantir o completo estado de bem-estar físico, mental e social, devendo-se acionar o serviço de saúde quando tais condições não forem ofertadas àqueles que dele necessitem (Fonseca *et al.*, 2013).

O **PBF** visa beneficiar a população mais vulnerável, transformar a sociedade e contribuir para a conquista da cidadania, buscando proporcionar qualidade de vida às famílias socialmente desfavorecidas, por meio da superação da fome e da pobreza, promoção da segurança alimentar e nutricional e ampliação do acesso aos serviços públicos, sobretudo na saúde, educação e assistência social. Outra medida importante, é a transferência de renda que se associa ao cumprimento de um conjunto de condicionalidades na área da saúde e educação, reconhecido como investimentos de longo prazo na promoção de capital humano. Para a Saúde, as famílias com crianças menores de sete anos devem realizar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento e manter a carteira de vacinação em dia. Para a Educação, crianças e jovens entre sete e quinze anos precisam manter a frequência escolar mínima de 85% da carga horária; acima desta idade, 75%. Além disso, as famílias precisam manter a participação em atividades socioeducativas e manutenção do Cadastro Único do Governo Federal atualizado (Tavares *et al.*, 2018). Em 2021, o PBF foi substituído pelo Programa Auxílio Brasil (PAB), que também dispõe de transferência de renda e define metas para taxas de pobreza (Brasil, 2021), retornando em 2023.

O **PSE** tem a perspectiva da atenção integral - prevenção, promoção e atenção - à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico. Acontece no âmbito das Escolas e Unidades Básicas de Saúde (UBS), com participação das Equipes de Saúde na educação, de forma integrada (Fonseca *et al.*, 2013).

A sustentabilidade das ações intersetoriais e a garantia de maior articulação e integração entre as estratégias de expansão da Atenção Básica e redução da pobreza e das desigualdades sociais exigem a interlocução permanente entre diferentes secretarias municipais (saúde, educação e assistência), onde frequentemente emergem novos dilemas e possibilidades em torno da gestão local (Tavares *et al.*, 2018, p 188).

Através dessas políticas, a saúde da criança vem apresentando melhorias importantes, como a grande diminuição nas taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e de mortalidade na infância (menores de 5 anos), além do controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno (Brasil, 2015).

A Primeira Infância, que segundo o Marco Legal da Primeira Infância, Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016, compreende os primeiros 6 (seis) anos completos ou 72 (setenta e dois) meses de vida da criança, tem conquistado maior espaço nas discussões de planejamento estratégico e de políticas públicas, pelas três esferas de governo e no engajamento da sociedade civil. Isto acontece porque, durante a gestação e os primeiros anos de vida (especialmente nos primeiros mil dias), ocorre um rápido desenvolvimento do cérebro, e é nesta etapa que os circuitos neurais são formados e fortalecidos por meio do estímulo e das relações de vínculo. A saúde física e emocional, as habilidades sociais e as capacidades cognitivo-linguísticas que emergem nos primeiros anos de vida são pré-requisitos importantes para o sucesso na escola e, mais tarde, no ambiente de trabalho e na comunidade (Shonkoff; Boyce; Mcewen, 2009; Brasil; Estratégicos; Tecnologia, 2016).

Segundo o economista James J. Heckman, professor emérito de economia “Henry Schultz” da Universidade de Chicago e ganhador do Prêmio Nobel de Economia no ano de 2000, e seu grupo de pesquisadores, a qualidade do desenvolvimento na primeira infância é essencial para gerar resultados melhores na economia, saúde e educação. Investir no desenvolvimento na primeira infância muda a equação, criando uma ampla prosperidade pela construção de habilidades no início da vida das crianças que impedem a defasagem no aproveitamento escolar e promovem a igualdade de renda através de habilidades e iniciativa pessoal. Quando envolvemos as populações mais vulneráveis nesse investimento, os resultados são ainda melhores, em relação aos grandes problemas econômicos e sociais. O professor Heckman constatou que os cuidados na primeira infância, as experiências de aprendizagem e a saúde física nas idades de 0 a 5 anos produzem um sucesso ou um fracasso de grande impacto na sociedade. O momento mais eficiente em termos econômicos para se desenvolver competências e habilidades sociais é durante os primeiros anos de vida, quando o apoio ao desenvolvimento é mais eficaz (Doyle *et al.*, 2009).

A legislação do Marco Legal da Primeira Infância estabelece a necessidade do monitoramento e avaliação periódicos dos elementos que constituem a oferta dos serviços à criança, pelas políticas públicas. Assim, a avaliação do crescimento e desenvolvimento da

criança com instrumentos adequados torna-se fundamental para atingir esse objetivo (Munhoz *et al.*, 2022).

O discurso da puericultura, por um longo período, não reconheceu a diversidade social e cultural, reproduzindo normas de enunciados fechados, admitindo uma única forma como sendo a correta para se acompanhar a criança do ponto de vista mental, psicológico e emocional. Hoje, a puericultura firma-se com caráter científico, deixa de ser estritamente médica e passa a ser desenvolvida por uma equipe multiprofissional, em parceria com as famílias e comunidades (Santos; Resegue; Puccini, 2012).

Em vista disso, o conceito da puericultura passou de “o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade” (Bonilha; RIVORÊDO, 2005), para o conceito de que trata-se de uma ciência que reúne todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade. Para melhor corresponder à orientação da Sociedade Brasileira de Pediatria e dos principais protocolos estrangeiros, o acompanhamento de puericultura deve se estender até o final da adolescência (Blank, 2003).

De acordo com Santos (2012), a puericultura é definida por Martagão Gesteira como “parte das ciências médicas que se ocupa em cultivar a vida e a saúde das crianças, esforçando-se para que cheguem ao mundo sadias e fortes e se desenvolvam normalmente, amparando-as e defendendo-as contra múltiplos perigos que as ameaçam, em consequência da ação maléfica dos fatores ambientais e sociais”, desempenhando a principal arma na defesa da infância (2012, p. 4). Esse é o conceito que potencializa a aproximação dos profissionais dos diferentes setores em torno da apropriação de práticas ampliadas para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil integral.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em 2018, em seu manual de implementação, enfatiza a Promoção do Desenvolvimento Infantil, no terceiro eixo estratégico de ação. Essa Política ressalta a importância da vigilância e do estímulo do “pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do ‘Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)’, pela Atenção Básica à Saúde, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares” (Brasil; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2018).

O Desenvolvimento Infantil sempre foi pauta nas discussões políticas sobre a saúde da

criança, desde a criação, em 1984, pelo Ministério da Saúde (MS), do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), que tinha enfoque nas seguintes atividades:

- (1) aleitamento materno e assistência alimentar;
- (2) assistência e controle de doenças diarreicas;
- (3) assistência e controle de doenças respiratórias;
- (4) imunização; e
- (5) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Barreiros; Gomes; Mendes Júnior, 2020).

A integralidade do cuidado à saúde da criança proposta pela PNAISC tem seu alicerce no conceito de que a existência de uma estreita relação entre saúde e sociedade, tanto no sentido da maneira como os homens vivem ser geradora da temática de saúde, como no sentido de que as intervenções sobre ela são determinadas socialmente, e que na identificação de problemas, na definição de suas causas, na elaboração de medidas terapêuticas ou preventivas e na definição de prazos e prioridades, outros elementos, além daqueles oriundos do conhecimento científico ou de normas racionais de conduta, são determinantes (Gomes; Adorno, 1990). Segundo Gomes (1990, p. 205):

discutir "crescimento e desenvolvimento" como um problema a ser assumido pelo setor saúde, dentro de uma perspectiva mais ampla do que o acompanhamento antropométrico e a prevenção de doenças, pode ser oportuno no sentido de contribuir para a elaboração de um novo conceito de saúde e de saúde pública, para novas propostas práticas e políticas para o setor.

A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise permanentes da situação de saúde da população, articulando-se em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (Diretrizes_Nacionais_Vigilancia_Saude.PDF, 2010). O acompanhamento periódico visa buscar a longitudinalidade do cuidado e a percepção de situações de risco e influência dos determinantes sociais no processo do desenvolvimento integral da criança.

Estima-se que mais de 200 milhões de crianças menores de cinco anos em países de baixa e média renda não atinjam seu potencial de desenvolvimento. Segundo Oliveira *et al.* (2019, p. 2):

no Brasil, estudos apontam prevalências de 20% a 53% de atraso no desenvolvimento

infantil (DI), com maior risco entre as crianças pertencentes às famílias mais pobres, com mais de três irmãos, nascidas com baixo peso, de mães que tiveram menos de seis consultas de pré-natal, que não foram amamentadas ou receberam leite materno por menos de 3 meses, com mais idade, com risco nutricional e com ausência do pai.

Desta forma o acompanhamento de saúde pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família na primeira infância é essencial para a identificação precoce de qualquer alteração no crescimento e desenvolvimento da criança e auxilia na redução do risco de morbimortalidade nessa faixa etária e no potencial de desenvolvimento integral alcançado. (Madaschi; Paula, 2011; Black *et al.*, 2017; Brasil; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2018).

Uma das ferramentas importantes de vigilância em saúde utilizada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é a “Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania” (CC). No Brasil, ela é recomendada pelo Ministério da Saúde desde 2005, visando monitorar a saúde, crescimento e desenvolvimento de crianças até 10 anos de idade, com potencial para fomentar o diálogo entre a família e os profissionais de saúde (Amorim *et al.*, 2018).

A classificação das práticas de atenção integral à saúde da criança desde o nascimento até a idade de 10 anos se pauta em uma compreensão desenvolvimentista. É definido, a partir dos padrões biológicos existentes em cada idade, que práticas são mais apropriadas e adequadas a um desenvolvimento saudável do infante. Esse entendimento se conecta às classificações e divisões que a modernidade desenvolveu para explicar como os seres humanos se desenvolvem de acordo com a idade cronológica – infância, adolescência, idade adulta e velhice. A partir da predominância de padrões de desempenho que se dá em cada fase, um padrão é alçado à condição de normalidade e, baseando-se nele, constroem-se as intervenções na saúde da criança. É assim que a Caderneta organiza as ações, ou seja, de acordo com as necessidades consideradas predominantes em cada momento do desenvolvimento da criança.

Dessa forma, ao utilizarmos a caderneta da criança sem levar em consideração o contexto no qual a criança e sua família estão inseridos, pode nos levar a incorrer no erro de uma avaliação inadequada e aquém do cuidado necessário. Tendo em vista que o desenvolvimento infantil é diretamente influenciado pelas condições sociais e ambientais (Oliveira *et al.*, 2019), essa consideração se torna fundamental.

Assim, o conteúdo da caderneta precisa ser trabalhado com as famílias, na APS, considerando esse contexto e os determinantes sociais de saúde, a fim de que o entendimento dessas orientações faça sentido e a família possa realmente se envolver no processo do

desenvolvimento de suas crianças, tornando-se responsável por ele.

Assumindo que a APS é um dos componentes centrais para que se avalie se a implantação da rede regionalizada de atenção à saúde (RAS) caminha efetivamente na garantia da integralidade (Bousquat *et al.*, 2019), as mudanças que aconteceram como resposta à grave recessão econômica fez com que o Congresso Nacional aprovasse, em 2016, uma emenda à constituição que limitou o crescimento de gastos federais ao reajuste inflacionário por 20 anos.

No contexto de restrição orçamentária, uma nova revisão da PNAB foi realizada em 2017, flexibilizando a composição de equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), reduzindo requisitos mínimos de profissionais para atender a população num território. A redução do financiamento federal para municípios acaba promovendo a redução da cobertura de ESF e o acesso a serviços básicos.

Além disso, a implementação do programa Previnde Brasil, em 2019, substituiu os critérios até então utilizados no PAB fixo e variável para financiamento de custeio da APS no SUS. Ele introduz o pagamento a partir dos seguintes critérios: número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas no Ministério da Saúde (ponderada por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica), o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores e metas definidos pelo Ministério da Saúde e incentivos financeiros para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde. A partir dessas mudanças, o financiamento da APS no país deixa de ser universal e passa a ser restrito à população cadastrada pelos municípios (Massuda, 2020).

No Município do Rio de Janeiro (MRJ), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) programou ajustes em seu planejamento de forma a equilibrar o orçamento proposto. O desafio foi de manter uma grande e complexa Rede Hospitalar, de redesenhar a cobertura de Atenção Primária, de qualificar ainda mais a assistência prestada e de otimizar custos. Porém, “o que foi chamado de “redesenhar a cobertura da Atenção Primária” traduziu-se por supressão de equipes de saúde da família, de saúde bucal e de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A opção da gestão municipal de decrescer as receitas para a saúde acompanhou a tendência federal, mas foi uma opção da gestão que contrariou inclusive o Plano Municipal de Saúde, que indicava discreto incremento na cobertura da ESF e NASF” (O’Dwyer *et al.*, 2019, p. 4565).

Nesse contexto, agravado ainda mais pela pandemia do COVID 19, que limitou o acesso da população aos serviços da Atenção Primária, como estratégia de contenção da transmissão da infecção, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças pelas equipes

de ESF sofreu grande impacto negativo, principalmente com a necessidade de ajustes no processo de trabalho e disponibilização de recursos humanos, que acabam por prejudicar as práticas de cuidado integral propostas para esse público, incluindo o uso da caderneta da criança, com o seu preenchimento e comunicação com a família, a partir do envolvimento dos profissionais no cuidado e as práticas ampliadas de puericultura.

Algumas questões se colocam para reflexão:

1. De que modo o contexto de vida das famílias é considerado na análise da aquisição dos marcos de crescimento e desenvolvimento?
2. Como potencializar o desenvolvimento infantil utilizando os determinantes sociais como recursos disponíveis?
3. De que forma o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos é trabalhado pelos profissionais da Atenção Primária com as famílias, considerando, no processo de trabalho, o cuidado como relação?

O estudo não pretende responder a todas essas questões, que, no entanto, foram fundamentais para o recorte do objeto de estudo.

• QUESTÃO NORTEADORA CENTRAL

Como podemos nos aproximar de uma prática profissional que acompanha o crescimento e desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos, no Município do Rio de Janeiro, a partir da caderneta da criança, na perspectiva da promoção da saúde, entendendo os determinantes sociais da saúde?

• OBJETIVOS

• Objetivo Geral

Analisar o uso da caderneta da criança como instrumento para o acompanhamento do desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos, no município do Rio de Janeiro pelos profissionais da Atenção Primária, na perspectiva da Promoção da Saúde.

• Objetivos Específicos:

1. Mapear os recursos utilizados pelos profissionais da Atenção Primária no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos, no município do Rio de Janeiro;
2. Descrever as condições que influenciam o uso da Caderneta da Criança pelos profissionais das equipes de Atenção Primária;
3. Identificar se há inclusão do contexto de vida das famílias na utilização da Caderneta da Criança pelos profissionais da Atenção Primária;
4. Elaborar estratégias para ampliar o uso da Caderneta da Criança entre profissionais das equipes de Atenção Primária e as famílias, reorientando as práticas do acompanhamento integral.

2 JUSTIFICATIVA

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, principalmente da primeira infância, sempre foi foco da minha atenção, antes, durante e após a minha formação como pediatra e a utilização da caderneta, como o instrumento de avaliação, também sempre foi valorizado. Porém, ao pensar nas questões norteadoras para a pesquisa, me encontrei refletindo sobre a utilização dessa ferramenta, por mim mesma e na minha formação, na residência médica.

Estudando sobre a história da caderneta da criança, descobri que as informações referentes ao crescimento (peso e altura) sempre existiram desde a sua criação, mas os marcos do desenvolvimento e o espaço para a sinalização deles, não. Há 20 anos atrás, não fui orientada a realizar esse preenchimento, talvez pela introdução recente desses campos na caderneta, mas apenas dos gráficos de crescimento. E mais ainda, entender o contexto de vida das famílias, percebendo a influência dos determinantes sociais da saúde dessas crianças, refletido nos achados dos gráficos e dos marcos de desenvolvimento. Dessa forma, me questiono como o acompanhamento do desenvolvimento infantil é realizado atualmente, pelos profissionais da Atenção Primária, com a utilização da caderneta da criança, principalmente considerando o Conceito Ampliado de Saúde e a potência da comunicação que se estabelece com as famílias, através do instrumento.

A necessidade de aprimorar a qualidade do acompanhamento integral e registros adequados durante o atendimento de rotina à criança, identificando precocemente os agravos prevalentes na primeira infância, resulta em condutas oportunas e isso justifica estudar estratégias para a qualificação destes profissionais (Sanine *et al.*, 2021). Além disso, está claro que o investimento na Primeira Infância é apontado entre as prioridades nas agendas de governo, incentivado pela Rede de Ação para o Desenvolvimento da Primeira Infância – constituída pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial de Saúde e endossada nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2015-2030, especificamente no ODS 4.2 (Brasil; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2018; Venancio, 2020).

Esse estudo pretendeu atualizar, identificar e compreender a percepção dos profissionais da atenção primária da interferência dos determinantes sociais da saúde no crescimento e desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos, no Município do Rio de Janeiro, refletida no uso da caderneta da criança, como instrumento de acompanhamento e comunicação com a

família.

Conhecer as relações entre as características socioeconômicas, familiares e da criança associadas ao crescimento e desenvolvimento infantil de populações participantes de programas de políticas públicas, poderá auxiliar os gestores na identificação de fatores de risco e de proteção para subsidiar intervenções. A adequação, ampliação e oferta de políticas públicas no setor saúde, educação e proteção social são fundamentais para redução de diferentes desfechos em saúde, incluindo o desenvolvimento infantil. (Munhoz *et al.*, 2022).

O trabalho na gestão central da linha de cuidado da saúde da criança, somado aos meus anos de trabalho na Atenção Primária de Saúde (APS), reforçam a importância do olhar para o acompanhamento na primeira infância, conforme descrito anteriormente.

Além disso, a pesquisa vai auxiliar na busca por estratégias de qualificação desse acompanhamento, pelos profissionais da Atenção Primária, auxiliando na construção de processos de trabalho e organização das equipes para que essa parte fundamental da puericultura aconteça e que possamos assegurar o pleno desenvolvimento das crianças, na primeira infância, permitindo utilizar os determinantes sociais como recursos e, na falta deles, encontrar meios de favorecer, junto às famílias, que essas crianças consigam alcançar todo, ou a maior parte, do seu potencial para a vida adulta.

3 CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3.1 INTRODUÇÃO

Esse capítulo será dividido em 4 partes. O primeiro tópico traz a origem da caderneta da criança e o processo de ampliação e enriquecimento do seu conteúdo, com o intuito de abordar a integralidade no cuidado à criança.

O segundo tópico apresenta alguns estudos que se empenharam em avaliar o grau de preenchimento da caderneta da criança, em diversos lugares do país e os fatores envolvidos com a sua utilização, relacionados aos profissionais e às famílias.

O terceiro tópico aborda a definição do Conceito Ampliado de Saúde e as bases políticas que favoreceram a sua consolidação como direito e os fatores relacionados a esse conceito, que ocupam grande importância no entendimento do processo saúde-doença. Traz também as bases da Promoção da Saúde, com definições de suas funções e eixos de ação.

O quarto tópico discute a saúde da criança e o cuidado enquanto relação, priorizando uma aproximação dos profissionais com as famílias, com o objetivo de troca de saberes e valorização do contexto de vida e das singularidades, a fim de buscar a integralidade.

3.2 A CADERNETA DA CRIANÇA – ORIGENS E HISTÓRIA

A história da criação da Caderneta da Criança começou a partir da iniciativa de David Morley, em 1959, com o Caminho da Saúde, instrumento que se dedicou a acompanhar longitudinalmente o peso das crianças, como forma de informar um comprometimento nutricional antes que este se tornasse clinicamente evidente, possibilitando intervenções precoces. Neste instrumento, eram acompanhados o peso e a imunização e ele foi inicialmente introduzido na vila de Imesi, Nigéria. O gráfico para acompanhamento do peso apresentava duas linhas de referência, um sistema de calendário mensal e espaços para registro de eventos importantes relacionados à saúde da criança e podia ser preenchido por agentes de saúde com pouca capacidade de leitura e escrita. Ficava em poder da família, o que agilizava a pesagem e anotação dos dados, mas também reforçava a importância da família tomar para si a responsabilidade sobre a saúde da criança (Morley, 1980; Goulart *et al.*, 1983; Morley; Elmore-Meegan, 2000; Zeferino *et al.*, 2003).

A ficha “Controle da Saúde”, dos anos 80, foi um dos primeiros instrumentos de registro da saúde infantil sob a guarda da família, no Brasil, e mostrava em destaque a frase: “Saúde:

um direito de todos”. Foi desenvolvida a partir do instrumento de David Morley, apresentando algumas diferenças: presença de três cores, diferenciando as curvas de percentis e espaços para marcação da altura, perímetro cefálico e uso do leite materno. Foram utilizados como referência somente os percentis do sexo feminino, na construção dos gráficos, com o objetivo de criar uma única ficha para ambos os sexos, considerando que as curvas dos meninos se dispõem ligeiramente acima, sem alterar significativamente os resultados (Goulart *et al*, 1983).

Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) criou o PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança. Foi desenvolvido novo modelo do Cartão da Criança, onde as informações do crescimento e desenvolvimento e da imunização foram aprimoradas, com a presença de gráficos diferentes para meninos e meninas e a presença de informações que apresentavam linguagem acessível, sobre imunização. A referência utilizada para a curva de crescimento foi a do estudo norte-americano do NCHS (*National Center for Health Statistics*) de 1977 e o percentil 10 foi escolhido como ponto de corte em função da alta sensibilidade para o diagnóstico da desnutrição infantil. Para o acompanhamento do desenvolvimento, foi proposta uma ficha, pelo PAISC, para ser anexada ao prontuário da criança, com anotação da percepção de marcos do desenvolvimento, nas diferentes idades (Goulart *et al*, 1983; Goulart *et al*, 1989; Alves, 2003; Brasil, 2002; Brasil, 2005).

