



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

FERNANDA APARECIDA SOARES MALVEIRA

**ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA
CRIANÇA: A PARTICIPAÇÃO DAS MÃES DA ÁREA RURAL**

NATAL – RN

2014

FERNANDA APARECIDA SOARES MALVEIRA

**ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA
CRIANÇA: A PARTICIPAÇÃO DAS MÃES DA ÁREA RURAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem na vigilância à saúde.

Grupo de pesquisa: Cuidado de Enfermagem em Diferentes Fases da Vida.

Orientadora: Prof^aDr^aAkemiIwata Monteiro.

NATAL – RN

2014

FERNANDA APARECIDA SOARES MALVEIRA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PGENF-UFRN), área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde, linha de pesquisa Enfermagem na vigilância à saúde, grupo de pesquisa Cuidado de Enfermagem em Diferentes Fases da Vida, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 11/12/2014

Prof. Dra. AkemiIwata Monteiro
Orientadora
Departamento de Enfermagem – UFRN

Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Avaliadora Externa
Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Profa. Dra. Raimunda Medeiros Germano
Avaliadora Interna
Departamento de Enfermagem – UFRN

DEDICATÓRIA

A Deus, porque sem Ele nada seria possível.

Aos meus pais, pelo infinito amor e dedicação.

AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal do Rio Grande do Norte**, primeiramente, pela oportunidade em vivenciar a graduação em Enfermagem e por me receber novamente no curso de mestrado acadêmico.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFRN** e a todos os professores por cada momento de aprendizado e crescimento profissional.

À querida professora e orientadora Prof^ªDr^ª **Akemi Wata Monteiro** por ter acreditado no meu potencial e ter me acolhido como sua mestranda. Agradeço por me guiar neste processo de ensino-aprendizagem sempre se mostrando disponível e disposta a ajudar. Também pelo exemplo de pessoa e de profissional, percebido durante nossa convivência, que você representa para mim e para a Enfermagem.

À Prof^ªDr^ª **Raimunda Medeiros Germano**, pessoa fundamental na minha inserção no mundo da pesquisa. Tive a honra de tê-la nas minhas bancas de qualificação e de defesa, contribuindo sempre com seus inúmeros ensinamentos.

Às professoras **Paula, Rosineide e Maria Gorete** por aceitarem o convite de participação da banca examinadora deste trabalho, dando valiosas contribuições.

À minha **família e ao meu namorado** pelo carinho e pela fiel torcida nesta jornada.

A **Marcos Antônio de Oliveira**, prefeito do município de Parazinho/RN, por ter confiado a mim o cargo de enfermeira da Estratégia Saúde da Família, onde tive a oportunidade de colocar em prática todo conhecimento adquirido durante a faculdade e aprendido muitos outros.

À **Secretaria Municipal de Saúde de Parazinho** por ter aberto as portas para a realização deste trabalho.

À **Equipe de Saúde da Família II** e aos **colegas de trabalho** pela disponibilidade, solidariedade e cumplicidade.

Às **mães** participantes desta pesquisa-ação por me proporcionarem momentos de profundo aprendizado, troca de saberes e reflexão da minha práxis.

Aos meus **colegas de mestrado** pela convivência afetuosa. Guardarei bons momentos na lembrança.

A todos os **amigos** que não foram citados, mas não menos importantes para mim, que de uma forma ou de outra, contribuíram para a concretização deste trabalho. A vocês minha eterna gratidão.

MALVEIRA, Fernanda Aparecida Soares. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança**: a participação das mães da área rural. 2014. 100 fls. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2014.