Na década de 90, após a promulgação do ECA, é desenvolvido um novo modelo de Cartão da Criança, explicitando o conceito de criança como sujeito de direitos. Novos dados foram acrescentados à identificação da criança, e foi adicionado um espaço destinado aos direitos da criança. Para o acompanhamento do desenvolvimento, uma avaliação simplificada dos marcos foi incorporada, além de sugestões acerca de cuidados com a criança, incentivo à amamentação e recomendações de estimulação para o desenvolvimento e prevenção de acidentes. Esse modelo de cartão passou por uma atualização, no final da década de 90, com alteração do ponto de corte para a desnutrição, adotando-se a curva do percentil 3, além da curva de percentil 97 (para obesidade), já que houve uma mudança do perfil epidemiológico das crianças brasileiras (Goulart *et al*, 1983; Goulart *et al*, 1989; Alves, 2003; Brasil, 2002; Brasil, 2005).

Em 2005, é criada a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que detalha e amplia a lista dos direitos da criança e traz algumas modificações em relação a última versão. A sinalização da situação nutricional por cores retorna, nesse modelo, e a faixa de idade para avaliação sobe para até 7 anos. Houve a introdução do gráfico para acompanhamento do perímetro cefálico, no primeiro ano de vida e acrescentado um espaço para anotações de intercorrências clínicas e

tratamentos efetuados. Nova atualização ocorreu em 2007, trazendo consigo o nome de Passaporte da Cidadania. Com ela, foram acrescentadas informações mais detalhadas do período do nascimento e o gráfico de perímetro cefálico se estendeu até 2 anos. Pela primeira vez, a altura foi utilizada nos gráficos de acompanhamento do crescimento da criança e a avaliação foi ampliada até os 10 anos de idade. Muitas outras informações foram adicionadas, tais como: os direitos dos pais e da criança, entre eles o registro gratuito; orientações mais detalhadas sobre a amamentação e cuidados importantes nos primeiros dias de vida, prevenção de acidentes e orientações nos casos de diarreia e desidratação (Goulart *et al*, 1983; Goulart *et al*, 1989; Alves, 2003; Brasil, 2002; Brasil, 2005).

Em 2009, a CSC passou por mais modificações, com incremento das orientações sobre aleitamento materno e alimentação saudável, direitos das crianças e dos pais, imunização, acidentes, cuidados nos primeiros dias de vida e avaliação do desenvolvimento; introdução das orientações de saúde bucal, ocular e auditiva, orientações para crianças com Autismo e Síndrome de Down e recomendação para uso do IMC (Índice De Massa Corporal) para avaliação do estado nutricional e verificação da pressão arterial. As curvas de crescimento seguem os escores Z, com orientações para os profissionais de como utilizá-lo (Brasil, 2009).

Até 2018, a caderneta se manteve como Caderneta de Saúde da Criança e passou por 12 edições, desde a sua criação, nesse formato. Em 2019, ela mudou de nome para Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania, dado o caráter intersetorial da recente revisão, com inclusão de espaços para a Educação e Assistência Social. Em 2020, houve a publicação da 2ª edição e em 2022, da 3ª edição, com inclusão do instrumento *M-Chart-R*, para avaliação do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

A distribuição da caderneta da criança é de responsabilidade do Ministério da Saúde, conforme as ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, contidas no artigo 9 da Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2015; Brasil; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2018). Porém, a sua distribuição nem sempre acontece de forma contínua, ao longo desses últimos anos, gerando a insuficiência da oferta do instrumento para todas as crianças nascidas em território nacional. Como medida de substituição desse instrumento, que é entregue no momento da alta da maternidade, o Município do Rio de Janeiro produziu uma versão simplificada, em formato de cartão dobrável, que contém os dados de identificação da criança, as informações do parto e nascimento, dos exames

de triagem neonatal, as curvas de peso X idade e perímetro cefálico e a tabela dos marcos de desenvolvimento, todos estes até 1 ano de idade da criança. Também possui o espaço do cartão de vacinação, com a sinalização das vacinas, de acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, de acordo com a Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975, que dispõe sobre a organização das ações de vigilância epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas a notificação compulsória de doenças e dá outras providências (Brasil, 1975).

Nessa perspectiva, a Caderneta de Saúde da Criança pretende cumprir seu papel de instrumento de comunicação, vigilância e promoção da saúde infantil, com atualizações frequentes, de acordo com ampliação das necessidades e demandas trazidas pela sociedade. Porém, ela por si só não ressalta as questões relacionadas ao contexto de vida das famílias, incluindo os determinantes sociais da saúde e a sua influência no crescimento e desenvolvimento infantil, que são aspectos fundamentais e necessitam ser considerados na prática profissional, efetivando educação para a saúde de forma significativa e ações intersetoriais de forma integrada.

Sendo assim, os saberes que estão presentes na Caderneta conformam e produzem os modos como a criança, ao ser investida por práticas de saúde, acaba por se relacionar consigo e com o mundo de acordo com as prescrições de saúde (Lara; Guareschi; Hüning, 2012).

Porém, a forma como os determinantes sociais da saúde influenciam a aquisição dos progressos nas curvas de crescimento (peso e altura) e nos marcos do desenvolvimento, traz à tona a discussão da necessidade do olhar ampliado para a puericultura, como promoção do desenvolvimento infantil integral, sendo determinada pelos avanços da ciência, por fatores sociais, político-ideológicos e econômicos e também pela concepção predominante sobre criança e infância. Por isso, o perigo é tomar as orientações da caderneta como parâmetros absolutos para todas as intervenções em saúde, pois essas generalizações sobre a vida das pessoas não consideram os fatores contingenciais relativos à vida em movimento (Lara; Guareschi; Hüning, 2012).

3.3 A CADERNETA DA CRIANÇA E FATORES RELACIONADOS AO SEU PREENCHIMENTO

O uso da caderneta da criança, ferramenta de cuidado, encontra alguns obstáculos, entre eles o desabastecimento e a incompletude no seu preenchimento, como demonstrado por

Almeida *et al.* (2016), em uma revisão sistemática da literatura, que evidenciou a subutilização do instrumento e baixa sensibilização dos profissionais para o registro, sugerindo que ela seja apenas mais um formulário a ser preenchido. A precariedade de preenchimento da caderneta nos impossibilita estimar a qualidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, já que situações que indicariam prioridades na vigilância, não podem ser avaliadas, segundo Palombo *et al.* (2014).

Ao mesmo tempo, E Silva e Gaíva (2015), indicaram que, apesar dos profissionais reconhecerem a importância do registro do peso na caderneta da criança e realizarem orientação às mães, a prática do não preenchimento da caderneta de saúde da criança ocorre efetivamente, demonstrando que é preciso um melhor preparo dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde em relação ao crescimento e desenvolvimento infantil. Foram identificadas e organizadas cinco categorias que evidenciam os principais fatores que dificultam a utilização adequada da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) pelos profissionais de saúde: ausência de capacitação para o uso correto da CSC; tempo insuficiente; indisponibilidade da CSC no serviço de saúde; a não utilização da CSC por todos os membros da equipe de saúde e desvalorização e desconhecimento das mães/família sobre a CSC (Abreu; Da Silva Viana; Cunha, 2012). Silva *et al.* (2018). Também identificaram a dificuldade dos profissionais perceberem a relevância do preenchimento; a burocracia do serviço; a fragilidade no processo de comunicação e no trabalho em equipe e a insuficiência de orientações às famílias sobre os cuidados à criança, além da participação da família neste processo.

Além disso, alguns grupos de crianças apresentaram maior risco de terem suas CSC inadequadamente preenchidas: aquelas cujas mães tinham seis anos ou menos de estudo; aquelas com idade superior a 12 meses; aquelas cujas mães não receberam explicações sobre a CSC na maternidade e as crianças não acompanhadas por um médico generalista. Crianças acompanhadas por equipes sem a participação de médicos generalistas tiveram um risco três vezes maior de terem suas CSC pior preenchidas do que as demais. Embora muitas vezes seja difícil para as mães identificarem a formação dos profissionais que assistem seus filhos, particularmente quando isto é feito por uma equipe multiprofissional, este resultado é compatível com os encontrados em outros estudos que compararam o desempenho das equipes de saúde da família com as equipes que adotam o modelo tradicional de atenção. Alguns estudos recentes vêm mostrando maior sensibilidade dos profissionais do PSF para as ações básicas de saúde da criança, como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil e a promoção do aleitamento materno (Alves *et al.*, 2009).

Segundo Bonilha *et al.* (2005, p. 12):

tradicionalmente, os insucessos em consultas de puericultura são atribuídos à mãe, que, por ignorância ou negligência, não segue as orientações do pediatra. Mas ocorre também de a culpa recair sobre o próprio pediatra, que não sabe transmitir adequadamente os conhecimentos necessários. Entendendo que a puericultura não é constituída por “verdades científicas universais e infalíveis”, mas por normas concebidas em diferentes momentos históricos e por diversos interesses, talvez seja possível reduzir a culpa que aplicamos às mães ou a nós mesmos diante de um fracasso aparente. Do mesmo modo, este entendimento pode até ajudar o pediatra a encontrar formas menos autoritárias e rígidas de transmitir suas condutas, partindo do processo de decisão médica da realidade material concreta das famílias, por exemplo.

Isso pode ser justificado pela formação do médico. A separação entre clínica pediátrica e puericultura pode contribuir para uma dificuldade na integração dos conceitos preventivos e curativos, favorecendo o déficit no preenchimento da caderneta, quando não se considera a integralidade no acompanhamento das crianças, em todas as consultas e visitas (Tavares, 1990). Além disso, o acentuado enfoque biológico e o distanciamento dos profissionais em relação aos usuários, não levando em consideração os determinantes sociais da saúde, sendo idealizados padrões médios e únicos de comportamento e desempenho infantil, dificultam ainda mais a utilização do instrumento como meio de comunicação com as famílias e apropriação delas.

Nesse sentido a formação médica precisa considerar o papel do médico na sociedade, que precisa ser entendida no tempo e espaço, na sua história, cultura, organização social e relações de poder (Tavares, 1990), procurando uma abordagem socioambiental fundamentada no potencial de saúde para impulsionar uma vida que vale a pena ser vivida, cujo foco direciona-se ao atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos e adota, como principais estratégias, as ações políticas, a promoção de espaços saudáveis, o empoderamento dos sujeitos, o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes favoráveis à saúde (Silva, *et al.*, 2014).

Em relação a outros fatores que podem influenciar o preenchimento da caderneta, Freitas *et al.* (2019), também perceberam associação entre o preenchimento não satisfatório com os casos em que o cuidador principal não era os pais ou avós; a mãe não havia realizado o pré-natal ou o acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde; os cuidadores que não receberam orientações sobre a importância da caderneta, nos levando a considerar sobre a importância da comunicação entre os profissionais de saúde e a família a respeito do manuseio da caderneta e das informações contidas nela, pelos familiares.

Em relação ao preenchimento realizado pela equipe de saúde, o maior índice de registro da caderneta foi referente às vacinas aplicadas e um dos menores índices foi sobre o

desenvolvimento neuropsicomotor. Isso pode ser atribuído, em parte, aos investimentos de educação continuada dos profissionais da APS voltados, exclusivamente, ao manejo técnico da imunização, em detrimento a todos os demais itens da CSC. Até porque esses registros estão sob a responsabilidade da equipe de Enfermagem, que atua exclusivamente na sala de vacina, diferentemente dos outros itens, que são registrados por médicos, enfermeiros e outros profissionais, em diferentes momentos e espaços assistenciais (Freitas *et al.*, 2019). Como a educação continuada é baseada na

concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento; é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional” (Peduzzi *et al.*, 2009, p. 123).

Essa qualificação específica à enfermagem se reflete no preenchimento apenas dessa área da caderneta, falhando na necessidade do olhar integral pela própria enfermagem e por todos os outros profissionais da Atenção Primária.

Quando analisamos o registro de marcos no desenvolvimento no CSC, apesar das limitações dos estudos em relação a amostras, faixa etária, diversidade de instrumentos de vigilância e de triagem do desenvolvimento, a prevalência de situações de atraso varia de 30 a 56% em cidades dos estados da Paraíba, da Bahia, de Minas Gerais, de Goiás e de São Paulo, expressando uma situação preocupante na medida em que essas frequências são de 6 a 20 vezes mais elevadas do que os déficits apontados por indicadores antropométricos do crescimento (peso/idade, peso/ estatura e estatura/idade). Como as situações de déficit nutricional se encontram controladas, mesmo nas regiões mais pobres do país, se torna imperioso valorizar o registro da vigilância do desenvolvimento infantil, para que não nos descuidemos dessa questão e possamos manter a integralidade do cuidado desejada (Caminha *et al.*, 2017, p. 107).

Em entrevistas realizadas com as mães, a maioria delas referiu que não foram indagadas sobre o desenvolvimento dos seus filhos, não perceberam a atitude do profissional em relação à avaliação do desenvolvimento, nem foram orientadas sobre como estimulá-los em casa. Estes resultados, à semelhança de outras avaliações voltadas à organização das práticas de saúde relacionadas à criança em nível ambulatorial, mostram a grande fragilidade das ações voltadas à vigilância do desenvolvimento infantil (Figueiras *et al.*, 2003).

Apesar de modelos gráficos já terem sido disponibilizados desde 1995 para o registro

de marcos do desenvolvimento esperados e alcançados no então Cartão da Criança, ainda não se assumiu a vigilância do desenvolvimento infantil como uma atividade sistemática e normativa, ou seja, como recomendação de políticas e ações públicas de saúde, o que pode explicar os resultados encontrados em diversos estudos (Caminha *et al.*, 2017).

Em face desse desafio, é crucial que gestores da Atenção Básica invistam na qualificação e apoiem as equipes de Estratégia de Saúde da Família, com a utilização oportuna da CSC pelos profissionais, privilegiando seus conteúdos e orientações sobre a criança para sua família e a comunidade. Partindo da premissa que os registros na caderneta possibilitam a comunicação entre os profissionais de saúde e familiares, a comunicação entre profissionais de saúde de diferentes serviços, a articulação entre os membros da equipe e a valorização desse documento pelos familiares, busca-se efetivar seu papel fundamental de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil (Alves *et al.*, 2009; Palombo *et al.*, 2014; E Silva; Gaíva, 2015; Da Silva Reichert *et al.*, 2016; De Almeida *et al.*, 2016; Lima *et al.*, 2016).

Para isso, se faz necessário que esse investimento na qualificação seja fundamentado na concepção de educação como aprendizagem significativa, voltada para a transformação das práticas, no exercício cotidiano do processo de trabalho, voltada à multiprofissionalidade e à interdisciplinaridade (Peduzzi *et al.*, 2009). Busca-se, assim, superar a visão restrita de cuidados biológicos para uma atenção integral, a partir das necessidades da criança no contexto de cada família, que inclui singularidades e a construção da parentalidade positiva, com a incorporação de práticas de cuidado promotoras do desenvolvimento infantil integral, tanto pelos profissionais, como pelas famílias (Chiesa *et al.*, 2018).

Segundo Tavares (1990, p. 100):

por ser a Pediatria, uma área básica, e, ainda mais, tratar de um ser em um dado período de desenvolvimento com características de extrema vulnerabilidade e especificidades próprias, parece-nos fundamental, não só que a criança seja cuidada de maneira integral como também, que a relação desenvolvida entre ela e seus familiares com o médico, privilegie um contato entre pessoas, como de fato é.

3.4 CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE, PROMOÇÃO DA SAÚDE E DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, grandes avanços favoreceram a base conceitual de saúde, graças à participação ativa da sociedade, impulsionando o Movimento da Reforma Sanitária, que possibilitou a reformulação do sistema de saúde brasileiro, visto que o país vivenciava uma crise em relação aos conhecimentos e ao modelo biomédico, ao autoritarismo,

às condições sanitárias da população e ao sistema de prestação de serviços à saúde. O debate foi ampliado acerca do processo saúde-doença, suscitando nos profissionais da saúde a necessidade de ampliar estes conceitos e inovar as práticas de cuidado. (Dalmolin *et al.*, 2011).

O SUS, na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990), incorporou o conceito ampliado de saúde resultante dos modos de vida, de organização e de produção em um determinado contexto histórico, social e cultural, buscando superar a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos.

Enquanto um fenômeno ampliado, a saúde envolve modos de ser e produzir e/ou recriar a vida em sua singularidade e multidimensionalidade. Dessa forma, o processo saúde-doença depende, além das análises objetivas, da articulação com os diferentes Determinantes Sociais da Saúde (DSS), a fim de considerar tanto as evidências estruturais, isto é, os fatores externos do entorno social, quanto as condições de vida e de trabalho, as condições culturais, ambientais, entre outras (Dalmolin *et al.*, 2011).

A promoção da saúde se destaca como eixo fundamental para o desenvolvimento de ações intersetoriais, buscando-se compreender a saúde em seu conceito ampliado, ultrapassando esse setor para o âmbito do desenvolvimento social. Procura-se, através do exercício de cidadania, fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e grupos sociais, capacitando-os para atuar no controle das situações às quais são submetidos (Irigonhê Ramos *et al.*, 2013). Ela busca superar o modelo biomédico, utilizando campos de ação amplos, que consideram as dimensões políticas, o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, o envolvimento comunitário, o cuidado com o ambiente e a reorientação dos serviços de saúde (Tavares *et al.*, 2016). As ações de promoção da saúde emergiram como desdobramento do esforço de qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do debate sobre as relações entre desigualdades sociais, democracia, desenvolvimento humano e saúde no campo da Saúde Coletiva (Magalhães, 2016).

Para a Carta de Ottawa (1986), alcançar a equidade é um dos focos da promoção da saúde. As ações de promoção da saúde objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizarem completamente seu potencial de saúde. Isto inclui uma base sólida: ambientes favoráveis (gerando condições de vida e trabalho seguras, estimulantes, satisfatórias e agradáveis), desenvolvimento das ações comunitárias concretas e efetivas, acesso à informação, a experiências e habilidades na vida, bem como oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais sadia e reorientação dos serviços de saúde, que devem adotar uma postura abrangente, que perceba e respeite as peculiaridades culturais, apoiando as necessidades

individuais e comunitárias para uma vida mais saudável, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais. As pessoas não podem realizar completamente seu potencial de saúde se não forem capazes de controlar os fatores determinantes de sua saúde, o que se aplica igualmente para homens e mulheres (Brasil, 2002).

Com a visão de saúde e bem-estar para todos, através do alcance da literacia em saúde (que está diretamente associado ao conjunto de habilidades e competências que cada indivíduo possui para buscar compreender, avaliar e dar sentido às informações sobre saúde) e do *empowerment* das pessoas e comunidades (estímulo à autonomia e corresponsabilização), condição essencial para que estas sejam capazes de agir, de modo consciente e informado, sobre os fatores determinantes da saúde e do trabalho intersetorial, tendo em vista a criação de condições ambientais e sociais facilitadoras de escolhas saudáveis e a redução das desigualdades sociais, foram propostos, a partir da Carta de Ottawa, em 1986, cinco campos de ação para uma nova saúde pública e três estratégias (Nunes, 2011):

1- Campos de ação:

- Políticas públicas saudáveis (orientadas pelos princípios do direito à saúde e a qualidade de vida);
- Promoção de ambientes saudáveis (sustentabilidade e preservação do meio ambiente);
- Reforço da ação comunitária (intensificar a autoajuda, o apoio social e desenvolver sistemas flexíveis de reforço da participação popular na direção dos assuntos de saúde);
- Desenvolvimento de habilidades pessoais (desenvolvimento pessoal e social através da divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais);
- Reorientação dos serviços de saúde (mudança de atitude e de organização dos serviços de saúde para que focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é).

2- Funções:

- Advocacy (Defesa da causa da saúde) – defender coletivamente a condição plena da saúde, como parte da reflexão crítica dos agentes sociais, que gera uma resposta social frente às necessidades sociais de saúde em um determinado território, guardando sua identidade cultural;
- Capacitação – promover a literacia e a capacitação das pessoas, famílias, grupos

e populações para que estes sejam capazes de fazer escolhas promotoras de saúde, a partir de facilitação do desenvolvimento de habilidades e participação nos processos de articulação social;

• Mediação – promover a colaboração com outros setores envolvidos como forma de proteção e estabelecer parcerias que contribuam para criar condições de vida mais favoráveis à saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, e redefinida pela Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. A Portaria nº 2.446/2014 foi revogada pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS. A PNPS ratificou o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e a qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS; e, a partir de então, foi inserida na agenda estratégica dos gestores do SUS e nos Planos Nacionais de Saúde subsequentes, ampliando as possibilidades das políticas públicas existentes (Brasil, 2018).

Segundo Dalmolin *et al.* (2011), porém, apesar já do longo caminho percorrido pelo SUS até aqui, muitos profissionais de saúde ainda não conseguiram ampliar a concepção do conceito de saúde, ainda privilegiando a etiologia biologicista, ao focar a concepção fragmentada e curativista, sem avaliar os aspectos sociais, psicológicos, ambientais, culturais e ecológicos em que vive e se encontra a sociedade. Nesse contexto, se faz necessário a qualificação das práticas educativas e motivacionais dos profissionais da saúde por meio de estratégias que considerem os significados que os indivíduos, famílias e comunidades atribuem ao processo saúde-doença, além da operacionalização de iniciativas voltadas para a promoção, proteção e educação da saúde nos diferentes cenários sociais e ambientais. Esse aprendizado requer uma formação baseada na atuação política e social, com a compreensão da importância e da essencialidade dos determinantes sociais (Tavares *et al.*, 2016).

3.5 SAÚDE DA CRIANÇA E CUIDADO

Ao acompanhar uma criança no serviço de saúde, se faz necessário compreender que o processo de crescimento e desenvolvimento ocorre de forma organizada, através de processos integrados, e que os primeiros anos de vida de uma criança são o alicerce tanto para o seu crescimento biológico, quanto para o seu crescimento emocional e psicossocial (Brasil, 2018).

A relação da criança com os profissionais de saúde depende do entendimento de que ela

se trata de um ser único, individual, que não pode ser considerado fora da sociedade, da família e da cultura à qual pertence e

deve-se reconhecer a necessidade da transformação na concepção sobre o processo saúde – doença. A saúde deve ser considerada como vida, como a capacidade de romper normas e instituir novas normas, valorizando-se a diversidade, a multiplicidade, a capacidade criativa do ser humano, a heterogeneidade das relações, fortalecendo-se, dessa maneira, as relações entre os profissionais e a criança e sua família (Santos; Resegue; Puccini, 2012, p. 5).

Significa aliar ao processo de cuidar o conhecimento científico e tecnológico e o conhecimento de natureza humanística e social, capazes de desenvolver projetos terapêuticos singulares, o que permite afirmar que o cuidar envolve o contato com o outro e as relações entre as pessoas (Erdmann; De Sousa, 2009).

Esse cuidado caracteriza-se pela produção de novos saberes que se define pela arte de exercitar a sensibilidade e a valorização da condição humana, desdobrando o modo de atuar ou intervir na perspectiva de diminuir as relações de dominação que, na maioria das vezes, se estabelecem entre profissionais, mães e famílias. A valorização da escuta e do diálogo é uma atitude desejada e buscada tanto pelos profissionais, como pela família. Pressupõe atitude de interesse e de disponibilidade permeado pelo olhar e pelo observar para ver o outro na sua singularidade. Entender essa inter-relação complexa entre crenças, hábitos, valores, habilidades, cultura e tradições, que podem afetar em como a família protege, cuida, ensina e se relaciona com a criança e valorizar a visão dos pais em relação às necessidades das crianças e à aquisição de habilidades, de acordo com a idade, são consideradas igualmente importantes.

As ações e práticas em saúde são determinadas pela especificidade das relações e construção de vínculos, que se configuram como uma relação entre sujeitos e ampliam as visões sobre saúde, incluindo a percepção da integralidade do cuidado. Durante a consulta o profissional deve acolher essa família com empatia, respeito, realizando uma boa escuta e criando uma relação de confiança e é pelo vínculo feito que são construídos laços de compromisso e de corresponsabilidades entre os profissionais de saúde e a comunidade. (Erdmann; De Sousa, 2009).

É importante os profissionais manterem o cuidado sistemático dos pacientes e/ou famílias em sua busca de mudanças viáveis, apoiando-os e estimulando-os a enfrentar os problemas e dificuldades do cotidiano. O trabalho interdisciplinar e a articulação dos profissionais e pacientes em rede, de tal modo que todos participem ativamente, podem ampliar o cuidado e fortalecer as redes de apoio social (De Castro; Maioli, 2006, p. 98).

4 ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo, de natureza exploratória, que buscou identificar o papel da caderneta da criança, das orientações que estão inseridas nela, no cuidado das crianças na primeira infância, pelos profissionais da Atenção Primária. Foi necessário compreender a importância do seu uso como instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos e se são considerados o conceito ampliado de saúde e os determinantes sociais da saúde nesse acompanhamento, bem como, as estratégias utilizadas para educação permanente dos profissionais. Além disso entender também a função da caderneta como favorecedora do empoderamento das famílias, tornando-as responsáveis nesse cuidado e da relação que se institui entre os profissionais e as famílias.

Define-se pesquisa qualitativa como aquela que trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Busca-se compreender os fatos pesquisados, atingindo uma investigação com profundidade (De Souza Minayo; Deslandes; Gomes, 2011).

Entende-se por pesquisa de natureza exploratória, quando se tem problemas novos para os quais não foram desenvolvidas teorias específicas, onde o pesquisador vai propondo um novo discurso interpretativo. Por isso dispensam a elaboração de hipóteses uma vez que os pesquisados não tem ainda os subsídios de comparação para elaborá-los (De Souza Minayo; Deslandes; Gomes, 2011).

Para buscar a fidedignidade e validade da pesquisa, foi utilizada mais de uma estratégia metodológica, com entrevista semiestruturada, realização de grupo focal e pesquisa documental, a fim de fazer uma “triangulação interna à própria abordagem, que consiste em olhar o objeto sob seus diversos ângulos, comparar os resultados de duas ou mais técnicas de coleta de dados e de duas ou mais fontes de informação” (Minayo, 2012, p. 625).

4.2 CAMPO DE AÇÃO

As Unidades de Atenção Primária escolhidas, onde foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, são: a Clínica da Família (CF) Estivadores, pertencente à Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento (CAP) 1.0, situada na Avenida do Exército 99, CEP: 20910025 - São Cristóvão - Rio de Janeiro – RJ, que possui 3 equipes de Estratégia

de Saúde da Família e 1 equipe de Saúde Bucal, com 2 equipes completas e 1 incompleta, cobrindo uma população de cerca de 297.976, segundo Censo IBGE 2010. Essa unidade não possui programas de residência, tanto de medicina de família e comunidade, como de enfermagem de família e comunidade. E a CF Zilda Arns, pertencente a Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento 3.1, situada na Estrada Itararé 951, subsolo. CEP: 21061240 - Complexo do Alemão - Rio de Janeiro – RJ, que possui 14 equipes completas de ESF e 4 equipes de Saúde Bucal, sendo 1 incompleta, e que possui programas de residência de medicina de família e comunidade e de enfermagem de família e comunidade, ambos da Prefeitura do Rio de Janeiro. Ela cobre uma população de cerca de 886.551, segundo Censo IBGE 2010 (<https://subpav.org/aps/cnes>).

Nessas duas unidades, encontramos profissionais que trabalham com as duas versões da caderneta da criança, tanto a do Ministério da Saúde, como a simplificada, do Município do Rio de Janeiro, pois as duas se encontram em circulação.

4.3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

4.3.1 Entrevista Semiestruturada

Para isso foram entrevistados os profissionais das equipes de estratégia de saúde da família (médicos e enfermeiros), que fazem a puericultura nas unidades de Atenção Primária, no Município do Rio de Janeiro. As diferenças na formação acadêmica das categorias profissionais selecionadas foram consideradas para a pesquisa, partindo do conceito que médicos e enfermeiros, por si só, já possuem nítidas diferenças na abordagem com o usuário.

Em relação à formação acadêmica dos médicos e enfermeiros, não encontramos diferenças significativas no perfil do formando egresso/profissional nas duas categorias, que prezam por um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Ao médico, espera-se que possa atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. Ao enfermeiro, que seja capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes e a atuar, com

senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

As competências gerais são comuns às duas profissões no que diz respeito às dimensões: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente.

As habilidades específicas de cada profissão são distintas, como é esperado, trazendo em comum a capacidade de reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência entendida como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença e a promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos – gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento, atividades físicas, desportivas e as relacionadas ao meio social e ambiental.

A principal diferença está no Conteúdo Curricular, que traz para o enfermeiro, além do conhecimento das Ciências Biológicas e da Saúde, o conhecimento das Ciências Humanas, onde são incluídos os conteúdos de Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Comunicação e Educação. Daí percebe-se uma diferença singular no conjunto de habilidades específicas de cada profissão, esperando-se do enfermeiro a capacidade de incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional (Conselho Nacional de Educação, 2023a; Conselho Nacional de Educação, 2023b).

Também foram entrevistados os preceptores das residências de medicina e de enfermagem que funcionaram como informantes-chave, em um total de 2 (dois) entrevistados. Informantes-chave são indivíduos bem informados, ou seja, pessoas com amplos contatos e envolvimento ativo na comunidade ou pessoas que têm um conhecimento especial, informação profunda e ampla sobre um sistema, serviço ou outro assunto de interesse específico do pesquisador, e que frequentemente se tornam uma via de acesso do pesquisador ao grupo pesquisado (Bisol, 2012). Segundo Bisol (2012, p.722), “por compartilharem vocabulário, conceitos e vivências, e também por seu conhecimento profundo das normas que regem o funcionamento da comunidade investigada, os informantes-chave poderão se tornar colaboradores especiais da pesquisa: poderão ajudar a formular, expandir ou clarificar as interpretações do pesquisador”.

Para inclusão dos participantes, foram considerados os seguintes critérios: profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) das equipes de Estratégia de Saúde da Família, que realizam a puericultura de crianças de 0 a 6 anos incompletos e os preceptores das residências de medicina e de enfermagem, que orientam os residentes médicos e enfermeiros, nas duas Unidades de Atenção Primária selecionadas para a realização da pesquisa. Foram excluídos os demais profissionais que trabalham nessas Unidades.

As entrevistas semiestruturadas ocorreram nos turnos das reuniões de equipe, antes ou após estas, com duração de cerca de 30 minutos, após a aceitação na participação da pesquisa, com a autorização do gestor da unidade, de forma a não atrapalhar as atividades desempenhadas por eles na rotina do trabalho nas Unidades de Saúde.

Foram escolhidas duas unidades em localizações diferentes, levando-se em consideração o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da população adscrita. As entrevistas foram semiestruturadas e apresentaram no roteiro (APÊNDICES I e II) perguntas de identificação pessoal, de forma a permitir a compreensão do perfil dos profissionais que atuam nessas unidades e a utilização do instrumento na rotina diária das consultas. Dessa forma, foi-se “construindo um relato composto por depoimentos pessoais e visões subjetivas dos interlocutores, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações” (Minayo, 2012, p. 623). A partir daí, foi possível observar, indagar, interpretar e desenvolver um olhar crítico sobre a questão de pesquisa.

- Entrevistas semiestruturadas: combinam perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. Elas nos fornecem informações diretamente construídas no diálogo com o entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia (De Souza Minayo; Deslandes; Gomes, 2011).

Para essa pesquisa foram realizadas 11 entrevistas semiestruturadas. Foram considerados conceitos de alguns atores, que falam que as narrativas individuais precisam ser delineadas pelo pensamento do outro, pois é reveladora do grupo em que está inserido, de seu tempo histórico e de sua cultura. As relações entre os indivíduos ocorrem sempre de maneira interdependente, ou seja, conformando identidades pessoais e sociais, permitindo que uma entrevista com alguém de um grupo seja, ao mesmo tempo, um depoimento pessoal e coletivo (Minayo, 2017). Assim, ele foi definido por inclusão progressiva, pela aplicação do conceito de saturação, “um termo criado por Glaser e Strauss (1967) para se referirem a um momento no

trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado” (Minayo, 2017, p. 5).

Os benefícios para os participantes das entrevistas semiestruturadas na colaboração para essa pesquisa são indiretos e estão relacionados com a problematização, construção e reflexão acerca da utilização da caderneta da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, a percepção da influência dos determinantes sociais da saúde nesse processo e a comunicação com as famílias em relação a esse cuidado, exercido pelos trabalhadores que compõem as equipes de saúde em suas unidades básicas, de modo a que todos os trabalhadores que atuam na unidade sejam beneficiados, podendo servir de subsídio para modificações de políticas públicas.

4.3.2 Grupo Focal

O grupo focal (GF) é uma forma de entrevistas com grupos, com base na comunicação e na interação entre os participantes, com o objetivo de obter informações detalhadas sobre o objeto da pesquisa, levando-se em consideração o contexto e as experiências dos participantes (APÊNDICE III). A observação da dinâmica do grupo, através de diário de campo (APÊNDICE IV), aliada a coleta das informações prestadas, enriquece o conteúdo do material coletado (Trad, 2009). Tem o objetivo de abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do objeto de estudo (Goldenberg, 2011).

Esta técnica previu a obtenção de dados a partir de discussões cuidadosamente planejadas onde os participantes expressaram suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre urna questão específica num ambiente permissivo e não-constrangedor. Ela permitiu que a expressão de opiniões fosse mais facilmente captada durante o processo de interação em que os comentários de uns fizeram emergir a opinião de outros e em que o ambiente permissivo pôde facilitar a expressão de emoções (Westpltal, 1996).

O grupo focal foi conduzido por um moderador, que propôs questões inseridas em um roteiro previamente testado, preparado a partir dos objetivos do estudo. Ao moderador coube encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão em estudo, além de manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desviava dele. Um observador foi encarregado de captar as informações não-verbais expressas pelos participantes e, ao final, ajudar o moderador a

analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão (Westpltal, 1996).

O registro das falas, da discussão, isto é, a captação das informações do grupo focal foi documentado num diário de campo, que nada mais é que um “caderninho” onde escrevemos todas as informações que não fazem parte do material formal da entrevista ou do grupo focal, a partir do trabalho de observação dos participantes, na situação concreta em que acontecem (De Souza Minayo; Deslandes; Gomes, 2011). A implicação do pesquisador com o campo de pesquisa é documentada em sua escrita (Ribeiro *et al.*, 2016). É uma minúcia metodológica que pode ser um recurso útil para analisar os dados primários, mais do que apenas ser parte da coleta destes (Cachado, 2021). “A principal vantagem é epistemológica, uma vez que o diário de campo, ao ser analisado, pode levar-nos a melhorar perguntas de pesquisa, a tecer conclusões e a gerar melhores hipóteses” (Cachado, 2021, p. 558).

Foi realizado o grupo focal com os médicos e enfermeiros responsáveis técnicos das unidades de saúde selecionadas e das respectivas Coordenadorias Gerais de Atenção Primária da Área de Planejamento (CAP), totalizando 5 pessoas responsáveis pelo processo de educação permanente dos profissionais das equipes de Atenção Primária e pela gestão das práticas.

Para inclusão dos participantes, foram considerados os seguintes critérios: profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros), Responsáveis Técnicos das duas Unidades de Atenção Primária selecionadas para a realização da pesquisa e os médicos e enfermeiros Responsáveis Técnicos das respectivas Coordenadorias Gerais de Atenção Primária da Área de Planejamento (CAP 1.0 e 3.1). Foram excluídos os demais profissionais que trabalham nas Unidades de Atenção Primária e nas Coordenadorias Gerais de Atenção Primária da Área de Planejamento.

Os benefícios para os participantes do grupo focal na colaboração para essa pesquisa são indiretos e estão relacionados com a problematização, construção e reflexão acerca da utilização da caderneta da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, a percepção da influência dos determinantes sociais da saúde nesse processo e a comunicação com as famílias em relação a esse cuidado, exercido pelos trabalhadores que compõem as equipes de saúde em suas unidades básicas, de modo a que todos os trabalhadores que atuam na unidade sejam beneficiados, podendo servir de subsídio para modificações de políticas públicas.

O grupo focal ocorreu em dia combinado antecipadamente por todos e durou cerca de 1 hora e meia, após a aceitação na participação da pesquisa, de forma a não atrapalhar as

atividades desempenhadas por eles na rotina do trabalho, tanto nas Unidades de Saúde, quanto nas Coordenadorias de Atenção Primária das Áreas de Planejamento e com ciência dos gestores das unidades e das CAP.

4.3.3 Pesquisa Documental

O uso de documentos em pesquisa deve ser apreciado e valorizado. A riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas das Ciências Humanas e Sociais, porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e sociocultural (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009, P. 2).

Permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social e favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros (Sá-Silva; Almeida; Guindani, 2009).

A pesquisa documental é aquela em que os dados obtidos são estritamente provenientes de documentos, com o objetivo de extrair informações neles contidas, a fim de compreender um fenômeno. O método utilizado para analisar os documentos chama-se de “método de análise documental”. A pesquisa documental é um procedimento que se utiliza de métodos e técnicas para a apreensão, compreensão e análise de documentos dos mais variados tipos. São considerados documentos os materiais escritos que possam ser utilizados como fonte de informação, como leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão, até livros, estatísticas e arquivos escolares (Kripka; Scheller; Bonotto, 2015).

A análise dos documentos selecionados buscou identificar informações factuais nos mesmos para descobrir as circunstâncias sociais, econômicas e ecológicas com as quais podem estar relacionados, atendo-se sempre às questões de interesse. A análise documental, por meio da análise de conteúdo, foi constituída das seguintes etapas:

a) Pré-análise: organização do material - escolha e seleção dos documentos (corpus de análise); a formulação de hipóteses e/ou objetivos; elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final;

b) Exploração do material: estudo aprofundado orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos; elaboração de indicadores que orientaram a interpretação dos resultados:

escolha das unidades de contagem (codificação), seleção das regras de contagem (classificação) e a escolha de categorias (categorização) e

c) Tratamento dos resultados: interpretação referencial; reflexão e intuição com base nas relações estabelecidas pelos documentos (Kripka; Scheller; Bonotto, 2015).

Os elementos para análise documental são: o contexto, os autores, a autenticidade e a confiabilidade do texto, a natureza do texto, os conceitos-chave e a lógica interna do texto (Cechinel *et al.*, 2016).

Para a pesquisa documental, foram selecionados as Portarias Ministeriais, que direcionam os profissionais de saúde para a atenção integral à saúde da criança, incluindo a utilização da Caderneta da Criança e os documentos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que norteiam as práticas de cuidado na Atenção Primária, além dos instrumentos produzidos por essa Secretaria, para o acompanhamento das crianças nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Também foram selecionadas Notas Técnicas e Ofícios do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que se relacionam com a produção e distribuição das Cadernetas da Criança, para o município do Rio de Janeiro.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados seguiu os pressupostos da Análise de Conteúdo e se deu nas seguintes etapas: categorização, inferência, descrição e interpretação.

Com o material coletado, a análise foi feita com a decomposição dos itens em partes e agrupamento dos itens destacados pelos entrevistados em categorias, com o intuito de classificação e organização em tópicos que os entrevistados destacaram, sobretudo, por meio da reiteração (Minayo, 2012). Segundo Minayo, “o movimento classificatório que privilegia o sentido do material de campo não deve buscar nele uma verdade essencialista, mas o significado que os entrevistados expressam” (2012, p. 624).

“O tratamento do material nos conduz a uma busca da lógica peculiar e interna do grupo que estamos analisando, sendo esta a construção fundamental do pesquisador” (De Souza Minayo; Deslandes; Gomes, 2011, p. 26).

Para a categorização, o importante foi submeter todo o material aos mesmos critérios. Com o mapeamento dos discursos transcritos, relevâncias em relação ao marco teórico da pesquisa foram indicadas para a criação de categorias que os agruparam e nomearam.

Seguiu-se a descrição do resultado da categorização, com exposição dos dados encontrados na análise; inferência ou conclusão dos resultados, identificando os núcleos de sentido que dialogaram com os pressupostos iniciais; interpretação dos resultados com o auxílio da fundamentação teórica, dialogando com objetivos, questões e pressupostos da pesquisa.

4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os princípios éticos são necessários para a produção de conhecimento científico, visto que orientam pesquisas que envolvem seres humanos, principalmente quando a aplicabilidade das normas sofre possíveis abusos por parte de alguns pesquisadores, que valendo-se do seu papel, infringem as regras. Nesse sentido, a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996) e, após alguns anos, a sua revisão, resultando na resolução de 466/12, configura-se como uma importante ferramenta jurídica para garantir proteção aos sujeitos nas pesquisas científicas, implicando autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade aos participantes (Brasil, 2012).

Diante do exposto, esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e aprovado de acordo com o parecer número 5.886.173. Após esse procedimento, ele foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, visto que os locais para a coleta de dados e os participantes da pesquisa fazem parte deste ente público municipal, sendo duas Unidades de Saúde da Atenção Primária, duas Coordenadorias de Área de Planejamento e os profissionais que trabalham nessas instituições, sendo também aprovado com o parecer número 5.995.726. Após a aprovação pelos dois comitês de ética, foi iniciada a coleta dos dados.

A utilização dos dados obtidos através desta pesquisa foi somente para fins científicos, respeitando a confidencialidade e sigilo, garantindo também a autonomia dos sujeitos da pesquisa quanto a sua participação. Desta forma, os sujeitos foram informados sobre a não identificação dos mesmos e nem do serviço de Saúde em que fazem parte.

Para registro da coleta e posterior análise dos dados, foi utilizado gravador ao longo da entrevista, sendo que seu uso está condicionado ao consentimento do entrevistado. Ao término da pesquisa, o material gravado foi descartado, permanecendo o arquivo das transcrições dos áudios no período de cinco anos, a fim de realizar consultas posteriores e esclarecer dúvidas quanto ao estudo realizado.

Como pesquisadora, reconheço a importância e me comprometo a leitura e esclarecimento dos objetivos, procedimentos e relevância da referida pesquisa. Após realizar os devidos esclarecimentos, os sujeitos participantes da pesquisa e eu, como pesquisadora, lemos e assinamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES VII e VIII) e cada um dispôs de uma via.

Ressalto a importância de apresentar os resultados desta pesquisa aos sujeitos participantes da mesma e à sociedade em geral.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 INTRODUÇÃO

Esse capítulo será apresentado em duas partes: Resultados e Discussão.

Os Resultados encontrados a partir dos três métodos empregados (pesquisa documental, entrevista semiestruturada e grupo focal) foram divididos em 2 categorias de análise maiores: Saúde da Criança e Conceito Ampliado de Saúde e Caderneta da Criança, definidas a partir das perguntas motivadoras do estudo.

Dentro da categoria Saúde da Criança e Conceito Ampliado de Saúde, encontramos o Conceito de Promoção da Saúde, o olhar sobre os Determinantes Sociais da Saúde no cuidado à criança e o papel dos profissionais no cuidado às crianças, com os recursos utilizados por eles. Dentro da categoria Caderneta da Criança encontramos a importância dada ao instrumento, os fatores que influenciam esse uso e a comunicação com as famílias e o Saber em Uso, considerando os processos de trabalho e os processos educativos aos quais os profissionais de saúde estão inseridos.