RESUMO

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é o ponto central do cuidado infantil no serviço primário de saúde, em razão da sua contribuição para a redução da morbidade e da mortalidade infantil, além de promover o desenvolvimento saudável. Apesar dessa importância, a unidade de saúde localizada no município rural de Parazinho convive com o problema das ausências frequentes das crianças nas consultas de acompanhamento. Nesse sentido, este estudo objetivou analisar a participação das mães no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na Estratégia de Saúde da Família. Este é um estudo com viés exploratório, descritivo com uma abordagem qualitativa, tendo como método a pesquisa-ação, o qual foi desenvolvido com as mães que fazem parte do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na área rural do município de Parazinho/RN, no período de maio a outubro de 2014. A coleta de dados foi desenvolvida utilizando as técnicas de grupo focal, de observação participante e entrevista individual. Os dados foram analisados por meio da análise temática de categorização. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer consubstanciado 617.559 e CAAE 28598014.7.0000.5537. Na etapa do diagnóstico situacional, foram realizados dois grupos focais, nos quais participaram ao todo 14 mães de distintas localidades rurais. A partir das falas, percebeu-se que elas possuem entendimento satisfatório a respeito do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, caracterizando-o como um momento de aprendizagem. A enfermeira foi mencionada como profissional-chave dessa ação de acompanhamento. O principal motivo que leva as mães a abandonarem as consultas é o acesso ao serviço de saúde, devido à distância de suas residências até a unidade básica, à escassez de transporte público para o deslocamento dos usuários e à demora entre o atendimento e a volta para casa. Como estratégia para tentar solucionar esses problemas, com a sugestão das próprias mães, foi criado o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Itinerante, em que a equipe da ESF se deslocava para as localidades rurais, realizando atividades voltadas para a saúde da criança. As mães que participaram da ação aprovaram a iniciativa quanto à melhoria do acesso e do acolhimento das necessidades de saúde, apesar de apontarem como insatisfações a precária infraestrutura e a pouca privacidade nas consultas. Portanto, apesar das dificuldades encontradas muitas vezes por falta de apoio da gestão e de envolvimento de alguns profissionais, o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Itinerante se mostrou como uma importante ferramenta na resolução do problema do acesso aos serviços voltados para a saúde da criança. Além de funcionar como um espaço para a realização da educação em saúde, passando a ser, desde então, uma atividade inerente a programação da equipe de saúde da família naquela localidade.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Saúde da Criança; Cuidado da Criança; Desenvolvimento Infantil; Acesso aos Serviços de Saúde.

MALVEIRA, Fernanda AparecidaSoares. **Accompaniment of growth and development: the participation of mothers in rural areas.** 2014. 100 f. Dissertation (Master'sDegree) – Program in Nursing de Pós-Graduação em Enfermagem, Federal Universityof Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2014.

ABSTRACT

The accompaniment of growth and development is the central thrust of child care in primary health care in order to contribute to the reduction of infant morbidity and mortality and promote healthy development. Despite its importance, the family health unit located in rural Parazinhocounty experiences the problem of frequent absences of children to follow-up consultations. Thus, this study aims to analyze the participation of mothers in the accompaniment of growth and development of children in the Family Health Strategy. This is an exploratory, descriptive study with a qualitative approach with the method action research, developed with mothers who are part of the monitoring of the growth and development of children in the rural area of the municipality of Parazinho/RN from May to October 2014. Data collection was performed using the focus group techniques, participant observation and individual interviews. Data were analyzed using thematic analysis of categorization. The study was approved by the Research Ethics Committee, under the opinion embodied 617,559 and CAAE 28598014.7.0000.5537. In step situation analysis, were conducted two focus groups, attended by a total of 14 mothers of different rural locations. From the speeches, one realizes that they have a satisfactory understanding of the monitoring of the growth and development of the childwas a learning moment. The nurse was mentioned as key professional that actionof accompaniment. The main reason that mothers to abandon consultations is access to health services, due to the distance from their homes to the basic unit, the shortage of public transport for the movement of users and delay between the service and the back home. As a strategy to try to tackle these problems, at the suggestion of their mothers was created Monitoring of Growth and Development Itinerant, where the FHS team moved to rural locations, performing activities related to children's health. Mothers who participated in the action approved the initiative as improving access and care of health needs, despite indicate dissatisfaction as the poor infrastructure and little privacy in consultations. Therefore, it is concluded that, despite the difficulties encountered often for lack of management support and involvement of some professionals, the monitoring of growth and development itinerant proved to be an important tool in solving the problem of access to services oriented to the health of child, in addition to functioning as a space for the realization of health education, becoming, since then, an activity inherent in family health team schedule.

Keywords: Primary Health Care; Child Health; Child Care; Child Development; Health Services Accessibility.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde
AME - Aleitamento Materno Exclusivo
APS - Atenção Primária à Saúde
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CD - Crescimento e Desenvolvimento
CNS - Conselho Nacional de Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESF II - Estratégia de Saúde da Família II
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
IRA - Infecção Respiratória Aguda
KM - Quilômetros
N - Número
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONU - Organização das Nações Unidas
PSE - Programa Saúde na Escola
RN - Rio Grande do Norte
SAGE - Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSB - Técnico de Saúde Bucal
UBS - Unidades Básicas de Saúde
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL.....	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 VIGILÂNCIA À SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	18
3.2 A PARTICIPAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO DO CD DA CRIANÇA	21
4 CAMINHOS METODOLÓGICOS	24
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	24
4.1.1 Referencial teórico-metodológico	25
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO.....	26
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	27
4.4 ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO.....	28
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA.....	33
4.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 REALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA RURAL.....	35
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	37
5.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REALIDADE LOCAL DO ACOMPANHAMENTO DO CD.....	40
5.4 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DO ACOMPANHAMENTO DO CD DA CRIANÇA ITINERANTE.....	49
5.5 IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DO ACOMPANHAMENTO DO CD ITINERANTE: AOS TRANCOS E BARRANCOS.....	52
5.6 AVALIANDO A AÇÃO.....	59
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	70

APÊNDICES.....	77
ANEXOS.....	95

INTRODUÇÃO

Uma das prioridades nas políticas públicas voltadas à saúde da população é a atenção integral à saúde da criança, por esse ser um grupo que apresenta maior vulnerabilidade a agravos, doenças e risco de sequelas. Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem buscado atuar de forma a contribuir com a redução de óbitos precoces e de internações infantis desnecessárias, por meio do fortalecimento de ações na atenção primária à saúde (APS), para garantir e manter um crescimento e um desenvolvimento saudáveis.

Assim, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) da criança vem sendo desenvolvido no Brasil como eixo estruturante da atenção à saúde na infância na APS, compreendendo a avaliação integral da criança e o desenvolvimento de um conjunto de ações voltadas para a recuperação, prevenção, proteção e promoção da saúde da criança no período crítico e sensível da primeira infância (BRASIL, 2012).

Porém, apesar de tal importância do acompanhamento periódico do CD, frequentemente algumas unidades de saúde enfrentam uma baixa procura desses serviços para as consultas de rotina da criança (VITOLLO, GAMA, CAMPAGNOLO, 2010; XIMENES NETO et al., 2010).

Durante minha vivência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) da área rural do município de Parazinho/RN, pude perceber o absenteísmo de algumas mães com suas crianças às consultas do acompanhamento do CD, uma área marcada por um alto índice de natalidade, por índices baixos de alfabetização e por altos índices de desemprego e de subemprego.

O município dispõe de duas equipes de ESF, sendo uma responsável pela área rural e a outra pela área urbana, totalizando uma cobertura de 100% da população. Com relação aos atendimentos destinados aos menores de dois anos, das 151 crianças acompanhadas, a média de crianças que frequentam regularmente a consulta do CD corresponde a 57,62%. Cumprindo frisar a observação de um absenteísmo maior na zona rural (50,84%) em comparação com a zona urbana (28,26%) (BRASIL, 2014).

Alguns fatores têm sido associados na literatura ao não seguimento do calendário do CD, a exemplo do fato da mãe trabalhar fora de casa, da baixa escolaridade materna, da estrutura familiar, da falta de tempo, da expectativa de um atendimento rápido e centrado na queixa, do pequeno interesse pela prevenção de doenças e promoção da saúde e da percepção de que o acompanhamento é desnecessário na ausência de doença da criança (VITOLLO;

GAMA; CAMPAGNOLO, 2010; TERTULIANO; STEIN, 2011; MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007).

Além dos motivos mencionados, o acesso à unidade por falta de transporte também tem dificultado o acompanhamento periódico das crianças, principalmente aos moradores da área rural. Várias implicações são observadas decorrentes do não acompanhamento periódico do CD da criança, dentre elas o prejuízo da realização das ações preventivas e promocionais. Sobressaindo o desmame precoce entre as crianças menores de seis meses, as deficiências nutricionais e o atraso no calendário de vacinação.

Ainda assim, nas últimas quatro décadas, os países, sobretudo aqueles em desenvolvimento, têm vivenciado uma redução significativa da mortalidade infantil graças aos programas e diretrizes políticas direcionados à saúde da criança. Em termos mundiais, os documentos atuais mostram que o número global de mortes de menores de cinco anos caiu de cerca de 12 milhões em 1990 para uma estimativa de 6,9 milhões em 2011, sendo cerca de 40% mortes neonatais, o que corresponde a 3 milhões de crianças durante o primeiro mês de vida (UNICEF, 2012).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) (2012), o Brasil conseguiu atingir antecipadamente uma das metas estabelecidas no documento “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio”, isto é, reduzir em 73% as mortes de crianças menores de 5 anos.