Decidiu-se por analisar e apresentar os resultados das entrevistas semiestruturadas e do grupo focal de forma conjunta, pois na análise do perfil dos participantes em ambas as estratégias metodológicas destacaram-se dois grupos: um de profissionais recém-formados e início recente na APS e o outro constituído de profissionais com mais tempo de formação e atuação na APS. De acordo com Minayo (2017), não há medida estabelecida à priori para a compreensão das homogeneidades, das diversidades e da intensidade das informações necessárias ao adequado trabalho de pesquisa.

Em se tratando da natureza da pesquisa qualitativa e da relevância da triangulação, entendeu-se que trazer os resultados tanto das entrevistas semiestruturadas quanto do grupo focal em interação não comprometeu a apresentação dos dados. No trabalho de campo, foi-se construindo um relato composto, em que as falas de uns se acrescentam às dos outros e se compõem com ou se contrapõem às observações (Minayo, 2012).

5.2 RESULTADOS

5.2.1 Análise Documental

Para a pesquisa documental foram selecionados documentos do Ministério da Saúde, da

Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, disponíveis na internet de forma aberta e na plataforma da SUBPAV e correspondência eletrônica da Gerência da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente, via TCUD, a partir da liberação do CEP. Após aplicação dos critérios para elegibilidade dos documentos analisados, obteve-se como resultado os documentos governamentais que orientam o uso da caderneta da criança pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde, como a Portaria n.º 1.058/GM e Portaria de Consolidação n.º 2, do Ministério da Saúde; documentos da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro e do Ministério da Saúde, que orientam os municípios sobre a escassez da oferta da caderneta pelo MS e como proceder, como a Nota Técnica N° 02/2021 SAPS/SGAIS/SES-RJ, o Ofício-Circular n.º 9/2022/CGPAM/DSMI/SAPS/MS e o Ofício Circular N° 2/2023/CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS; e documentos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, como Ofício à Coordenadoria de Licitações e Aquisições, da Subsecretaria de Gestão (S/SUBG/CLA) e o Ofício S/SUBPAV/SAP/CCV/GSCA n° 53/2021, que solicitam a produção da versão simplificada da Caderneta da Criança.

O Manual de Implementação da PNAISC foi selecionado para a pesquisa como documento que define a Linha de Cuidado da Criança e que tem como um dos eixos estratégicos a promoção do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância, pela Atenção Básica.

Também foram utilizados os resultados do projeto “Monitoramento de Indicadores do Desenvolvimento Infantil em Campanhas de Vacinação nas capitais brasileiras e Distrito Federal (PIPAS capitais e DF)”, que teve como objetivos obter informações sobre saúde, nutrição, aprendizagem desde o início da vida, segurança/proteção e cuidados responsivos e sobre o desenvolvimento de crianças brasileiras de 0-5 anos. O projeto PIPAS foi uma iniciativa da Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (COCAM-MS), com apoio financeiro da Fundação ASTEF (F0233), coordenação técnica do Instituto de Saúde da Secretaria Estadual de São Paulo (SES-SP) e Coordenação local das Secretarias Municipal e Estadual de Saúde. No caso do município do Rio de Janeiro, a coordenação do projeto ficou com a Gerência da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente (GSCA), pertencente à Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV).

A leitura e análise preliminar dos documentos permitiram a construção das seguintes categorias de análise, levando-se em conta as perguntas que motivaram a pesquisa: Saúde da

Criança e Conceito Ampliado de Saúde e Caderneta da Criança.

A categoria Saúde da Criança e Conceito Ampliado de Saúde foi construída a partir das seguintes perguntas:

- “De que forma o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos é trabalhado pelos profissionais da Atenção Primária com as famílias, considerando, no processo de trabalho, o cuidado como relação?”
- “De que modo o contexto de vida das famílias é considerado na análise da aquisição dos marcos de crescimento e desenvolvimento?”
- “Como potencializar o desenvolvimento infantil utilizando os determinantes sociais como recursos disponíveis?”

A construção da categoria Caderneta da Criança, que visa avaliar a utilização da caderneta da criança pelos profissionais da Atenção Primária, considerando a importância dada ao instrumento, os fatores que influenciam esse uso e a comunicação com as famílias, resultou do questionamento central da pesquisa: “Como podemos nos aproximar de uma prática profissional que acompanha o crescimento e desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos, no Município do Rio de Janeiro, a partir da caderneta da criança, na perspectiva da promoção da saúde, entendendo os determinantes sociais da saúde?”.

5.2.1.1 Saúde da Criança e Conceito Ampliado de Saúde

O Manual de implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), lançado em 2018, tem a função de fornecer aos gestores e trabalhadores da saúde subsídios teórico-práticos para efetivação de mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde da criança no Brasil (Brasil, 2018).

A PNAISC incorpora em suas ações a prática de cuidado integral, especialmente na Primeira Infância (crianças até completar 6 anos de idade) e a perspectiva de atenção integral pressupõe relações muito bem estabelecidas entre a criança, o cuidador/família e o profissional responsável. Devem ser considerados, para isso, os determinantes sociais, incluindo seus aspectos afetivos e emocionais, constituídos e constituintes de um ambiente facilitador à vida.

O objetivo da PNAISC é, portanto:

Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas

de existência e pleno desenvolvimento (Brasil, 2015b, art. 2º).

A PNAISC está pautada em 8 princípios, 9 diretrizes e 7 eixos estratégicos:

- Princípios:

1. Direito à vida e à saúde;
2. Prioridade absoluta da criança;
3. Acesso universal à saúde;
4. Integralidade do cuidado;
5. Equidade em saúde;
6. Ambiente facilitador à vida;
7. Humanização da atenção;
8. Gestão participativa e controle social.

- Diretrizes:

1. Gestão Interfederativa das ações de saúde da criança;
2. Organização das ações e dos serviços na rede de atenção;
3. Promoção da Saúde;
4. Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família;
5. Qualificação da força de trabalho do SUS;
6. Planejamento e desenvolvimento de ações;
7. Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento;
8. Monitoramento e avaliação;
9. Intersetorialidade.

- Eixos Estratégicos:

- I. Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;
- II. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- III. Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
- IV. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- V. Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
- VI. Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;
- VII. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

O Eixo estratégico III propõe a vigilância e o estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)”, pela Atenção Básica à saúde, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (Brasil, 2015b, art. 6º, item III). Tem como estratégias: a disponibilização da caderneta de saúde da criança com atualização periódica do seu conteúdo; a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela atenção básica; o comitê de especialistas e de mobilização social para o desenvolvimento integral da primeira infância no âmbito do SUS e o apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância.

A disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança, Passaporte da Cidadania, a todas as crianças nascidas nas maternidades (públicas e privadas) do País é prevista pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.058, de 4 de julho de 2005. Trata-se de ferramenta estratégica para servir de fio condutor da atenção integral preconizada pela PNAISC, instrumento insubstituível de registro e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) e de orientações para esta atenção integral até a criança completar 9 anos de vida. A partir dos 10 anos a caderneta entregue é a do adolescente (Brasil, 2018).

Dessa forma, a PNAISC é orientadora das práticas de atenção à saúde da criança. Conhecer os seus princípios e eixos estratégicos amplia as ações dos profissionais em prol de garantir uma atenção integral à criança e sua família (<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/58267/pnaiscgeral.pdf?sequence=2>).

O Projeto PIPAS, cuja coleta de dados ocorreu durante a Campanha Nacional de Multivacinação, no dia 20/08/2022, com entrevistas realizadas de forma digital, utilizando o aplicativo do Projeto PIPAS, por uma equipe de 150 entrevistadores, formada preferencialmente por estudantes universitários (cursos na área da saúde, educação ou assistência social), mostrou resultados importantes sobre o desenvolvimento de crianças de 0-5 anos. Ela foi realizada em 60 UBS, escolhidas por sorteio, nas 10 Áreas de Planejamento do Município, conseguindo o total de 1554 entrevistas.

Alguns dados sobre os cuidados responsivos mostraram que 52% dos cuidadores nunca receberam informação sobre desenvolvimento infantil e que 67,7% dos cuidadores nunca foram questionados sobre o que achavam do desenvolvimento da criança, revelando que a avaliação do desenvolvimento infantil, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, precisa ser melhor trabalhada, tanto na sua qualificação, como na sua importância.

Além disso, a pesquisa também revelou que a pandemia do COVID-19 trouxe impactos

importantes à saúde das crianças na primeira infância, mostrando que 39% das crianças entrevistadas tiveram consultas de acompanhamento interrompidas e 15,7% tiveram atraso no calendário vacinal.

5.2.1.2 Caderneta da Criança

A Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania, versão menino e menina, é um documento técnico instituído pela Portaria n.º 1.058/GM, de 4 de julho de 2005 e vigente por meio da Portaria de Consolidação n.º 2, de 28 de setembro de 2017, com a finalidade de orientar famílias e profissionais de saúde, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, desde o nascimento até os 9 anos, incluindo a situação vacinal na infância, dentre outros cuidados fundamentais para a atenção integral e proteção da saúde da criança, em território nacional. É um instrumento para ficar em posse da família, sendo entregue por ocasião dos nascimentos nas maternidades públicas e privadas de todo país. Sua produção fica a cargo do Ministério da Saúde, que utiliza dados do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC) para cálculo da quantidade, tendo por base o número de nascimentos por local de ocorrência. São distribuídas diretamente para as Coordenações Estaduais e das Capitais, que distribuem às Secretarias Municipais de Saúde para a entrega nas Maternidades e Hospitais (Brasil, 2005; Brasil, 2017).

No ano de 2020, a empresa Esdeva Industria Gráfica LTDA emitiu 2 notas fiscais referentes à entrega de 662 volumes contendo 37.628 cadernetas da criança de menino e 37.628 cadernetas da criança de menina e referente a 166 volumes contendo 9.403 cadernetas da criança de menino e 9.403 cadernetas da criança de menina. No total, foram entregues 94.062 cadernetas da criança, de menino e de menina, para serem distribuídas às crianças do Município do Rio de Janeiro, tanto para as que nasceram a partir daquele momento, quanto para as que já tinham nascido, mas que não receberam o documento.

Essa foi a última distribuição da Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania ao Município do Rio de Janeiro, com um quantitativo que conseguiu cobrir a distribuição por cerca de 1 ano apenas. No final do ano de 2020, já prevendo a possibilidade de interrupção na distribuição das cadernetas, a Gerência da Área Técnica de Saúde da Criança e do Adolescente (GSCA) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro enviou Ofício à Coordenadoria de Licitações e Aquisições, da Subsecretaria de Gestão (S/SUBG/CLA), em resposta ao solicitado no processo 09/066.22/2020, sobre a “Justificativa para a Produção Gráfica das Cadernetas de

saúde da Criança Menina/Menino - Versão Simplificada”.

No ano de 2021, já com início da nova gestão municipal, as solicitações da caderneta, pelas maternidades e unidades de atenção primária, começaram a se intensificar.

Em fevereiro desse mesmo ano, a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro lançou Nota Técnica N° 02/2021 SAPS/SGAIS/SES-RJ, na qual informa o esgotamento dos estoques da caderneta e recomenda às Secretarias Municipais de Saúde, caso haja desabastecimento, que procedam com a confecção das Cadernetas da Criança de Menino e de Menina, para que não haja o transtorno que ocorreu em anos anteriores, com o atraso significativo do envio das cadernetas pelo Ministério da Saúde. Informa que o Ministério da Saúde disponibilizou uma versão digitalizada, que pôde ser impressa pelos estados e municípios e também reproduzida nos links, para fins de uso pessoal das famílias, sem comercialização.

A partir desse comunicado, em junho de 2021, a GSCA emitiu novo Ofício S/SUBPAV/SAP/CCV/GSCA n° 53/2021, com a solicitação de reprodução do quantitativo de 66.000 cadernetas (sessenta e seis mil) cadernetas simplificadas, visando garantir a distribuição para todas as crianças nascidas no Município do Rio de Janeiro, sendo 33.000 cadernetas simplificadas de menina e 33.000 cadernetas simplificadas de menino, com as seguintes especificações: formato aberto 200 x 490 mm, formato fechado 200 x 123 mm, 1 lâmina em Offset 180 g/m², 4x4 cores, Refile inicial, Refile final, Acondicionamento, Chapa e Gravação, dobra manual (3 dobras). Essa produção asseguraria a distribuição por mais 1 ano.

Tendo em vista um problema na máquina de impressão, a Imprensa da Cidade, que estava responsável pela produção das cadernetas simplificadas, não pôde continuar com o processo, que foi interrompido em setembro de 2021. Com os estoques de cadernetas já zerados, em outubro de 2021 a GSCA orientou os profissionais de saúde a escreverem todos os dados dos recém-nascidos no sumário de alta, incluindo as vacinas realizadas, para serem repassados às cadernetas da criança pela Unidade de Atenção Primária, além de fazerem uma lista dessas crianças a fim de acompanhar essa substituição.

Neste cenário de desabastecimento, a Subsecretaria de Promoção da Saúde, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) decidiu terceirizar a produção das cadernetas para a Organização Social Viva Rio e a produção conseguiu ser finalizada, ainda em outubro de 2021, de um total de 140.000 cadernetas. Em novembro de 2021, as cadernetas simplificadas foram distribuídas às Maternidades Municipais e às Coordenadorias de Áreas de Planejamento, a fim de resolver o problema do desabastecimento, com um quantitativo previsto para dois anos de abastecimento.

O Ministério da Saúde realizou certame licitatório para contratar os serviços de impressão e distribuição da Caderneta da Criança e, ao fim do processo ocorrido em 2021, foi celebrado o contrato n.º 98/2021 entre o Ministério da Saúde e a empresa licitada, conforme publicação no Diário Oficial da União n.º 211, de 10 de novembro de 2021, seção 3. O Ofício-Circular n.º 9/2022/CGPAM/DSMI/SAPS/MS informou que, apesar do contrato n.º 98/2021 prever o início da execução contratual no prazo de 90 dias, contando a partir do envio da aprovação da prova de máquina, apenas no dia 19 de abril de 2022 foi aprovada, devido a atrasos no envio dessa prova pela empresa.

No dia 22 de fevereiro de 2022, às 10hs, no Auditório Emílio Ribas, localizado no edifício sede do Ministério da Saúde, na Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Brasília, Distrito Federal foi realizada a cerimônia de lançamento da 3ª edição da Caderneta da Criança e do Curso de Ensino à distância para capacitação de profissionais no uso da Caderneta da Criança e da Linha de Cuidado de Puericultura.

Em 16 de maio de 2022, a empresa contratada apresentou manifestação informando o Ministério da Saúde referente ao deferimento da Tutela Antecipada Antecedente de pedido de recuperação judicial emitido pela Vara de Sucessões, Empresarial e de Registros Públicos da Comarca de Juiz de Fora, tendo em vista dificuldades financeiras enfrentadas pela respectiva empresa. Também foi pontuado pela empresa que havia desabastecimento de papel, acarretando assim dificuldades também para a execução do contrato de impressão e distribuição da Caderneta da Criança no Brasil. Foi decidido pelo prosseguimento do contrato, em razão de: defasagem de estoque, dos custos demandados da máquina pública com o processo licitatório, dos diversos serviços prestados ao Ministério (através dos trâmites licitatórios necessários) pela empresa, da inexistência de sanções diretas, da garantia de execução do contrato e da vinculação legal da nota de empenho ao CNPJ do beneficiário. Porém, a empresa não executou as impressões.

Em março de 2023, a nova Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente do Ministério da Saúde emitiu um Ofício Circular N.º 2/2023/CACRIAD/CGACI/DGCI/SAPS/MS, relativo à produção e distribuição das Cadernetas da Criança, referindo ter aberto nova instrução licitatória e orientando as Capitais e Estados em como proceder para providenciar a própria impressão da Caderneta da Criança.

A partir das informações apresentadas pelos documentos, o estudo verificou que, como a distribuição da Caderneta da Criança – Passaporte da Cidadania aconteceu de forma não universal, os profissionais da Atenção Primária acabaram se deparando com, no mínimo, dois

modelos de instrumento para avaliar e utilizar com as famílias, no Município do Rio de Janeiro.

A existência de dois ou mais modelos desse instrumento pode comprometer o seu uso, por deixar de possuir um padrão que possam seguir, além de favorecer o desconhecimento desses próprios instrumentos.

A não distribuição universal da Caderneta da Criança – passaporte da Cidadania possibilita a ocorrência de duas situações preocupantes: a comercialização da Caderneta da Criança por terceiros e a família não possuir nenhum instrumento e sim uma cópia das folhas de vacinação, dos dados pessoais e do nascimento, feita pela maternidade, principalmente se esse nascimento ocorreu em outro município, onde não se pode garantir nem mesmo a distribuição da caderneta simplificada, produzida pelo Município do Rio de Janeiro.

Em anexo, os dois modelos simplificados utilizados no ano de 2021 e no ano de 2022, pelo Município do Rio de Janeiro (ANEXOS I a IV).

5.2.2 Perfil dos Participantes

Participaram da pesquisa 11 mulheres e 7 homens, dos quais 10 são médicos e 8 são enfermeiros. A maioria dos participantes está incluído na faixa etária de 25 a 34 anos (61%) e nenhum deles reside nos territórios onde a pesquisa foi realizada.

Entre os médicos, 4 são residentes, 1 é preceptor, 2 são médicos de equipe e 3 são responsáveis técnicos (RTs). Entre os enfermeiros, 4 são residentes, 1 é preceptor, 1 é enfermeiro de equipe e 2 são RTs. 5 participantes referem ter outra formação, sendo 1 técnico de enfermagem, 2 acupunturistas, 1 agente comunitário de saúde (ACS) e 1 professor de inglês.

Em relação ao tempo de formação, 10 participantes tem até 6 anos de formação. Dentre os outros participantes, 4 tem entre 6 e 10 anos e 4, entre 10 e 15 anos.

O tempo de atuação na APS acompanha o tempo de formação, mostrando que a maioria deles começou a atuar na atenção primária pouco após o término da graduação, sendo 9 deles com até 5 anos de atuação, 5 com 5 a 10 anos, incluindo aqui o participante que foi agente comunitário de saúde e 4 com 10 a 15 anos de atuação.

Em anexo, as tabelas com os dados dos participantes das entrevistas semiestruturadas e do grupo focal (APÊNDICES V e VI).

5.2.3 Saúde da Criança e Conceito Ampliado de Saúde

As falas dos entrevistados refletem suas percepções sobre a Saúde da Criança a partir do Conceito Ampliado de Saúde, que envolve o bem estar físico, social e emocional (DOS REIS, 2004), e não apenas a ausência de doenças.

“Eu acredito que saúde da criança é a gente poder cuidar do bem-estar daquela criança, do bom crescimento e desenvolvimento, que ela tenha vínculos saudáveis, que ela cresça num ambiente saudável, que ela se alimente bem, que ela tenha acesso à educação”. (E11)

“Acho que saúde da criança é mais do que um olhar só focado na doença, mas é entender todo esse cuidado”. (E13)

Também entendem que não se restringe à criança, necessitando do envolvimento de toda a família e da rede de ajuda, assim como prevê a Política Nacional de Atenção Básica, com a proposta da Saúde da Família, estratégia prioritária para a organização da APS enquanto modelo que incorpora outros elementos, como centralidade da família e o direcionamento para a comunidade (Mendonça *et al.*, 2018).

“Mas eu entendo como isso, como esse cuidado que a gente faz integral a criança. Não focando também só nela, mas no contexto familiar, no contexto escolar, fazendo cuidado dela de forma integral”. (E12)

O olhar sobre a garantia de direitos, enquanto cidadãos, se põe em questão trazida na Conferência sobre os Direitos da Criança, em 1989 (Lara; Guareschi; Hüning, 2012), como necessidade para o acompanhamento integral das crianças e de suas famílias, realizada pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e Comunidade, além da consideração dos Determinantes Sociais da Saúde como recursos para a saúde, bem como os problemas de saúde advindos de sua falta na vida dos indivíduos, populações ou grupos comunitários a partir de questões sociais e ambientais e que são responsáveis pela maior parte das iniquidades em saúde (Gama e Colombo, 2010).

“Primeiro, garantia de direitos eu acho. Garantir direito de acesso, segurança alimentar, estudo. Acho que interseccionalizar essas crianças, principalmente no território que a gente está, geralmente são crianças negras, que tem demandas diferentes. Acho que promover essa garantia dos direitos, chegar o mais próximo de entregar uma saúde integral, no meu ponto de vista. E aí vem todos os determinantes, sejam biológicos, sociais ou mentais, enfim. Acho que seria isso. Que tem muita a ver com a estratégia”. (E10)

Foi levantado, no grupo focal, que a formação do profissional envolvido no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é fundamental para a inclusão dos determinantes sociais. A medida que eles ganham maturidade na Estratégia de Saúde da Família e no dia a dia na APS, eles conseguem entender e trabalhar melhor dentro do Conceito Ampliado de Saúde, no cuidado aos seus usuários.

“Mas o profissional que tem experiência, que tem a formação, ele está ali atento ao que sai um pouco da curva daquela criança. Não estou dizendo curva de crescimento, eu estou falando da curva da normalidade. Porque ele falou, a gente consegue ver uma criança que tem os sinais de violência. Às vezes aquela família que já teve um problema durante a gestação, a equipe tem um olhar maior para aquela questão também, depois que a criança nasce. Ou uma família que a gente sabe que já teve algum problema com alguma criança, mas não é aquela atenção de todas as puericulturas, de todas as crianças que vem para consulta na equipe.” (G3)

Outro ponto importante foi entender o conceito da Promoção da Saúde, pela análise dos dados da pesquisa.