O número atual de óbitos no país é de 16 a cada mil nascimentos, número inferior à meta de 17,9 óbitos por mil colocada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e que deveria ser atingida até 2015. Em 1990, a taxa brasileira indicava que a cada mil crianças nascidas vivas, 58 morriam antes de completar cinco anos. Agora, o Brasil figura entre os cinco países com maior redução no número de óbitos infantis (UNICEF, 2012).

A redução da mortalidade infantil foi possível em virtude dos aspectos relacionados ao bem-estar das crianças estarem tendo maior relevância na atenção à saúde, com esforços se voltando para a vigilância do desenvolvimento infantil (ERTEM et al., 2008). Essa compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção precoce de problemas no CD da criança durante o acompanhamento sistemático e periódico na APS (HALL; BLAIR, 2006).

A ação conjunta da saúde com iniciativas para a diminuição da pobreza no país também foi fator determinante para a queda dos óbitos infantis, pois o recebimento de benefícios, a exemplo do Bolsa Família, está vinculado à assiduidade das gestantes às consultas do pré-natal, à vacinação em dia das crianças e à frequência na escola. Porém, essas

exigências por parte desse programa social representam certa contradição, uma vez que o ideal seria não haver a necessidade dessa vinculação, e sim a conscientização da população sobre a importância da presença no pré-natal, nas consultas do CD da criança e na escola. Esse processo de mudança começa com a educação básica e fundamental.

Quanto às internações infantis, ainda persistem como principais causas às doenças prevalentes da infância: doenças relacionadas ao aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, diarreia e desnutrição. Esse perfil de morbidade de crianças menores de cinco anos é considerado parâmetro básico para o estabelecimento das necessidades de saúde desse grupo da população. Alguns autores consideram as informações sobre taxas e causas de hospitalização importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida e também indicadores indiretos da resolubilidade ambulatorial (BRASIL, 2009a; RETRÃO et al., 2013; OLIVEIRA; COSTA; MATHIAS, 2012)

Em sua maioria, as hospitalizações das crianças menores de cinco anos de idade poderiam ser evitadas com a existência de uma atenção primária efetiva e resolutiva, capaz de solucionar os problemas de saúde de maior frequência em seu território mediante a utilização de tecnologias de cuidados complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2011). Assim, evitaria que as crianças necessitassem de tratamentos de altos custos, como também diminuiria esse evento traumático para a criança e sua família que são as internações (RETRÃO et al., 2013).

Faz-se necessário difundir, dessa forma, a importância da participação periódica e contínua da criança no acompanhamento do CD, estimulando os pais a procurarem, com assiduidade, as unidades de saúde e, diante das intercorrências, fazê-la o mais precoce possível.

Pires et al. (2010) identificou que a baixa procura por ações inerentes à atenção primária à saúde, tais como acompanhamento do CD (2,8%) e pré-natal (2,8%), aumentou a demanda nos serviços de média e alta complexidade, elevando os gastos com tecnologias duras, procedimentos específicos e trabalhadores especializados. Consequentemente, a maior participação das mães e das crianças nos serviços da atenção primária contribuiria para a racionalização dos custos na saúde.

Porém, vale destacar que diversos fatores estão intimamente relacionados às principais causas de internações em crianças nessa faixa etária, como a desigualdade social e o baixo nível socioeconômico, principalmente nos países em desenvolvimento, que têm como

características o saneamento básico precário, a alimentação inadequada, a falta de cuidado dos pais para com a criança, a dificuldade na disponibilidade dos serviços de saúde, a falta de capacitação dos profissionais, entre outros.

Dessa forma, percebe-se que o cuidado integral à criança na APS engloba diversos ingredientes que ultrapassam a dimensão racional e assistencialista, alcançando também as práticas relacionais e subjetivas capazes de modificar a situação de saúde dos indivíduos e da coletividade, além de intervenções de outros setores da sociedade (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

Todo esse contexto demonstra que embora o acompanhamento do CD possua objetivos claros, necessários e defendidos nas políticas brasileiras de atenção à criança, não são tão fáceis de serem operacionalizados no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

A captação das crianças para o acompanhamento do CD é realizada, na maioria das vezes, pelo agente comunitário de saúde (ACS). Esse, principal elo entre a unidade de saúde e a comunidade, tem a possibilidade de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana (domicílio e instituições de educação infantil). Dessa forma, ampliando a capacidade de atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e na identificação de necessidades especiais em tempo oportuno (BRASIL, 2005).

Após a captação da criança pelo ACS, é agendada a consulta do acompanhamento do CD, realizada de forma periódica e intercalada entre consultas médicas e de Enfermagem. O calendário mínimo de consultas, de acordo com o Ministério da Saúde, prevê a realização de sete no primeiro ano de vida (até 15 dias, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), duas consultas no segundo ano de vida (18º mês e 24º mês) e uma consulta anual do terceiro ao quinto ano de vida (BRASIL, 2012).

As atribuições desses profissionais nesse programa são: realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu CD; intervir precocemente nos problemas de saúde; solicitar a busca ativa das crianças faltosas ao acompanhamento; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; avaliar o quadro vacinal conforme o calendário básico de vacinação; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses e dialogar sobre a introdução de novos alimentos após essa idade; conversar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las (VIEIRA et al., 2012).

Outros profissionais podem estar atuando de forma complementar às consultas do CD da criança, como: psicólogo, odontólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e outros, trabalhando numa abordagem promocional da saúde.

A ideia central deve ser a de não perder oportunidades de atuação, seja na prevenção, promoção e/ou assistência, mantendo o vínculo com a família e estimulando a responsabilidade contínua e conjunta (serviço e família) na atenção à criança (ASSIS et al., 2011).

Sendo assim, em conformidade com o princípio da integralidade preconizado pelo SUS, a participação no acompanhamento do CD precisa ser compreendida sob a perspectiva do ambiente familiar e social da criança, considerando suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida.

Diante desses dados e da importância do acompanhamento do CD da criança discutidos até aqui, considera-se que o absenteísmo acima de 50%, sobretudo na área de abrangência da equipe da zona rural, consiste na justificativa para a realização desse estudo. Bem como a possibilidade de poder contribuir com a redução dessas faltas ao serviço e para a construção de um cuidado compartilhado entre usuários e serviços de saúde.

Alcançar uma maior adesão das mães e/ou cuidadores às ações do acompanhamento do CD implica encontrar maneiras de motivá-las para que enfrentem e superem suas dificuldades em busca de uma maior participação, a partir do conhecimento e da sensibilização sobre a ação para o CD saudável do seu filho e para sua autonomia no cuidado da criança (GODEIRO et al., 2013). Como também, incide em buscar ressignificar as práticas de saúde dos profissionais.

Dessa forma, esta pesquisa trata de uma estratégia de intervenção direcionada às famílias e cuidadores de crianças da área de abrangência da ESF e que, por meio de práticas interativas, almeja-se contribuir para ampliar a participação desses sujeitos no acompanhamento do CD da criança.

Portanto, considerando o que foi discutido e, partindo do pressuposto que o absenteísmo pode ser ocasionado pelo baixo interesse das mães e dos cuidadores na consulta do acompanhamento do CD da criança, bem como por falta de eficiência e resolubilidade do modelo assistencial da atenção primária à saúde contemplada nas ações desenvolvidas pela equipe da Estratégia Saúde da Família, formulou-se os seguintes questionamentos: O que vem ocorrendo entre as mães da área rural que ocasiona a não assiduidade na consulta de acompanhamento de CD? Como melhorar a participação das mães no acompanhamento do CD das crianças na ESF?

Desse modo, o objetivo deste estudo consiste em analisar a participação das mães na consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na Estratégia Saúde da Família.

A relevância da realização deste estudo consiste em poder fortalecer a participação das mães no acompanhamento do CD da criança e, conseqüentemente, ampliar as ações de vigilância à saúde, as quais diminuiriam as doenças prevalentes da infância, favorecendo a redução das internações e do sofrimento da criança e da família.

No que diz respeito às práticas de saúde, espera-se contribuir com um fazer mais humano e socialmente comprometido, difundindo a possibilidade de se promover saúde numa perspectiva ampla e interdisciplinar, ou seja, de qualificar o acompanhamento do CD da criança realizado pelos profissionais de saúde.

A discussão da temática também é uma preocupação da academia, podendo contribuir com a formação dos profissionais de saúde que buscam ampliar seu conhecimento nos cursos de pós-graduação, por intermédio da investigação científica.