Ele consegue ser proposto como campo teórico-prático-político que desloca o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando à produção da autonomia durante o processo do cuidado à saúde (Campos, 2004). Também concebem o conceito como forma de superar o modelo biomédico, utilizando campos de ação amplos que consideram as dimensões políticas, o desenvolvimento de habilidades pessoais e coletivas, o envolvimento comunitário, o cuidado com o ambiente e a reorientação dos serviços de saúde (Tavares *et al.*, 2016). Dessa forma, a educação para a saúde vem à tona, nas falas, como uma das definições de Promoção da Saúde.

No entanto os entrevistados não conseguem diferenciar claramente o conceito da Promoção com o da Prevenção da Saúde, misturando-os nas falas.

“Promoção da saúde começa com a prevenção, mas acho que também educação em saúde. Acho que tornar o usuário, em termos de criança, os pais ou os cuidadores. E talvez tentar com que a própria criança se engaje nos próprios autocuidados. Acho que promoção de saúde é isso, tornar o outro autônomo da sua saúde. Então acho que quanto mais entendimento de letramento em saúde uma pessoa tem, mais fácil esse trabalho de promoção de saúde fica”. (E1)

“Promoção da saúde eu entendo como a gente fazer a parte de educar essas crianças, educar essa família para que a gente tenha sucesso e não que a gente só trabalhe no curativismo, mas que a gente trabalhe prevenção. Cuidado e prevenção. Então eu acho que quando a gente faz a promoção, quando a gente educa, faz esse cuidado de educação continuada, educação para a família, para a criança, para a escola, para a comunidade”. (E12)

“Prevenção, rastreamento. Isso inclui vacinação. O próprio acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento, porque tudo é pró-saúde da criança, para que ela se desenvolva de forma adequada”. (E9)

Como traz a Carta de Ottawa, as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, e equidade, afirmando que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos (Buss, 2001). Os entrevistados consideram que é necessário compreender as condições de vida nas quais as crianças e suas famílias estão inseridas para que possam exercer esse cuidado ampliado.

Ressaltam a importância do trabalho intersetorial, visto que a integralidade do cuidado e as ações interdisciplinares e intersetoriais objetivam a manutenção e a promoção da saúde para garantir o processo dinâmico do crescimento e do desenvolvimento infantil, compreendendo que as respostas às necessidades da criança e da família nem sempre podem ser encontradas no setor saúde (Sousa; Erdmann; Mochel, 2010).

“Promoção da saúde acho que seria evitar problemas de saúde que não só doenças, porque no território que a gente tem é saúde no geral, não é só ausência de doenças. E é difícil, porque às vezes ao mesmo tempo que a gente quer promover a saúde pensando em outros determinantes, é muito difícil numa situação da população que a gente atende que não tem água encanada, que tem esgoto a céu aberto, que os ratos passam na água que eles consomem. Que muitas vezes vem com demandas de saúde por conta dessa falta de saneamento básico”. (E3)

“Então eu acho bem importante ter esse papel educativo antes mesmo de manejos terapêuticos. E isso, acho que a garantia do acesso também é uma promoção. Muitas das vezes é difícil os atendimentos de consultório, porque eles dificultam o acesso. Talvez a gente ter uma equipe mais multi, mais territorial, acho que também é uma coisa que se relaciona com a estratégia e com a equipe de saúde da família, já que a gente faz essa territorialização, essa abordagem comunitária. A gente faz esse manejo mesmo, mais completo, no local, no território”. (E10)

Essas ações visam reduzir as diferenças no estado de saúde da população e assegurar oportunidades e recursos igualitários para capacitar todas as pessoas a realizar completamente seu potencial de saúde (Brasil, 2002).

“A promoção da saúde é o olhar como um todo também. É promover a saúde para o indivíduo. Promoção é você buscar sempre uma melhora de toda a saúde, mental, física, social, mostrar como pode melhorar a saúde dele como um todo. Política de saúde na escola, nos bairros, nas comunidades, isso é uma promoção da saúde...” (E4)

5.2.3.1 O Olhar sobre os Determinantes Sociais da Saúde no Cuidado à Criança

As equipes de ESF estão inseridas em diversos contextos na cidade do Rio de Janeiro.

As duas unidades de saúde escolhidas possuem territórios bastante diferentes, visto os IDS de cada região, mas ambas encaram diversas situações de vulnerabilidades. Todos os entrevistados referem a importância de se considerar o contexto de vida das famílias durante o acompanhamento, como forma de aproximação às necessidades dos indivíduos, melhora do vínculo e da construção do plano de cuidado.

“Não que eles sejam piores ou melhores, acho que tem a ver com vulnerabilização e condições de vida das pessoas.” (E8)

E a principal forma como eles acessam essas diferentes realidades é a troca com os ACS. As reuniões de equipe são espaços privilegiados e estratégicos para a discussão dos casos mais complexos, em vários aspectos. Através dessas reuniões, detalhes fundamentais dos contextos de vida das famílias são divididos entre todos os participantes, o que permite essa aproximação tão importante para o cuidado. Os ACS conseguem sinalizar, para os membros da equipe, algumas necessidades específicas das famílias, o que facilita o processo de condução dos casos.

“Eu sempre costumo falar que eles são a ponte entre a família e nós, médicos e enfermeiros. Muitas vezes é o olhar deles que traz para gente a demanda daquela família ali, que faz a gente ver que aquela família ali em algum momento e aquela criança é prioridade de uma VD (visita domiciliar), por exemplo.” (E3)

“A partir do ACS a gente consegue discutir em equipe o que a gente pode fazer, o que a gente não consegue fazer, para poder elaborar um plano em conjunto.” (E2)

Entre os Determinantes Sociais da Saúde, os aspectos que mais foram trazidos pelos entrevistados foi o acesso à alimentação e o estímulo ao desenvolvimento infantil. Muitos os relacionam como fatores fundamentais para o crescimento e desenvolvimento das crianças, à frente de outros aspectos.

“Acho que sim, que é a questão da desnutrição, do desenvolvimento, está bem atrelado com os determinantes, com o que tem de recurso, enfim, da alimentação principalmente. Alimentação não é algo acessível, não é fácil.” (E1)

“Porque é isso, se a criança não está crescendo, não está desenvolvendo, a primeira coisa que você pensa é como está a alimentação dessa criança. Como está a amamentação, como está a mãe, a mãe também está comendo? São coisas que a gente sempre tem que pensar. A questão do desenvolvimento às vezes... desenvolvimento é isso, é muito estímulo também. Como está o contexto dessa família, tudo isso é sempre

pesquisado. Eu acho que a primeira coisa que você descarta é algum tipo de alteração no básico, a partir daí vai pensando em outras coisas.” (E2)

Outros aspectos que também aparecem com frequência nas falas são a violência no território e o desemprego, que afetam de forma significativa o crescimento e desenvolvimento dessas crianças, principalmente as mais vulneráveis, já que são condições que envolvem toda a família e contribuem desfavoravelmente para as relações interpessoais e o ambiente onde vivem.

“E aí, num contexto geral, a gente mora numa cidade como essa, que tem tráfico, trânsito, violência. Eu não estou nesse contexto agora, mas se na Mangueira tem tiroteio, se no Tuiuti tem tiroteio, se o pessoal está com medo de sair de casa, isso tudo é outra determinação social. Se a gente está com o desemprego lá em cima e as pessoas estão com insônia, eu vou fazer essa conexão e entender como eu posso ajudar e não dar só o Clonazepam. Eu acho que essa análise entre determinante social e a determinação da saúde ela é sempre uma coisa a chegar lá”. (E13)

A pandemia do COVID 19 foi outro aspecto apontado, tanto como fator agravante das condições de vida da população, com piora da violência intra e extradomiciliar, do desemprego e do acesso à alimentação, como influenciando negativamente o sofrimento mental das crianças e famílias, seja pelo isolamento a que foram impostos ou pelo fechamento das escolas, com consequente afastamento do convívio social. Também contribuiu para o afastamento das crianças e suas famílias dos serviços de saúde, principalmente pelas mudanças da rotina de trabalho que as unidades foram obrigadas a adotar.

“A maior parte dos casos que vêm de criança em reunião de equipe é questão de saúde mental... ou não está aprendendo, não está acompanhando, ou está fazendo muita bagunça, ou está ficando agressivo...” (E1)

“E agora uma coisa que a gente está tendo bastante atenção é o desenvolvimento dessa criança e interação social por conta da pandemia. Porque muitas crianças, elas estão com o comportamento mais tímido às vezes, porque ficaram muito afastadas do convívio social e isso é uma coisa nas crianças, por exemplo, de três anos que a gente observa bastante. Que elas tiveram bastante afastamento do convívio social e elas às vezes demoram um pouco para interagir comigo na consulta. A gente tem que ver alguma coisa que ela estava fazendo nesse período, usar o desenho com uma forma de se aproximar.” (E7)

5.2.3.2 O Papel dos Profissionais no Cuidado às Crianças e os Recursos Utilizados por Eles

Todos os entrevistados se reconhecem em um lugar de muita importância no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância. A

construção do vínculo e a informação em saúde, trazidas por eles nas consultas, são algumas das melhores formas de possibilitar o alcance do pleno desenvolvimento na fase adulta.

A maioria deles entende que, além de munir a família de informações a respeito do que a criança necessita para crescer e se desenvolver bem, conhecer o contexto de vida das famílias e dispor de recursos no território, para promover isso, também faz parte de sua atuação, centrando o cuidado na pessoa e na sua realidade, dentro da comunidade. Os recursos para esse acompanhamento incluem os colégios e creches, com ações através do PSE, ONGs e os espaços das Associações de Moradores. Assim, se possibilita apontar as vulnerabilidades e complexidades das crianças e famílias.

“Eu acho que, principalmente na atenção primária, um ponto muito importante é o vínculo que a gente cria com essa mulher. O tratamento que a gente dá a essa criança, a forma que a gente se porta mesmo como profissional com a criança, com a mulher, para ela se sentir segura com a gente e escutar as nossas orientações e levar em consideração para o crescimento e desenvolvimento dessa criança todo o âmbito que ela vive e dentro dos instrumentos sociais que a gente tem, buscar com que essa criança tenha acesso ao que ela precisa para se desenvolver. Creche, escola, procurar saber qual o convívio, se tem outras crianças da mesma idade para brincar, para interagir, se ela tem condição de se alimentar direito, de dormir em um ambiente seguro, de dormir vestida, o mínimo. No nosso território a gente busca se informar bastante disso.” (E7)

“A gente tem feito ações no território. Para criação de vínculo mesmo, para facilitar o acesso. A gente chama de consultório avançado, que seria ir para o território fazer atendimentos lá. A gente já fez no início do ano...” (E3)

A estrutura da Estratégia de Saúde da Família permite que o papel desempenhado por esses profissionais para o cuidado às crianças e suas famílias, tanto nas consultas como nas reuniões de equipe, aconteça de forma não hierarquizada, fortalecendo as diversas categorias e seus saberes.

“Eu considero uma atuação horizontal que atua com outras frentes. E cada frente tem o seu papel. Acho que enquanto médico, é eu entender que eu preciso visualizar e dominar determinadas coisas e trabalhar em equipe com outros profissionais de outras áreas. Então primeiro, antes de tudo, é descentralizar a minha conduta médica enquanto atuante na estratégia... horizontalizar o cuidado e trabalhar minha escuta, porque eu estou sempre aprendendo com outras pessoas dentro da equipe. Reuniões de equipe são muito válidas para mim.” (E10)

Todos os participantes referiram que a existência de grupos é uma estratégia para alcançar as crianças do território e conhecer suas demandas. Possibilita trabalhar com informação e cuidado com as famílias. Porém, como não houve possibilidade de os grupos acontecerem na pandemia, o retorno a essa prática precisa ser estimulado, tanto para os

profissionais como para os usuários.

Contudo eles esbarram na impossibilidade de ampliar o cuidado para além do espaço do consultório e da UBS pelas atribuições do dia a dia. Muitos colocam como um critério impeditivo a organização do trabalho da ESF na atualidade.

“Eu gostaria de ter mais ações no território...” (E9)

“Então assim, eu sou 20 horas, eu divido a equipe com a outra médica, então ela tem um turno e eu tenho um turno, que é o turno para VD, para burocracia, para grupo, para qualquer outra coisa fora do consultório... Então é um monte de burocracia que acaba que centraliza tudo no médico ou na médica, que só a gente pode fazer. O que a gente consegue fazer hoje é muito centrado no consultório, de usar a caderneta, de usar os recursos, marcar retorno mais frequente se a gente acha que precisa. Mas acho que sim, a gente deveria fortalecer as atividades educativas, o PSE, os grupos”. (E11)

Na Unidade de Saúde com programa de residência médica e de enfermagem, o preceptor assume um papel de suma importância para a formação dos futuros profissionais da APS. Como estão na função de orientação, abrir o olhar dos residentes sobre o contexto de vida das famílias é fundamental para auxiliá-los a entender e trabalhar o Conceito Ampliado de Saúde, durante a puericultura. Os preceptores trazem nas falas a recomendação aos residentes do acompanhamento das crianças seguindo o calendário de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde e, se necessário, acrescentando outras, nas situações de maior vulnerabilidade, a fim de buscarem que essas crianças consigam alcançar os seus plenos potenciais na vida adulta. Também atuam valorizando as consultas de puericultura enquanto espaços estratégicos para esse fim.

“Eu sempre tento puxar muito para o método clínico centrado na pessoa, não no processo da saúde-doença... sempre tento estimular ela bastante a respeito de enxergar as outras possibilidades dentro daquela situação porque o indivíduo, dentro de uma única doença, existem várias coisas que transpassam, às vezes é uma situação de vulnerabilidade, uma questão de desnutrição, uma questão de falta de informação”. (E5)

“Acho que a gente tem que fortalecer bastante a importância porque nem todo mundo às vezes vê a puericultura com importância de garantir o desenvolvimento adequado da criança, conseguir identificar se tem alguma questão que precise ser trabalhada para garantir o desenvolvimento da criança. E acho que para a gente, como preceptor, é saber ensinar bem ao residente que não é para ser uma consulta rápida de 5 minutos, é para ser uma consulta mais completa e identificar quais são os sinais de alarmes esperados, que podem acontecer em cada faixa etária que a gente atende e saber conduzir bem. Acho que quando identificar essas questões e conseguir abordar da melhor forma possível e saber examinar bem, saber colocar direitinho no gráfico, ver os marcos do desenvolvimento, ver todas as coisas que são importantes para cada consulta de puericultura.” (E6)

Os preceptores utilizam algumas estratégias com as equipes, não só seus residentes, para atingirem alguns objetivos específicos do cuidado integral durante o acompanhamento das crianças. Ações nas escolas pelo PSE, o prontuário eletrônico e o próprio território, são recursos utilizados para alcançar as crianças, como forma de identificar questões que precisam ser trabalhadas pela equipe.

Além disso alguns entrevistados sugeriram a criação de meses específicos para temas da saúde da criança, como a puericultura, assim como temos o mês do aleitamento materno e do câncer infantil. Assim, tem-se a oportunidade de trabalhar esse tema e aprofundar essa discussão com as equipes e com a população.

Também trouxeram estratégias de análise, como o PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, para autoavaliação das equipes e de seus processos de trabalho, incluindo as práticas de promoção da saúde.

“A gente consegue identificar a primeira forma de ajudar para conseguir fazer a promoção de saúde, então ver o que está ruim, o que a gente tem que ir atrás para melhorar. E acho que a gente usa muito o território para isso, ou a gente marca consultas, marca grupos, leva equipe, vai no território com o ACS, ou com médico, ou com o enfermeiro para poder identificar se tem alguma questão no território que pode estar atrapalhando naquela questão, uma questão do domicílio daquela pessoa que está gerando alguma dificuldade. Geralmente a gente costuma fazer essa vigilância na equipe mesmo para poder identificar quais são os problemas para conseguir resolver.” (E6)

“...acho que o Voz da Comunidade ajuda bastante a gente, para ter espaços, eventos, conscientização da população porque eles têm bastante contato com a população, mais do que a gente. E a gente tem algumas ONGs próximas que ajudam, tem aqui próximo o Abraço Campeão, tem para crianças também, tem várias coisas que a gente vai usando no território, que podem ser utilizadas para isso também.” (E6)

Para eles, também o excesso de demandas foi trazido como um dificultador do processo de trabalho, o que atrapalha muito o acompanhamento das crianças, em especial as que são mais vulneráveis e que acabam não acessando a unidade de saúde.

“São questões que às vezes quando a gente pensa, num médico de família, um enfermeiro de família, a gente tem muitas questões além de puericultura para atender e a clínica geralmente é bem cheia, são várias questões de agendados e demandas. Nem sempre a gente consegue...” (E6)

“Eu acho que isso reflete. Eu acho que o acompanhamento não é adequado para a realidade que a gente precisa. Mas eu entendo também o lado da equipe de não estar conseguindo dar conta por conta de todos os outros processos que também estão atravessados.” (G5)

Estabelecer os limites entre o que é o papel do profissional de saúde e o compromisso da criança/família, em relação ao seu próprio bem-estar, e propor o aumento da autonomia do sujeito, necessitam de tempo dedicado aos encontros, em todos os espaços possíveis, para que o diálogo possa acontecer (Rabello, 2010). Dessa forma, pensar Saúde da Criança, levando em consideração o Conceito Ampliado de Saúde e Promoção da Saúde depende de estabelecer estratégias que permitam esses encontros, com tempo e espaço protegidos.

5.2.4 Caderneta da Criança

A utilização da caderneta da criança pelos profissionais das equipes de Estratégia de Saúde da Família varia de acordo com o modelo disponível e o tipo de consulta. Ela acontece, predominantemente nas consultas de puericultura, principalmente para marcação dos gráficos de crescimento e marcos do desenvolvimento e para avaliação do calendário vacinal, nos dois modelos (Ministério da Saúde e Município do Rio de Janeiro).

Os preceptores recomendam aos residentes a utilização das duas versões da caderneta da criança, durante as consultas de puericultura e durante as Visitas Domiciliares, tanto para o registro dos gráficos de crescimento e desenvolvimento, quanto para as vacinas. Também orientam o uso da parte das informações, o que ajuda bastante o diálogo com as famílias.

Eles consideram a linguagem do conteúdo da caderneta bem simples, de fácil entendimento à população, apesar do nível de escolaridade das famílias. Porém, relatam que há uma dificuldade da realização da leitura pelas famílias, entendendo se tratar de falta de interesse delas. Uma das estratégias utilizadas por ambos é ler a caderneta durante a consulta, para mostrar para as famílias algumas questões contidas nela.

“Então geralmente antes de finalizar uma consulta, eu sempre abro a caderneta, “olha aqui tem uma informação que fala sobre isso que depois você pode ler, tem um pouco da alimentação que o bebê pode ter a partir de 6 meses de idade, higienização bucal”, aquela coisa toda, só que no retorno não houve a leitura. Eu já perguntei “você tem alguma dificuldade para fazer essa leitura?”, mas não tem, a pessoa lê, entende aquilo que lê, mas não se interessa.” (E5)

“É bem simplificado, é bem simples a escrita de como está, os pais geralmente conseguem entender, conseguem identificar nas consultas de puericultura.” (E6)

Porém, a sua utilização não é homogênea nas consultas por demanda, mesmo que a família esteja em posse do instrumento. Além disso, a marcação dos marcos de desenvolvimento também falha, principalmente nas crianças acima de 6 meses de idade,

reforçando os achados de Almeida *et al.* (2016), que evidenciou a subutilização do instrumento e baixa sensibilização dos profissionais para o registro, sugerindo que ela seja apenas mais um formulário a ser preenchido.

O alto número de usuários por equipe obriga a uma reorganização das práticas dos profissionais e reduz o tempo do diálogo, contribuindo para a subtração de ações essenciais para o cuidado à criança. A burocracia também contribui para isso, gerando demandas extras quando estão fora do consultório.

“O que eu costumo preencher nele é a curva de crescimento e perímetro cefálico que é o que eu consigo escrever ali. E só. Tem também uma tabela de desenvolvimento. Essa geralmente eu não preencho. Preencho até os 6 meses. Depois disso confesso que perpassa. Durante as consultas e também nas VDs.” (E3)

“Utilizo. Porém, por conta da demanda, eu acabo não sempre preenchendo, infelizmente, aqueles marcos. Se for aquela do Ministério da Saúde, para ser sincera, eu quase nunca preenchi em relação aos marcos, eu preencho mais o peso e a altura que é o que dá para ser feito”. (E8)

“Número de unidades de saúde da família por população, número de equipe por número de população. Eu acho que nosso trabalho seria mais eficiente se a gente tivesse menos inscritos por equipe, menos famílias, porque a gente conseguiria realmente fazer um trabalho mais efetivo”. (E1)

A grande diferença entre os modelos das cadernetas foi sinalizada por todos os profissionais entrevistados, ressaltando a insuficiência do modelo do Município, em relação tanto aos gráficos de crescimento e tabela do desenvolvimento, quanto aos espaços de escrita do profissional de saúde e orientações gerais para os familiares.

“Ele deixa um pouco a desejar porque ele não tem as orientações, que é o que tinha no outro do Ministério da Saúde, que era o livrinho. Era até interessante porque como ele era completo, qualquer dúvida que você... eu sempre orientava pelo menos, nas consultas da puericultura, que qualquer dúvida o principal era olhar primeiro na caderneta, em relação às fezes, em relação até à alimentação, às vezes a gente falava durante as consultas, mas às vezes a mãe não entende e fica com alguma dúvida, então sempre podia tirar dúvida lá. Tinha uma tabelinha bonitinha de como começar cada parte da alimentação, falava sobre questão de segurança, dúvidas, em relação ao estímulo da criança, que é uma coisa que nessa caderneta nova não tem”. (E2)

Por esse motivo, alguns profissionais utilizam algumas estratégias durante as consultas, recorrendo à versão digital da Caderneta do Ministério da Saúde para melhorar a comunicação com as famílias e o próprio acompanhamento realizado por eles.

“Então, às vezes o que a gente tenta adaptar no dia a dia é pegar na internet a caderneta antiga, imprimir algumas coisas para poder entregar porque eu acho que fica faltando,

fica uma lacuna. Para a família... que acaba atrapalhando na consulta porque a gente fica um tempo a mais tendo às vezes que elaborar um material para entregar para a família, sendo que é uma coisa que já tinham acesso antes. Então, a gente dá atenção primária, acaba tendo que fazer um papel, alguma outra coisa pensando mais nessas orientações.” (E2)

Em relação à avaliação da importância do instrumento para a prática profissional, todos os entrevistados consideraram a caderneta fundamental para a rotina do consultório, nas consultas de puericultura (E Silva; Gaíva, 2015). Além de servir como uma diretriz para os atendimentos das crianças, fornecendo um roteiro da puericultura para cada idade, traz as informações para a orientação das famílias. Neste ponto, só o modelo do MS contempla esse papel, sendo de pouca utilidade a caderneta do município, pois não apresenta nenhum espaço para a escrita dos profissionais e sinalização das consultas, o que dificulta a avaliação objetiva se o acompanhamento da criança está sendo realizado ou não e não permite escreverem o peso, a altura e as orientações de forma mais clara para as famílias.

Ressaltam que o registro, tanto no prontuário quanto na caderneta, é imperioso para o acompanhamento das crianças, já que as consultas são alternadas entre os profissionais médicos e os enfermeiros, além dos outros profissionais terem acesso às informações da caderneta, durante a vacinação ou em visita domiciliar.

“Para minha prática profissional eu considero mais importante preencher o prontuário em relação ao que precisa ser cobrado de mim em relação a registro. Agora para quem fica com a caderneta, e é um documento, é de extrema importância. Então eu acho que é de extrema importância a gente preencher, porque o prontuário fica aqui pra gente e a caderneta que vai.” (E8)

“Porque ali sinaliza. Por exemplo, eu estou consultando essa criança hoje, mas eu não sei se daqui a dois meses vai ser eu que vou consultar. Então é um parâmetro para o meu colega também que está vindo naquela consulta depois. Acompanhamento.” (E4)

Por outro lado, é incontestável nas falas a importância das orientações contidas na Caderneta do MS.

“Muito importante. Eu acho que ele foi ficando mais didático. Ele meio que vai orientando para gente não esquecer nada. Acho que essa é a função do cartão. Ele vai norteando.” (E13)

“Porque é muita coisa para a gente acompanhar da criança, os gráficos são essenciais, então é muito bom ter um material que já tenha o básico roteirizado, o essencial que não pode faltar em uma consulta para a gente construir a partir daquilo ali. Acho essencial, acho que a caderneta nivela o atendimento. Então ele começa a partir de um certo ponto, você sabendo que tem que seguir pelo menos o caderninho, você já está fazendo uma boa consulta de saúde da criança, de puericultura.” (E1)

Dessa forma, também foi considerada como ferramenta de comunicação com as famílias, pois os profissionais consideram que o registro das informações sobre a criança, no instrumento, ajuda a aprimorar o entendimento das famílias sobre as questões do crescimento e desenvolvimento, além de aumentar o acesso a conhecimentos importantes para essa fase da vida, principalmente quando o conteúdo é trabalhado durante as consultas. Também se restringe mais à caderneta do MS, pois a do município é muito limitada no fornecimento das informações e nos campos de registro.

Entendem, no entanto, que a caderneta do MS é extensa, o que acaba inibindo a leitura pelas famílias, pelo menos do documento por inteiro, mas possui informações essenciais para o cuidado da criança, tanto pelos profissionais, quanto pela família. Se o profissional não abordar as questões da caderneta durante a consulta ou o grupo, dificilmente ela será lida pela família de forma espontânea. E essa abordagem depende muito do profissional, variando entre os que fizeram residência ou não e conforme a pressão da atenção à saúde.

“Tem família que é bastante engajada, que entende e tem outras famílias que não têm tanta percepção do que está ali no cartão, vêm pela rotina, de saber que têm que trazer e tudo mais. Acho que parte muito da gente engajar os cuidadores a entender o que está no cartão e entender a importância daquele acompanhamento. Acho que tem que ter essa comunicação.” (E1)

“A gente precisa ter mais atenção também. Nós, enquanto profissionais de saúde. A gente precisa ter mais atenção de tipo, mostrar para aquela família que a caderneta é um instrumento de informação, que ela pode dar uma lida, ver o que está acontecendo em cada fase da criança, o que está para acontecer agora nessa próxima fase, como eu posso ajudar? De que forma eu posso fazer? Aquele papelzinho do desenvolvimento também é muito legal, mas isso tem na simplificada. Eu sempre mostro para elas, “então vamos lá”, estou na consulta de 2 meses, “vamos começar a incentivar isso, e isso e isso porque ele já consegue”, “ah, mas já está fazendo”, “então está ótimo, está adiantado”. (E12)

Também trazem que a caderneta não serve a pessoas com deficiência visual ou com analfabetismo (também o funcional) e, como sugestão, propõem que a caderneta seja mais ilustrada e com mais tópicos para facilitar a sua leitura. É um consenso de que se ela for muito sucinta, se transforma só em um documento que traz informações, mas não de comunicação, que é o que se propõe para ela.

“Então, se ela for muito sucinta, para a mãe não faz sentido nenhum, é só um papel que os médicos, os profissionais, enfermeiros vão registrar informações que ele vai anotar em dois lugares. Sabem que é isso. Mas se tem instrumento educativo, se tem orientação, aí é um canal de comunicação.” (E13)

5.2.4.1. A Utilização da Caderneta pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

O uso da caderneta da criança não deveria se restringir apenas aos profissionais que fazem a consulta de puericultura de fato porque é um instrumento muito rico também para o uso fora do consultório. Não é incomum presenciarmos o trabalho com a caderneta em grupos de usuário sendo realizados por outros profissionais da APS, além dos médicos e enfermeiros e nas visitas domiciliares.

Em relação ao uso do instrumento pelos ACS durante as VDs, todos os entrevistados responderam que esse uso se restringe mais à parte das vacinas, muito em função porque pensam ser uma atribuição da equipe técnica o trabalho com as outras partes da caderneta, algo que só o nível superior poderia fazer.

“Eu não sei como acontece isso, mas eles pensam muito de ser algo técnico, algo que somente um nível superior pode fazer. Mas não, são cuidados que, às vezes até mesmo aqueles cuidados empíricos, eles também podem recomendar.” (E5)

“Principalmente sobre a vacinação. Eu acho que é só o que eles trazem, que a vacinação está atrasada. Eu acho que é o que eles trazem.” (E3)

Apenas 2 deles referiram que os ACS utilizam a Caderneta como instrumento de cuidado integral, na consideração de sua finalidade.

“Não sei se é sorte minha, mas muitos têm um olhar biopsicossocial muito bom. Eu acho que pelo estado da caderneta eles conseguem diagnosticar alguma vulnerabilidade, ou algum descaso com a criança ou até mesmo a... Eu acho interessante inclusive, que às vezes os ACSs sabem mais o cronograma vacinal do que a gente, por exemplo. Então acho que nisso, avaliação e acompanhamento, ver questões do autocuidado ou cuidado com a criança através de como a caderneta está, do estado da caderneta.” (E10)

“Eu acho que para eles é também um instrumento de ver, “paciente veio, não veio, como está o acompanhamento”, também é muito sutil. Eu lembro de algumas conversas “a caderneta estava toda jogada”, é uma análise sutil do cuidado com a caderneta que significa um cuidado com a saúde da criança. Não posso dizer que isso é definitivo, mas eu sinto que eles olham meio que tudo... Eu acho que para eles ajuda muito, é mais um instrumento de avaliação, de acompanhamento.” (E13)

As possibilidades levantadas pelos entrevistados para a subutilização de todas as informações da caderneta pelos ACS, com as famílias, se devem, em parte, porque eles perderam essa prática pelo excesso de demandas e mudanças nos seus processos de trabalho. A relação de usuários por equipe e a pandemia do COVID 19 são algumas causas levantadas por eles.

Um dos dois preceptores já foi ACS, antes de fazer o curso superior e refere que a prática do ACS se modificou muito ao longo desse tempo. Ele refere ter recebido diversos treinamentos para uso da caderneta da criança durante as VDs, não apenas para avaliação da vacina, mas também das curvas de crescimento e desenvolvimento. Diz que o trabalho do ACS se burocratizou, se tornou administrativo.

“E hoje, eu percebo que houve uma descaracterização do ACS, ele ficou muito burocrático, administrativo. Hoje em dia, a gente vê mais Agente de Saúde sendo entregador de SISREG, agendador de consulta e acolhimento. Então acaba perdendo um pouco o vínculo com a equipe e perdendo aqueles primórdios que na minha opinião são fundamentais para o trabalho do Agente. Eu acho que antes do Agente ter bastante competências dentro da unidade, ele tem que ser utilizado mais no território.”
(E5)

Também consideram que a falta do instrumento do MS prejudica muito sua utilização pelas equipes e pelos ACS e que, além disso, o trabalho do ACS foi muito impactado pelo desmonte da APS, que reduziu o número de ACS por equipe e pela pandemia, que os deixou dentro da unidade de saúde e não no território. Dessa forma, até a rotina de VD e o que fazer nela foi prejudicado.

“E é algo a se pensar, até falando na questão do tempo, que a gente às vezes não tem tanto tempo para trabalhar, de ser mais utilizado, da gente trabalhar com eles talvez. Mas aí também depende de ter maior quantidade da caderneta. Aí você vai na casa de um, estimula ele a usar, aí ele vai na casa e aquela caderneta... a simplificada só...”
(G3)

“Porque eu acho que a gente tem uma mão de obra superpotente que às vezes a gente também não usa, ou desmerece, aí eu me boto também, do potencial do ACS, mas que a gente sabe que a gente já tinha dificuldades e certas fragilidades pré-pandemia. E aí com a pandemia e tudo mais, eu acho que o trabalho deles ficou uma parada muito louca. E aí a gente está tentando retomar os trabalhos do ACS.” (G5)

5.2.4.2 Educação Permanente na Atenção à Saúde da Criança, na APS

Todos eles entendem que trabalhar com educação permanente é uma forma de melhorar a qualidade do cuidado as crianças, por todos os membros da equipe.

O Curso Introdutório se propõe a trazer a discussão do papel da Estratégia de Saúde da Família na Atenção integral à saúde dos usuários, assim como do processo de trabalho das equipes. Também é trabalhado neste curso a valorização do ACS como profissional estratégico para vigilância da comunidade, principalmente de grupos específicos, como as crianças. Ele é ministrado para todos os profissionais que ingressam na APS.

Algumas estratégias de educação permanente e/ou continuada com as equipes, como treinamentos para os ACS, do uso da caderneta da criança, são realizadas com o intuito de avaliação do calendário vacinal por eles, buscando o aumento da cobertura vacinal. Eles incluíram o WhatsApp nesse processo, de forma a facilitar a comunicação e a retirada de dúvidas entre os profissionais.

Porém, eles ainda percebem que a maior parte dos treinamentos são voltados para a equipe técnica, ainda ficando os ACS de lado em grande parte das vezes, e que para os ACS, esses treinamentos acabam sendo voltados para a vacinação mesmo.

“A gente está em implementação de algumas educações continuadas voltadas mais para as visitas domiciliares dos Agentes de Saúde. Além desse treinamento que eu tinha feito com os Agentes de toda a unidade, eu e minha R1 estamos programando algumas reuniões de equipe para poder parar e orientar um pouco melhor os Agentes de Saúde quanto a esse trabalho. Trazer a técnica da sala de vacinação, para poder orientar sobre o calendário vacinal.” (E5)

“A gente tem uma *mea culpa* nossa porque a gente faz muita capacitação em coisa, ainda mais pensando em saúde da criança, voltada para médico, enfermeiro, RT. E a gente pouco traz eles (ACS) para esse processo. Então a gente também não valoriza eles, de estar ali nesse momento, na discussão e tudo mais. Então, acho que tem um pouco da nossa *mea culpa* também. De fato eu acho que é uma mão de obra que poderia ser muito melhor aproveitada, sobretudo no acompanhamento das crianças.” (G5)

Os profissionais referiram haver espaços dentro de reuniões gerais onde são discutidos uma variedade de temas pertinentes para um determinado momento, voltadas mais para a equipe técnica, como momentos de educação continuada.

As discussões dentro das reuniões de equipe são os momentos de educação permanente, com o envolvimento dos ACS. Essas discussões fazem mais sentido, porque se relacionam aos problemas encontrados por eles no cotidiano do trabalho, conforme explicitado na fala que se segue de um residente de 2º ano de enfermagem em saúde de família.

“Como profissional na ponta da estratégia de saúde da família, acho que fazer educação permanente dentro do espaço, por exemplo, da equipe é muito importante, para além de alinhar fluxos, que ajuda muito no processo de trabalho da equipe. É você discutir, ver como o outro profissional lida com aquilo, da outra categoria, como você lida e como é o mundo ideal, como a gente pode somar junto. Um desses espaços dentro da reunião de equipe eu acho que é fundamental, foi o que a gente fez, a gente cria uma roda de conversa, tem uma pessoa que expõe a mais mesmo, que traz mais o tema. Mas geralmente eu costumo perguntar como o ACS faz, às vezes ele fala de um jeito que é genial, e ele faz certinho. Aí às vezes o outro não faz e já pega. Então essa construção coletiva eu acho que é muito importante dentro do trabalho do profissional que está na ponta.” (E8)

O grupo focal trouxe a necessidade de se proteger as reuniões de equipe, como esses espaços de educação permanente, tanto pela gestão local da unidade, como pelas gestões de níveis regional e central do município, para que elas não deixem de acontecer principalmente nas unidades sem residência médica e/ou de enfermagem, seja pelo excesso de demandas ou pela ausência dos profissionais.

“Eu acho que a demanda hoje em dia até a gente formalizar a importância da reunião de equipe. Porque a gente está com uma pressão assistencial tão grande que os gestores mesmo às vezes querem que todo mundo atenda o tempo inteiro, atenda, atenda e não protege esse espaço. A gente vê que tem essa vantagem de ser um espaço protegido em unidades com residência, mas unidades sem residência, muitas unidades não fazem reunião de equipe. Isso é uma realidade. E aí atende, atende o tempo inteiro e não pensa no processo de trabalho.” (G2)

O entendimento sobre o que seria educação permanente e educação continuada muitas vezes, se confunde nas falas, sendo elas referidas como tendo o mesmo sentido, para alguns entrevistados. As atividades de educação continuada e permanente parecem ser práticas dentro das unidades, principalmente nos espaços de reuniões gerais e de equipe, onde temas e casos de usuários são discutidos.

“Pelo o que eu vejo a enfermagem faz um ótimo trabalho de educação continuada com os ACSs. Antes de começar a reunião tem um espaço de educação permanente com os ACSs, pelo menos na minha equipe tem. E isso é comandado e coordenado pela enfermeira da equipe.” (E1)

“Mas existem oficinas, existem algumas coisas para a gente ir aprendendo, para saber também como abordar, eu ainda não tive esse contato, mas acredito que está dentro do programa. A residência aborda isso. A gente teve uma oficina agora de territorialização, de entender o território. Acho que foi importante isso para a gente tentar identificar quais são os problemas que a gente vê aqui, o que existe, o que a gente pode fazer em relação a isso.” (E2)

Dessa forma, dá-se a importância do processo de trabalho entendido dentro do e como processo educativo, que gera aprendizados mútuos e influencia diretamente no cuidado à criança, relacionado ao Conceito Ampliado de Saúde, tal como preconizado pela Promoção da Saúde.

5.3 DISCUSSÃO

A análise dos resultados levantou algumas questões importantes sobre o acompanhamento da criança na Atenção Primária à Saúde.

A primeira delas é que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de forma mais integral é realizado, predominantemente, pelos médicos e enfermeiros das equipes, durante as consultas de puericultura (Santos; Resegue; Puccini, 2012). Estas acontecem seguindo o calendário proposto pelo Ministério da Saúde, que mantém consultas mais frequentes nos dois primeiros anos de vida e depois as espaça.

Durantes essas consultas, as avaliações de peso, altura, perímetro cefálico, hábitos alimentares e rotinas são verificadas e os dados são registrados no prontuário eletrônico e na caderneta da criança, em qualquer versão que a família tiver em mãos.

Como observado nos resultados das entrevistas e da pesquisa PIPAS na análise documental, o registro da avaliação do desenvolvimento infantil acaba sendo o mais comprometido, durante a consulta de puericultura, tanto no prontuário, quanto na caderneta. Esse dado mostra que não é envolvida só a avaliação do desenvolvimento, pelo fato de não sabermos se ela foi realmente realizada ou não, mas também o entendimento pela família, em relação a esse acompanhamento (Figueiras *et al.*, 2003). Dados esses agravados ainda mais pela pandemia, que resultou em mudanças na rotina das unidades, fazendo com que uma parcela importante dessas crianças não fosse vista pelas equipes de ESF.

Também nas entrevistas apareceu o dado de que as consultas de demanda espontânea são mais objetivas em cima das queixas trazidas, não ocorrendo nelas a avaliação mais completa da criança. Dessa forma, além da ausência dessa avaliação, nem a caderneta e nem a parte de puericultura do prontuário são preenchidos. Tal situação confere uma característica de atendimento à necessidade iminente, tendo como ponto de partida o agravo, sendo o cuidado centrado na doença e cura, em detrimento a um modelo de atenção que promova a saúde (Baratieri *et al.*, 2014).

Isso demonstra que ocorre uma separação, na prática, do que propõe a Atenção à Saúde da Criança, entre esses dois tipos de consultas, assumindo que a longitudinalidade e a integralidade fiquem prejudicadas.

Para que os profissionais consigam alcançar o Cuidado Integral, com base no Conceito Ampliado de Saúde, é necessário que o contexto de vida dessas crianças e suas famílias sejam acessados, diretamente por eles ou através dos Agentes Comunitários de Saúde, que fazem parte do território dessas famílias (Oliveira *et al.*, 2019). Tanto no grupo focal, como nas entrevistas, foi relatado que é durante as reuniões de equipe, a partir das trocas entre os seus membros, que esses aspectos são abordados, principalmente nos casos que saem do “padrão” daquela comunidade (Rios; Sousa; Caputo, 2019). Porém, como não se tem a rotina de “passar” criança

por criança, nas reuniões de equipe, pode-se admitir que crianças sejam “esquecidas”, à medida em que crescem ou que não apresentem situações específicas mais importantes, dado trazido principalmente pelo grupo focal.

A construção de vínculo entre os profissionais e as famílias também é relatada como fundamental para o Cuidado Integral. O vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito, e que, através de mediação, pode estimular a conquista da autonomia quanto à saúde dos indivíduos. Ele também amplia a participação do usuário e a eficácia das ações de saúde (Monteiro; Figueiredo; Machado, 2009).

Os Determinantes Sociais da Saúde são incluídos, portanto, nessa avaliação e nos casos das crianças mais vulneráveis, onde há falta de grande parte desses fatores (Gama e Colombo, 2010). Estratégias são utilizadas pelos profissionais para auxiliar o pleno desenvolvimento dessas crianças. O modelo de Atenção Básica vigente, a Estratégia de Saúde da Família, permite que a equipe tenha um trabalho direto no território, conhecendo-o e reconhecendo nele recursos a serem utilizados em benefício das suas crianças, com o desenvolvimento de práticas de saúde voltadas para o “chão concreto”, para o lugar da vida cotidiana delas e de suas famílias (Santos; Rigotto, 2010).

Interessante identificar entre as falas que um dos mais considerados entre os DSS é o baixo acesso aos alimentos, sendo feito referência à desnutrição. Chama atenção o fato deles não relatarem nas suas considerações a questão da obesidade, muito frequente atualmente, na maioria dos territórios.

Algumas estratégias que as equipes utilizam é o trabalho nas escolas com o Programa Saúde na Escola (Fonseca *et al.*, 2013), consultas fora da clínica, grupos de usuários e articulação com equipamentos públicos e privados (ONGs). A partir desses, novas possibilidades se abrem para o Cuidado a essas famílias e crianças.

Um instrumento disponível para o acompanhamento das crianças, na Atenção Primária à Saúde, é a Caderneta da Criança, de acordo com o terceiro eixo estratégico da PNAISC. Distribuída pelo Ministério da Saúde (MS), ela tem o papel de guardar os registros do crescimento e desenvolvimento até os 10 anos de idade, trazer informações importantes para os profissionais e familiares e servir como comunicação intersetorial (saúde, assistência social e educação) e com as famílias (Amorim *et al.*, 2018) (Brasil; Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2018).

A sua distribuição pelo MS não tem se mantido constante, tendo o Município do Rio de Janeiro recebido a última remessa em janeiro de 2020, como mostrado pela análise documental.

Desde então, o que tem circulado com as famílias são: o modelo simplificado, construído pelo próprio município; o modelo do MS, com famílias de crianças mais velhas; e o modelo do MS adquirido pelas famílias, através de reprodução por conta própria. Este último nem sempre corresponde à última versão lançada, que foi em 2022.

Com isso, o conteúdo da caderneta não é uniforme para todos, favorecendo a não utilização pelos profissionais e pelas famílias, podendo até causar uma certa confusão entre os profissionais mais jovens, conforme dados do grupo focal.

Assim, em relação à utilização desse instrumento pelos profissionais de saúde, o que vimos é que, mesmo em crianças pequenas, o seu preenchimento é muito falho. Os profissionais declaram que preenchem nos primeiros meses de vida e depois não o fazem mais, seja qual for o modelo de instrumento disponível.

O motivo para isso se deve, principalmente, ao processo de trabalho das equipes, e não por não entenderem a importância do instrumento. Equipes inchadas de usuários, com excesso de demandas de atendimento e demandas burocráticas, diariamente, refletem nesses resultados, conforme visto em diversas pesquisas já realizadas (Palombo *et al.*, 2014; E Silva; Gaíva, 2015; De Almeida, 2016; Amorim *et al.*, 2018).

Além disso, relatam que falta tempo para atividades fora do consultório, como grupos, onde seria permitido uma interação maior com as famílias, possibilitando os diálogos e a construção do Cuidado. Esses espaços permitiriam o trabalho com a caderneta, de forma educativa, junto às famílias.

Em se tratando dos Agentes Comunitários de Saúde, os resultados da utilização da caderneta mostram que ela é restrita à parte da vacinação. Poucos são os que utilizam outras partes do instrumento, como os gráficos de peso e altura, a tabela de desenvolvimento ou a parte das informações, configurando uma perda enorme do potencial de trabalho desses profissionais com as famílias. E nem sempre foi dessa forma. Os ACS já utilizaram a caderneta de forma mais ampla, durante as visitas domiciliares, conforme refere um profissional entrevistado, que já foi ACS (Santos *et al.*, 2020).

Vários aspectos foram relacionados a isso, como falta de treinamentos, excesso de demandas administrativas, a pandemia e o desmonte da APS, no último governo (O'Dwyer *et al.*, 2019). Atualmente, a maioria deles entende que a caderneta é um instrumento para uso apenas da equipe técnica. Apenas dois entrevistados percebem que os ACS detêm um olhar para a caderneta além da vacina, percebendo questões familiares através dela.

A utilização da caderneta da criança, a necessidade da realização da consulta de

puericultura completa para todas as crianças e o olhar sobre o contexto de vida das famílias são orientados pelos preceptores na unidade com residência médica e de enfermagem, reforçando a importância de buscar o cuidado integral às crianças (Chiesa *et al.*, 2018).

Todos os profissionais de saúde participam de espaços de educação permanente e de educação continuada, dentro e fora das unidades de saúde. Tais espaços se constituem de oficinas, grupos de trabalho, ciclo de debates, reuniões temáticas. O principal espaço para discussão e aprendizado, que todos eles pontuam, são as reuniões de equipe. Nelas, os casos são discutidos por todos os membros da equipe, a partir da realidade daquele território específico. Também nas reuniões de equipe são percebidas as fraquezas e fortalezas dos seus participantes, para que sejam trabalhados entre todos. As diferentes formações e experiências dos profissionais da equipe são o que mais favorece esse aprendizado, permitindo a troca entre eles (Peduzzi *et al.*, 2009). A importância do processo educativo inserido no processo de trabalho se sobressai na discussão, como forma de qualificação profissional através da integração dos saberes, objetivando a melhoria nas relações de cuidado com o usuário (Loureiro, 2010).

Porém, também aqui o excesso de demandas coloca em risco esse espaço, fazendo com que nem todos os membros consigam participar. Isso ocorre ainda de forma mais significativa na unidade sem residência, principalmente por ter menos profissionais atuando, de acordo com dados do grupo focal.

Apesar do que foi relatado sobre o uso da caderneta pelos ACSs se restringir principalmente à parte da vacinação, mesmo havendo entendimento da equipe técnica sobre a capacidade desses profissionais trabalharem a caderneta de forma mais ampla com as famílias, os dados das entrevistas e do grupo focal mostram que os espaços de formação para esse grupo majoritariamente giram em torno da temática da vacinação, objetivando aumentar as coberturas vacinais. Isso acaba contribuindo para esses resultados e na percepção da necessidade da ampliação dos treinamentos para os ACSs em torno de outros temas e práticas.

Não foi percebida diferença entre médicos e enfermeiros no acompanhamento à criança, apesar das diferentes formações na graduação. Foram entrevistados profissionais recém-formados, no início do processo de aprendizado e profissionais que já estão na APS, há bastante tempo. Também aqui não foram percebidas diferenças nas falas sobre o entendimento do Conceito Ampliado de Saúde e o Cuidado Integral. Todos os profissionais entrevistados são especialistas em medicina e enfermagem de família e comunidade ou estão em processo de formação.

Todos os entrevistados entendem o seu papel de importância no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, mas percebem que falham longitudinalmente, tanto na continuação do monitoramento, como na utilização dos instrumentos propostos pelo MS e pela SMS-RJ.

Os profissionais, durante as entrevistas, trouxeram críticas ao modelo do MRJ, como a falta do gráfico de altura/idade e a ausência de um espaço para registro de informações, que podem ser tanto o peso e altura, como a data da próxima consulta ou a sinalização de alguma observação para a família.

O grupo focal trouxe a sugestão de se criar um modelo da caderneta do MS mais inclusivo para deficientes visuais e pessoas com analfabetismo (também o funcional). Também propuseram a inclusão do mês da puericultura na programação da Superintendência da Promoção da Saúde, com o objetivo de fomentar a discussão em torno do tema e reforçar a importância da sua realização da forma ampliada e preconizada, tanto nas consultas marcadas, quanto naquelas de demanda espontânea, permitindo que o acompanhamento integral das crianças seja garantido (Blank, 2003).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou analisar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, em especial com a utilização da Caderneta da Criança, pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, na perspectiva da Promoção da Saúde. Através dele foi possível verificar como os profissionais da Atenção Primária estão realizando o Cuidado às crianças e as dificuldades encontradas por eles na rotina do trabalho.

A pesquisa e o desenho metodológico possibilitaram a reflexão da necessidade da discussão do que consiste na Atenção Integral à Saúde da Criança, durante toda a primeira infância. Identificou-se as lacunas no cuidado integral, revelando nitidamente a separação das práticas realizadas nas consultas consideradas programadas e nas consultas de demanda espontânea. Também se mostrou a importância de utilizar os espaços de educação permanente, como as reuniões de equipe, para ampliação da prática do cuidado integral entre todos os seus componentes.

Foi importante perceber que o Conceito Ampliado de Saúde é entendido pela maioria dos entrevistados. Ele alicerça práticas que ultrapassam a doença, envolvendo diferentes profissionais e agregando conhecimentos de diferentes disciplinas, centradas no indivíduo. Também compreendem que o Cuidado deve acontecer de forma horizontalizada, a partir da posição e do papel de cada um em particular perante à equipe, aos usuários e à comunidade. A importância do vínculo com as famílias e a necessidade do reconhecimento do território são conceitos trazidos por eles, nas falas.

Porém, apesar da compreensão conceitual, eles ainda promovem uma dicotomia nas práticas do cuidado, quando não conseguem, por diversos fatores, manter o olhar integral em todos os seus encontros.

Outro ponto importante é o que se refere à Caderneta da Criança e aos desafios para seu preenchimento de forma regular. Os motivos apresentados para o preenchimento inadequado foram variados, como excesso de demandas, modificações do processo de trabalho, pandemia, desmonte da APS e falta de treinamentos. Isto revela as dificuldades que os profissionais encontram no dia a dia e que ocasionam contatos muito rápidos e fortuitos entre a equipe e os usuários.

Tanto os entrevistados quanto os participantes do grupo focal entendem a importância desse instrumento, mas não conseguem priorizar a utilização da caderneta em todas as suas funções, na rotina do trabalho. Muito disso influenciado pela redução no estímulo ao

envolvimento necessário, junto às famílias, do seu uso e entendimento e pela equívoca avaliação da necessidade do registro apenas pelo registro. Isso acontece principalmente com as famílias menos envolvidas, colaborando ainda mais para a lei dos cuidados inversos.

Por isso, nos espaços de educação permanente, são discutidas e estimuladas estratégias que aumentam o diálogo nas consultas e nas ações coletivas. Alguns meios utilizados pelos profissionais são a impressão de partes da caderneta do MS para entregar às famílias, anexando ao modelo do município e as ações do PSE, com envolvimento da comunidade escolar e dos responsáveis.

Trabalhar a intersetorialidade no acompanhamento do desenvolvimento infantil, permitindo espaços e tempos reservados para isso, se faz necessário em vista do cenário de aumento da tripla carga de doença da população, influenciada pelas desigualdades e iniquidades, que leva ao excesso de demandas das equipes na APS.

A análise sugeriu possibilidades que poderiam diminuir muitos entraves relacionados ao uso da caderneta pelos profissionais. A primeira alternativa identificada é a modificação do modelo utilizado atualmente pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, incluindo mais gráficos e espaços de escrita livre. A segunda opção é a reprodução integral do modelo da caderneta do MS, na última edição de 2022.

Dessa forma, o estudo conseguiu alcançar os seus objetivos ao perceber a compreensão do conceito ampliado de saúde pelos profissionais da Atenção Primária, envolvendo os DSS, e as estratégias utilizadas por eles para buscarem o pleno desenvolvimento das crianças acompanhadas. Revelou porém que o cuidado integral durante a primeira infância não é sempre realizado na prática diária, por diversos motivos que influenciam na subutilização da caderneta da criança, no diálogo com as famílias e na continuidade do acompanhamento.

Também é fundamental destacar que o fato de todos os participantes da pesquisa apresentarem formação em medicina ou enfermagem de família pode ter influenciado alguns achados conceituais. Por esse motivo, mais estudos precisam ser realizados para analisar as práticas entre os profissionais que não tem formação na especialidade e que trabalham na APS. A compreensão do cuidado como relação, na perspectiva da promoção da saúde, pode ser diferente entre eles. É necessário levar em consideração o tipo de especialização do profissional, a alta rotatividade, principalmente nas áreas mais vulneráveis e a evasão de parte dos profissionais especialistas em saúde da família para fora da APS, no Município do Rio de Janeiro.

Um caminho longo ainda precisa ser percorrido para que as práticas voltadas à saúde

integral da criança aconteçam de forma contínua na Atenção Primária à Saúde. A valorização e utilização dos instrumentos disponíveis e o estímulo à autonomia da família são fundamentais para que isso ocorra. É importante considerar o território, o vínculo e os Determinantes Sociais da Saúde para que o cuidado esteja presente na relação estabelecida entre os profissionais, a família e a criança.

REFERÊNCIAS

- ABREU, T. G. T.; DA SILVA VIANA, L.; CUNHA, C. L. F. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. **JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care** | ISSN 2179-6750, [S. l.], v. 3, n. 2, p. 80–83, 2012.
- ALVES, C.R.L. Acompanhamento do crescimento da criança. In: ALVES, C.R.L. VIANA, M. R. A. **Saúde da Família: Cuidando de crianças e adolescentes**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.
- ALVES, C. R. L. *et al.* Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 583–595, 2009.
- AMORIM, L. de P. *et al.* Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 585–597, fev. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200585&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2022.
- BARATIERI, T. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 206–216, 10 jul. 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8553>. Acesso em: 5 set. 2023.
- BARREIROS, C. F. C.; GOMES, M. A. de S. M.; MENDES JÚNIOR, S. C. do S. Children with special needs in health: challenges of the single health system in the 21st century. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S. l.], v. 73, n. suppl 4, p. e20190037, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001600400&tlng=en. Acesso em: 10 out. 2022.
- BISOL, C. A. Estratégias de pesquisa em contextos de diversidade cultural: entrevistas de listagem livre, entrevistas com informantes-chave e grupos focais. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, [S. l.], v. 29, n. suppl 1, p. 719–726, dez. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000500008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2022.
- BLACK, M. M. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, Londres, v. 389, n. 10064, p. 77–90, jan. 2017. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140673616313897>. Acesso em: 9 jan. 2022.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. [S. l.], v. 79, p. 10, 2003a.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. [S. l.], 2003b.
- BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, [S. l.], v. 81, n. 1, fev. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 7 set. 2022.
- BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e

organização. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, n. suppl 2, p. e00099118, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019000805002&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2022.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** [S. l.]: Brasília Diário Oficial da União, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975. Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica, sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 30 out. 1975. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/16259.htm. Acesso em: 12 nov. 2022.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para a utilização da Caderneta de Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a disponibilização gratuita da “Caderneta de Saúde da Criança”, e dá outras providências. 4 jul. 2005. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1058_04_07_2005.html. Acesso em: 4 jun. 2023. (Brasília).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**: Brasília - DF, 5 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. 28 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXTITIV. Acesso em: 4 jun. 2023. (Brasília).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de

Atenção à Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, p. 42, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 13 jul. 1990. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Presidência da República. LEI Nº 14.284 DE 29 DE DEZEMBRO DE 2021. Institui o Programa Auxílio Brasil e o Programa Alimenta Brasil; define metas para taxas de pobreza; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e dispositivos das Leis nºs 10.696, de 2 de julho de 2003, 12.512, de 14 de outubro de 2011, e 12.722, de 3 de outubro de 2012; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 29 dez. 2021.

BRASIL. **Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996: Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** [S. l.]: Conselho Nacional de Saúde Brasília, 1996.

BUSS, P. M. Promoção da saúde na infância e adolescência. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 1, n. 3, p. 279–282, dez. 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292001000300010&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 ago. 2022.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 77–93, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 11 set. 2022.

CACHADO, R. Diário de campo. Um primo diferente na família das ciências sociais. **Sociologia & Antropologia**, [S. l.], v. 11, p. 551–572, 22 out. 2021. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/sant/a/nXMB9xWnGZmbHNqGf6MM6Ts/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 7 out. 2022.

CAMINHA, M. de F. C. *et al.* VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE DA SITUAÇÃO BRASILEIRA. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 35, p. 102–109, 20 fev. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rpp/a/H7KLTVXShS9qRy3WpGwKfGL/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B. de; CASTRO, A. M. de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 9, n. 3, p. 745–749, set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300025&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2022.

CECHINEL, A. *et al.* Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica. **Revista Criar Educação**, [S. l.], v. 5, n. 1, 2016.

CHIESA, A. M. *et al.* Práticas ampliadas de puericultura na política São Paulo pela Primeiríssima Infância. **BIS. Boletim Do Instituto De Saúde**, [S. l.], v. 19, n. 1, p. 31–36, 2018.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023a.

CONSELHONACIONAL DE EDUCAÇÃO. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Med.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023b.

DA SILVA REICHERT, A. P. *et al.* Vigilância do crescimento e desenvolvimento: análise dos registros na caderneta de saúde da criança. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 21, n. 4, 2016.

DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, [S. l.], v. 15, p. 389–394, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ean/a/NJb3hzFmZwKrnqBDGnLv3L/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2022.

DE ALMEIDA, A. C. Caderneta de Saúde da Criança: estudo de utilização e de fatores associados à leitura pela mãe. Rio de Janeiro, p. 169, 2016.

DE ALMEIDA, A. C. *et al.* Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children – systematic review. **Revista Paulista de Pediatria (English Edition)**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 122–131, mar. 2016. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2359348215000810>. Acesso em: 8 jan. 2022.

DE CASTRO, R. V.; MAIOLI, M. C. P. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. [S. l.], , p. 308, 2006.

DE SOUZA MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. [S. l.]: Editora Vozes Limitada, 2011.

DIRETRIZES_NACIONAIS_VIGILANCIA_SAUDE.PDF. [S. l.: s. n.], [s. d.]. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf. Acesso em: 12 mar. 2022.

DOS REIS, R. S. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **Libertas**, [S. l.], v. 4, n. 1/2, 2004.

DOYLE, O. *et al.* Investing in Early Human Development: Timing and Economic Efficiency. **Economics and human biology**, [S. l.], v. 7, n. 1, p. 1–6, mar. 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2929559/>. Acesso em: 26 jan. 2023.

E SILVA, F. B.; GAÍVA, M. A. M. Preenchimento da caderneta de saúde da criança: percepção dos profissionais/ Completion of the child health record: perception of professionals. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 1027, 11 jun. 2015. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24268>. Acesso em: 8 jan. 2022.

ERDMANN, A. L.; DE SOUSA, F. G. M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O mundo da saúde**, [S. l.], v. 33, n. 2, p. 150–160, 2009.

- FIGUEIRAS, A. C. de M. *et al.* [Evaluation of practices and knowledge among primary health care professionals in relation to child development surveillance]. **Cadernos De Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1691–1699, dez. 2003.
- FONSECA, F. F. *et al.* As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Paulista de Pediatria**, [S. l.], v. 31, p. 258–264, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rpp/a/Qtvk8gNNVtnzhyqhDRtLX6R/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- FREITAS, J. L. G. *et al.* Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 32, 2019.
- GAMA E COLOMBO, D. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. **Revista de Direito Sanitário**, [S. l.], v. 10, n. 3, p. 253, 1 fev. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/13190>. Acesso em: 11 set. 2022.
- GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 41, n. 112, p. 63–76, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000100063&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 ago. 2022.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. de. Atenção primária à saúde. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**, [S. l.], p. 493–545, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-745040>. Acesso em: 30 set. 2022.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. [S. l.]: Editora Record, 2011.
- GOMES, F. Z.; ADORNO, R. de C. F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Revista de Saúde Pública**, [S. l.], v. 24, p. 204–211, jun. 1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/m64KZmDVcBnmDtYDdLDbFbm/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2022.
- GOULART, L.M.H.F.; GOULART, E.M.A.; CORREA, E.J. O Prontuário e o Cartão da Criança. In: LEÃO E.; CORREA, E. J.; VIANNA, M. B. **Pediatria Ambulatorial 1 ed.** Belo Horizonte, 1983, Cap. 2, p 8-16.
- GOULART, L.M.H.F.; GOULART, E.M.A.; BEIRÃO, M.M.V.; CORRÊA, E.J. O Prontuário. In: LEÃO E.; CORREA, E.J.; VIANNA, M.B. **Pediatria Ambulatorial 2 ed.** Belo Horizonte, 1989, Cap. 3, p 15-34
- IRIGONHÉ RAMOS, C. *et al.* A promoção da saúde na “terra do nunca”: uma experiência interdisciplinar. **Rev. bras. promoç. Saóúde (Impr.)**, [S. l.], 2013. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.3_artigo17.pdf. Acesso em: 21 abr. 2022.
- KRAMER, S.; NUNES, M. F. R.; PENA, A. Crianças, ética do cuidado e direitos: a propósito do Estatuto da Criança e do Adolescente. **Educação e Pesquisa**, [S. l.], v. 46, 16 out. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ep/a/fs7wzvKtfJRWYf8tv8zbX6b/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2022.

KRIPKA, R.; SCHELLER, M.; BONOTTO, D. L. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. **CIAIQ2015**, [S. l.], v. 2, 2015.

LARA, L. D.; GUARESCHI, N. M. de F.; HÜNING, S. M. Saúde da criança: produção do sujeito cidadão. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, [S. l.], v. 12, n. 2, p. 395–415, 1 ago. 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8271>. Acesso em: 30 abr. 2022.

LIMA, L. G. *et al.* A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento Infantil. **Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]**, João Pessoa, v. 20, n. 2, p. 167–74, 2016.

LINARD, A. G.; CASTRO, M. M. de; CRUZ, A. K. L. da. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 546–553, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300016&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 30 set. 2022.

LOUREIRO, A. P. F. Um centro de educação e formação de adultos que aprende. **Educação em Revista**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 43–64, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982010000200003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 ago. 2023.

MADASCHI, V.; PAULA, C. S. Medidas de avaliação do desenvolvimento infantil: uma revisão da literatura nos últimos cinco anos. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 11, n. 1, 2011.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 6, p. 1767–1776, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601767&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 25 set. 2022.

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 25, p. 1181–1188, 17 abr. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2022.

MENDONÇA, M. H. M. de *et al.* (Org.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2018.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, [S. l.], v. 5, n. 7, p. 1–12, 1 abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>. Acesso em: 7 set. 2022.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 621–626, mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 7 set. 2022.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. de F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da**

Escola de Enfermagem da USP, [S. l.], v. 43, n. 2, p. 358–364, jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 set. 2023.

MORLEY, D. **Pediatria no mundo em desenvolvimento: prioridades**. São Paulo, Edições Paulinas; 1980. p.100-16.

MORLEY, D.; ELMORE-MEEGAN, M. **Growth monitoring a forgotten subject**. London, UK, v. 27, p. 14–9, 2000.

MUNHOZ, T. N. *et al.* Fatores associados ao desenvolvimento infantil em crianças brasileiras: linha de base da avaliação do impacto do Programa Criança Feliz. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 38, n. 2, p. e00316920, 2022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2022000205003&tlng=pt. Acesso em: 14 ago. 2022.

NUNES, E. Celebração do 25.º Aniversário da Carta de Ottawa. [S. l.], p. 3, 2011.

O'DWYER, G. *et al.* A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 12, p. 4555–4568, dez. 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204555&tlng=pt. Acesso em: 12 nov. 2022.

OLIVEIRA, C. V. R. de *et al.* Desigualdades em saúde: o desenvolvimento infantil nos diferentes grupos sociais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 53, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342019000100482&tlng=pt. Acesso em: 14 ago. 2022.

PALOMBO, C. N. T. *et al.* Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, p. 59–66, 2014.

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 13, n. 30, p. 121–134, set. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000300011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 set. 2022.

RIBEIRO, D. M. *et al.* Pesquisando com professores: a centralidade do diário de campo e da restituição em uma pesquisa-intervenção. **Revista de Psicologia**, [S. l.], v. 7, n. 1, seq. Revista de Psicologia, p. 81–93, 2016. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8086403>. Acesso em: 7 out. 2022.

RIOS, D. R. S.; SOUSA, D. A. B.; CAPUTO, M. C. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S. l.], v. 23, p. e180080, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100263&tlng=pt. Acesso em: 19 abr. 2022.

ROCHA, A. P. C.; BUENO, M. de C.; NUNES, N. R. T. Do Cartão de Vacina ao “Passaporte da Cidadania”: uma breve história. [S. l.], p. 1, 2010.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. de F.; MATTA, G. C. Sentidos da universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 44, n. 124, p. 17–31, mar. 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000100017&tlng=pt. Acesso em: 19 abr. 2022.

SAINT-EXUPÉRY, Antoine de. O pequeno príncipe. 48. ed. Rio de Janeiro: Agir, 2009. 91, [2] p.

SANINE, P. R. *et al.* Influência da gestão municipal na organização da atenção à saúde da criança em serviços de atenção primária do interior de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, p. e00242219, 2021. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000105016&tlng=pt. Acesso em: 8 jan. 2022.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S. l.], v. 8, n. 3, p. 387–406, nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 1 set. 2023.

SANTOS, R. C. K. dos; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. **Journal of Human Growth and Development**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 160, 1 ago. 2012. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/44945>. Acesso em: 22 maio 2022.

SANTOS, W. J. dos *et al.* Avaliação do conhecimento de Agentes Comunitários de Saúde sobre o conteúdo da Caderneta da Saúde da Criança. **Journal of Health & Biological Sciences**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 1–5, 26 ago. 2020. Disponível em: <https://unichristus.homologacao.emnuvens.com.br/jhbs/article/view/3082>. Acesso em: 1 set. 2023.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D. de; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 1–15, 2009.

SHONKOFF, J. P.; BOYCE, W. T.; MCEWEN, B. S. Neuroscience, Molecular Biology, and the Childhood Roots of Health Disparities: Building a New Framework for Health Promotion and Disease Prevention. **JAMA**, Chicago, v. 301, n. 21, p. 2252, 3 jun. 2009. Disponível em: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2009.754>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SILVA, P. F. A. da; BAPTISTA, T. W. de F. A Política Nacional de Promoção da Saúde: texto e contexto de uma política. **Saúde em Debate**, [S. l.], v. 39, n. spe, p. 91–104, 1 dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500091&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 set. 2022.

SILVA, T. C. T. da; CURSINO, E. G.; SILVA, L. F. da. Caderneta de saúde da criança:

vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, p. 3445–3455, 2018.

SILVA, K. L. *et al.* Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 19, n. 11, p. 4361–4370, nov. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001104361&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 4 jul. 2022.

SOUSA, F. G. M. de; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S. l.], v. 31, p. 701–707, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rgenf/a/7nHBxjSBy4VVTPcchQ7qF3K/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2022.

TAVARES, Maria de Fatima Lobato. A construção social do saber pediátrico ao nível da graduação: contribuição ao seu estudo. [S. l.], 1990.

TAVARES, Maria de Fátima Lobato *et al.* A promoção da saúde no ensino profissional: desafios na Saúde e a necessidade de alcançar outros setores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 6, p. 1799–1808, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601799&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 out. 2022.

TRAD, L. A. B. conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, [S. l.], p. 20, 2009.

VENANCIO, S. I. Why invest in early childhood? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. e3253, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100200&tlng=en. Acesso em: 9 jan. 2022.

WESTPLTAL, M. F. **Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil**. [S. l.], p. 11, 1996.

ZEFERINO, A. M. B. *et al.* **Acompanhamento do crescimento**. [S. l.], v. 79 Supl. 1, 2003.

APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Nº _____

Data: ____ / ____ / ____

I. Dados de Identificação

- Idade:
- Profissão/ocupação:
- Tempo de formação:
- Outra formação:
- Tempo de atuação na UBS:
- Se residente no território, tempo de moradia:

II. Questões semiestruturadas

1. O que é Saúde da Criança para você?
2. O que é Promoção da Saúde para você? Como você a define?
3. Você conhece a caderneta da criança? Como você a utiliza? Em que momentos por exemplo, em todas as consultas?
4. Você considera esse instrumento importante para a sua prática profissional? E como instrumento de comunicação com a família?
5. Os Agentes Comunitários de Saúde trazem e discutem com a equipe as condições de vida das famílias? O que eles trazem sobre o uso da caderneta da criança, na interlocução com as famílias, durante as vistas domiciliares?
6. Como você considera a utilização da caderneta da criança pelo ACS?
7. Você considera o contexto de vida das famílias durante a puericultura?
8. No registro dos marcos antropométricos e de desenvolvimento, você considera os determinantes sociais da saúde? De que forma? Pode me explicar?

9. Como você percebe a sua atuação sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil?

10. Como você busca alcançar meios de possibilitar o pleno crescimento e desenvolvimento das crianças acompanhadas por você?

11. Você usa alguma estratégia para melhor acompanhar as crianças no crescimento e desenvolvimento, no território em que trabalha?

12. Você pode me informar se existem e como são os espaços de formação/educação permanente na sua unidade?

13. Você recebe alguma formação/educação permanente para construção de estratégias de intervenção e promoção da saúde?

14. O que você acha dessas estratégias? Como pensa que os profissionais e a gestão deveriam atuar nessas questões?

APÊNDICE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – INFORMANTE -CHAVE



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Nº ____ Data: ____ / ____ / ____

I. Dados de Identificação

- Idade:
- Profissão/ocupação:
- Tempo de formação:
- Outra formação:
- Tempo de atuação na UBS:
- Se residente no território, tempo de moradia:

II. Questões semiestruturadas

1. Você conhece a caderneta da criança? Se sim, recomenda a utilização pelos residentes durante a puericultura?

2. Você considera esse instrumento importante para a prática profissional? E como instrumento de comunicação com a família?

3. Os Agentes Comunitários de Saúde trazem e discutem com a equipe as condições de vida das famílias? O que eles trazem sobre o uso da caderneta da criança, na interlocução com as famílias, durante as vistas domiciliares?

4. Como você considera a utilização da caderneta da criança pelo ACS?

5. Você discute com os residentes a consideração do contexto de vida das famílias durante a puericultura? Na orientação do registro dos marcos antropométricos e de desenvolvimento, você considera os determinantes sociais da saúde?

6. Como você orienta os residentes na busca por alcançar meios de possibilitar o pleno crescimento e desenvolvimento das crianças acompanhadas?

7. Como você percebe a sua atuação na orientação dos residentes sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, realizado pelas equipes de ESF?

8. Você usa alguma estratégia de ensino para ampliar o uso da caderneta entre os profissionais da ESF? Quais?

9. Você atua na construção de estratégias de intervenção e promoção da saúde, com os residentes?

10. Você pode me informar se existem e como são os espaços de formação/educação permanente na unidade que atua como preceptor?

11. Você percebe recursos para saúde no território para atuar nesta temática?

APÊNDICE III - ROTEIRO DE DEBATE - GRUPO FOCAL



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



Nº _____ Data: _____ / _____ / _____

I. Dados de Identificação

- Idade:
- Profissão/ocupação:
- Tempo de formação:
- Outra formação:
- Tempo de atuação na UBS:
- Se residente no território, tempo de moradia:

II. Questões-chave

1. Utilização da caderneta da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil - atuação

- Você conhece a caderneta da criança? Se sim, utiliza durante a puericultura?
- Você considera esse instrumento importante para a sua prática profissional e dos profissionais das equipes? E como instrumento de comunicação com a família?
- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trazem e discutem com a equipe as condições de vida das famílias? O que eles trazem sobre o uso da caderneta da criança, na interlocução com as famílias, durante as vistas domiciliares?
- Como você considera a utilização da caderneta da criança pelo ACS?
- Você considera o contexto de vida das famílias durante a puericultura? No registro dos marcos antropométricos e de desenvolvimento, você considera os determinantes sociais da saúde?
- Como você busca alcançar meios de possibilitar o pleno crescimento e

desenvolvimento das crianças acompanhadas por você ou pelas equipes da sua unidade (RT unidade) / unidades de sua área (RT CAP)?

- Como você percebe a sua atuação sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, realizado pelas equipes de ESF, que estão diretamente subordinadas a você?

2. Utilização da caderneta da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: estratégia – promoção da saúde

- Você usa alguma estratégia para ampliar o uso da caderneta entre os profissionais da ESF? Quais?

- Você pode me informar se existem e como são os espaços de formação/educação permanente na unidade que atua como RT / nas unidades da CAP?

- Você recebe alguma formação para construção de estratégias de intervenção e promoção da saúde?

- Você percebe recursos para saúde no território para atuar nesta temática?

APÊNDICE IV - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DO GRUPO FOCAL



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



GRUPO FOCAL: Responsáveis Técnicos Médico e Enfermeiro das CAP e das Unidades de Atenção Primária.

CONDIÇÃO TRAÇADORA: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na APS.

DIMENSÃO: Cuidado Integral.

DATA:

HORÁRIO:

I- Sobre o grupo e os facilitadores

1. Integração entre os participantes:
2. Interesse pelo trabalho:
3. Participação no grupo:
4. Momentos fortes do encontro:
5. Dificuldades encontradas:
6. Conteúdo trazido pelo grupo:
7. O que mais chamou a minha atenção:
8. O que surpreendeu, o que o grupo trouxe de novo (contradições):
9. Dificuldades percebidas na conclusão das atividades:

II- Encaminhamentos

1. Sugestões:

APÊNDICE V - PARTICIPANTES DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Tabela 1. Participantes da entrevista semiestruturada.

Participante	Formação	Atuação	Tempo de formação	Tempo de atuação na APS
E1	Médica	Residente 1º ano	1 ano	1 ano
E2	Médico	Residente 1º ano	1 ano e 5 meses	3 meses
E3	Enfermeira	Residente 2º ano	1 ano e 5 meses	1 ano e 3 meses
E4	Enfermeira	Residente 1º ano	2 anos e 5 meses	3 meses
E5	Enfermeiro	Preceptor	4 anos e 5 meses	10 anos
E6	Médico	Preceptor	6 anos e 5 meses	6 anos
E7	Enfermeira	Residente 1º ano	1 ano e 5 meses	3 meses
E8	Enfermeira	Residente 2º ano	1 ano e 5 meses	1 ano e 3 meses
E9	Médica	Residente 2º ano	1 ano e 11 meses	1 ano e 7 meses
E10	Médico	Residente 2º ano	4 anos e 11 meses	4 anos e 11 meses
E11	Médica	Médica de equipe	9 anos e 5 meses	9 anos e 3 meses
E12	Enfermeira	Enfermeira de equipe	5 anos e 5 meses	3 anos e 5 meses
E13	Médica	Médica de equipe	14 anos e 5 meses	12 anos e 5 meses

Fonte: Elaboração própria.

APÊNDICE VI - PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

Tabela 2. Participantes do Grupo Focal.

Participante	Formação	Atuação	Tempo de formação	Tempo de atuação na APS
G1	Médico	Responsável Técnico CAP	11 anos e 5 meses	11 anos e 3 meses
G2	Médica	Responsável Técnico CAP	8 anos e 5 meses	6 anos e 3 meses
G3	Médico	Responsável Técnico UBS	12 anos e 5 meses	12 anos e 3 meses
G4	Enfermeira	Responsável Técnico UBS	8 anos e 5 meses	8 anos e 3 meses
G5	Enfermeiro	Responsável Técnico CAP	11 anos e 5 meses	11 anos e 3 meses

Fonte: Elaboração própria.

**APÊNDICE VII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



PESQUISA: Análise do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com a utilização da Caderneta da Criança, no Município do Rio de Janeiro.

Prezado/a participante do Grupo Focal

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa intitulada: *Análise do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com a utilização da Caderneta da Criança, no Município do Rio de Janeiro*, desenvolvida por Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz, discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares, pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ.

A pesquisa é direcionada a partir do seu objetivo que é analisar como os trabalhadores das equipes de saúde atuam no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, utilizando a caderneta da criança – passaporte da cidadania, com base nos princípios da promoção da saúde nos seus territórios.

O convite para sua participação se dá pelo fato de atuar na Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área de Planejamento (CAP) ou em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e compreender, a partir da sua experiência, a existência de estratégias para ampliar o uso da caderneta da criança, entre as equipes da ESF, considerando a relação com as famílias e o contexto de vida delas.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia

para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro (HD externo do pesquisador).

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua inserção neste estudo consistirá em participar de um Grupo Focal (GF). O GF é uma técnica para o trabalho de pesquisa em saúde que se caracteriza por entrevistas em grupo, geradas através de debates entre os participantes, baseada na comunicação e interação, com o objetivo de reunir informações detalhadas sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, utilizando a caderneta da criança – passaporte da cidadania, com base nos princípios da promoção da saúde nos seus territórios. O GF será agendado em local de melhor conveniência para os participantes, de forma que seja um ambiente reservado que ofereça privacidade e sigilo.

Neste encontro (GF) você responderá perguntas de um roteiro previamente estruturado com perguntas que se referem ao tema proposto nesta pesquisa: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, influência dos determinantes sociais da saúde, promoção da saúde e estratégias para aumentar a utilização da caderneta da criança. Esta reunião será gravada em áudio, portanto, a sua participação implica em aceitar que a sua fala seja gravada. O tempo de duração deste encontro será de aproximadamente 90 minutos, portanto é imprescindível sua pontualidade.

O processo de análise do material coletado no GF deverá contemplar o momento da análise específica do grupo, com o objetivo de identificar tendências e padrões de respostas associadas com o tema de estudo.

A discussão proveniente será transcrita e armazenada, em arquivos digitais (HD externo do pesquisador), mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Apesar de todos os esforços, conforme Resolução nº 466/12 do CNS toda a pesquisa pode ocorrer o risco de quebra de confidencialidade, ainda que involuntária e não intencional,

comunico ainda que serão tomadas as seguintes medidas e procedimentos para resguardar a sua confidencialidade e a privacidade das informações prestadas na entrevista: 1) Apenas o pesquisador do projeto e sua orientadora, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso aos seus dados; 2) Os dados da entrevista individual (transcrição da gravação e/ou anotações) também serão mantidos em sigilo sob responsabilidade do pesquisador e da orientadora; 3) Havendo permissão para gravação do áudio da entrevista, nas transcrições você será identificada através de uma sigla e código numérico; 4) Caso você não autorize a gravação da entrevista, nos registros e anotações você também será identificada por meio de sigla para nomeação da sua categoria profissional acrescida de um código numérico; 5) O pesquisador não fará uso destas informações para outras finalidades; 6) Quaisquer dados que possam identificar você, mesmo que indiretamente, serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa.

Os benefícios da sua colaboração para essa pesquisa são indiretos e estão relacionados com a problematização, construção e reflexão acerca da utilização da caderneta da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, a percepção da influência dos determinantes sociais da saúde nesse processo e a comunicação com as famílias em relação a esse cuidado, exercido pelos trabalhadores que compõem as equipes de saúde em suas unidades básicas, de modo a que todos os trabalhadores que atuam na unidade sejam beneficiados, podendo servir de subsídio para modificações de políticas públicas.

Os resultados serão apresentados aos participantes e demais interessados em reunião convocada para discussão depois da conclusão da dissertação.

Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando o pesquisador responsável por apresentar o relatório da pesquisa para a instituição, na qual será realizado este estudo.

Os assuntos discutidos no GF podem causar desconforto em decorrência dos relatos sobre as experiências vividas no processo de trabalho, considerando receios a pré-julgamentos de condutas e práticas profissionais. Se houver qualquer desconforto, e se você achar necessário, sua participação poderá ser suspensa.

É importante, nesse sentido, afirmar que a Resolução nº 510/2016 do CNS assegura a todos participantes o direito a assistência e a indenização de quaisquer danos decorrente da pesquisa, sejam aqueles previstos ou não neste termo. Assim, caso você vier a sofrer qualquer forma de dano em consequência de sua participação nesta pesquisa, você poderá recorrer, nos

termos da Lei, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução 510/2016.

Este termo será redigido em duas vias, com páginas numeradas e rubricados em todas as suas páginas (pelo participante de pesquisa e pelo pesquisador), sendo uma via deste termo para o participante de pesquisa e outra via para o pesquisador. Todas as páginas deste termo deverão ser rubricadas por você, participante do grupo focal, e pelo pesquisador, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Seguem os contatos do Comitê:

Tel. e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863;

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br; Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>;

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsmrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato do pesquisador responsável:

Sinta-se à vontade para entrar em contato comigo a qualquer momento, pelos meios descritos abaixo:

Fernanda Cruz (Mestranda em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 9 9784 6777

E-mail: nandacruz28@gmail.com

Local: Rio de Janeiro

Data: ___ / ___ / 2023

Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada: *Análise do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com a utilização da Caderneta da Criança, no Município do Rio de Janeiro.*

- Autorizo a gravação do grupo focal.
 Não autorizo a gravação do grupo focal.

Nome completo do participante:

Assinatura do participante da pesquisa

**APÊNDICE VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



PESQUISA: Análise do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com a utilização da Caderneta da Criança, no Município do Rio de Janeiro.

Prezado/a participante da Entrevista Semiestruturada

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa intitulada: *Análise do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com a utilização da Caderneta da Criança, no Município do Rio de Janeiro*, desenvolvida por Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz, discente do Mestrado Profissional em Saúde Pública ministrado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr.^a Maria de Fátima Lobato Tavares, pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ.

A pesquisa é direcionada a partir do seu objetivo que é analisar como os trabalhadores das equipes de saúde atuam no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, utilizando a caderneta da criança – passaporte da cidadania, com base nos princípios da promoção da saúde nos seus territórios.

O convite para sua participação se dá pelo fato de atuar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e compreender, a partir da sua experiência, a utilização da caderneta da criança, durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, considerando a relação com as famílias e o contexto de vida delas.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento.

Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro (HD externo do pesquisador).

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Sua participação se dará por meio de uma entrevista individual, compreendida como técnica privilegiada ao estabelecer contato com o outro através da conversa, do diálogo e da palavra, em que você responderá perguntas de um roteiro de entrevista ao pesquisador do estudo. As questões que serão abordadas se referem à utilização da caderneta da criança, durante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, considerando as bases da promoção da saúde atreladas ao seu processo de trabalho no território de atuação profissional. As entrevistas serão agendadas em local de melhor conveniência para você, de forma que seja um ambiente reservado que ofereça privacidade e sigilo. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma (01) hora.

A discussão proveniente será transcrita e armazenada, em arquivos digitais (HD externo do pesquisador), mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

Apesar de todos os esforços, conforme Resolução nº 466/12 do CNS toda a pesquisa pode ocorrer o risco de quebra de confidencialidade, ainda que involuntária e não intencional, comunico ainda que serão tomadas as seguintes medidas e procedimentos para resguardar a sua confidencialidade e a privacidade das informações prestadas na entrevista: 1) Apenas o pesquisador do projeto e sua orientadora, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade, terão acesso aos seus dados; 2) Os dados da entrevista individual (transcrição da gravação e/ou anotações) também serão mantidos em sigilo sob responsabilidade do pesquisador e da orientadora; 3) Havendo permissão para gravação do áudio da entrevista, nas transcrições você será identificada através de uma sigla e código numérico; 4) Caso você não autorize a gravação da entrevista, nos registros e anotações você também será identificada por meio de sigla para nomeação da sua categoria profissional acrescida de um código numérico; 5) O pesquisador não fará uso destas informações para outras finalidades; 6) Quaisquer dados

que possam identificar você mesmo, que indiretamente, serão omitidos na divulgação dos resultados da pesquisa.

Os benefícios da sua colaboração para essa pesquisa são indiretos e estão relacionados com a problematização, construção e reflexão acerca da utilização da caderneta da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na primeira infância, a percepção da influência dos determinantes sociais da saúde nesse processo e a comunicação com as famílias em relação a esse cuidado, exercido pelos trabalhadores que compõem as equipes de saúde em suas unidades básicas, de modo a que todos os trabalhadores que atuam na unidade sejam beneficiados, podendo servir de subsídio para modificações de políticas públicas.

Os resultados serão apresentados aos participantes e demais interessados em reunião convocada para discussão depois da conclusão da dissertação.

Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando o pesquisador responsável por apresentar o relatório da pesquisa para a instituição, na qual será realizado este estudo.

Os assuntos discutidos durante a entrevista podem causar desconforto em decorrência dos relatos sobre as experiências vividas no processo de trabalho, considerando receios a pré-julgamentos de condutas e práticas profissionais. Se houver qualquer desconforto, e se você achar necessário, sua participação poderá ser suspensa.

É importante, nesse sentido, afirmar que a Resolução nº 510/2016 do CNS assegura a todos participantes o direito a assistência e a indenização de quaisquer danos decorrente da pesquisa, sejam aqueles previstos ou não neste termo. Assim, caso você vier a sofrer qualquer forma de dano em consequência de sua participação nesta pesquisa, você poderá recorrer, nos termos da Lei, através das vias judiciais, como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil e a Resolução 510/2016.

Este termo será redigido em duas vias, com páginas numeradas e rubricados em todas as suas páginas (pelo participante de pesquisa e pelo pesquisador), sendo uma via deste termo para o participante de pesquisa e outra via para o pesquisador. Todas as páginas deste Termo deverão ser rubricadas por você, participante da entrevista, e pelo pesquisador, com ambas as assinaturas apostas na última página.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade

e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas. Seguem os contatos do Comitê:

Tel. e Fax do CEP/ENSP: (21) 2598-2863;

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br; Site: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>;

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ

CEP: 21041-210.

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Centro - RJ

CEP: 20031-040

Telefone: 2215-1485

E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br ou cepsms@rio.rj.gov.br

Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

Contato do pesquisador responsável:

Sinta-se à vontade para entrar em contato comigo a qualquer momento, pelos meios descritos abaixo:

Fernanda Cruz (Mestranda em Saúde Pública da ENSP/FIOCRUZ)

Telefone: (21) 9 9784 6777

E-mail: nandacruz28@gmail.com

Local: Rio de Janeiro

Data: ___ / ___ / 2023

Fernanda Cristina Dias de Freitas Cruz

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada: *Análise do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com a utilização da Caderneta da Criança, no Município do Rio de Janeiro.*

() Autorizo a gravação da entrevista.

() Não autorizo a gravação da entrevista.

Nome completo do participante:

Assinatura do participante da pesquisa