Tem-se a consciência de que se trata de uma proposta desafiadora e que o produto desse trabalho será concreto apenas em longo prazo, porém, as contribuições advindas com esse estudo constituem as motivações para continuar neste caminho.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar a participação das mães da área rural na consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na Estratégia Saúde da Família.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os fatores que interferem na participação das mães na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.
- Implementar estratégias que estimulem a participação das mães no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.
- Avaliar o resultado das estratégias utilizadas junto às mães.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo contém os elementos essenciais da pesquisa empírica, os quais serão apresentados em dois tópicos que tomaram por base dois capítulos apreendidos a partir das buscas nas literaturas. Os referidos tópicos são: vigilância à saúde no desenvolvimento infantil e a participação no acompanhamento do CD da criança.

3.1 VIGILÂNCIA À SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Historicamente, as taxas de mortalidade infantil têm sido utilizadas para avaliar as condições de saúde e de vida de populações, pois os óbitos de crianças são interpretados como mortes precoces, e, na maioria dos casos, evitáveis (GARCIA; SANTANA, 2011).

Há décadas, as políticas de saúde voltadas às crianças são direcionadas para a redução da mortalidade e da morbidade nessa faixa etária, bem como para a garantia de acesso aos serviços e à proteção e à promoção de um desenvolvimento saudáveis.

A legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (1988), juntamente com a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade (2005), tem sido considerada um marco para a estruturação de uma rede integrada de assistência à saúde da criança que contemple a promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência, incluindo ações intersetoriais que têm interface estreita e fundamental com a saúde, além de formar profissionais capacitados para atuar de acordo com as necessidades de saúde.

No Brasil, outros programas também têm sido desenvolvidos pelo Ministério da Saúde com forte potencial de atuação na redução da mortalidade infantil. Entre eles, destacam-se os programas: Programa de Imunização (1975); Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno (1981); Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (1984); Programa de Redução da Mortalidade Infantil (1995). Como parte integrante da política nacional de atenção básica, ressaltam-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (1991) e o Programa de Saúde da Família (1994), a atual Estratégia Saúde da Família, com os objetivos de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e de incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde, e a implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (2002) para o manejo dessas doenças. Mais recentemente, foram implementados o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Rede Amamenta Brasil e o

projeto Rede Cegonha (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2009; VICTORA et al., 2011).

O fomento dos programas sociais para a redução da pobreza extrema no país também foi fator determinante para a diminuição dos óbitos infantis, já que além de estar relacionada às políticas de saúde e educação, a melhoria da situação econômica da família interfere na forma de acesso e utilização das informações, dos serviços de saúde, de educação e dos espaços de cidadania.

Essas políticas públicas foram formuladas tomando por base as discussões em torno do novo conceito de saúde e de promoção da saúde. Assim, destaca-se a importância de resgatar a contribuição da Conferência de Alma-Ata (1978) para o conceito de saúde, pois, pela primeira vez, a saúde foi entendida como direito e como integrante de vários setores da sociedade. Além disso, a junção entre as ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação nos cuidados primários em saúde foi colocada como fator indispensável para a qualidade de vida e ao desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2002).

A definição de promoção da saúde aceita mundialmente está presente na Carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986). Nela, a promoção da saúde é conceituada como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986, p. 1). A saúde passou a ser “construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção de saúde por todos os seus membros” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986, p. 2).

Essa carta abrange em seu conjunto basicamente cinco estratégias: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, reorientação dos serviços de saúde, reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais (BRASIL, 2002).

O modelo de atenção da Vigilância à Saúde incorporou tais conceitos e estratégias e, atualmente, vem sendo colocado como o mais adequado para atender às necessidades de saúde atuais da população. Pois, os modelos de saúde hegemônicos no Brasil – o modelo médico assistencial privatista com ações voltadas para a assistência hospitalar e os serviços que dão apoio para o diagnóstico e o tratamento dos pacientes; e o modelo sanitarista, composto por ações realizadas em campanhas, desenvolvidas pelas vigilâncias epidemiológicas e sanitárias, além dos programas específicos realizados nas unidades básicas – não estão conseguindo responder à complexidade e à diversidade dos problemas de saúde

que se apresentam aos cidadãos no seu cotidiano (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998; GONDIM et al., 2005).

Assim, por modelo de atenção ou assistencial, considera-se a forma como os serviços e sistemas estão organizados para resolver as questões pertinentes à saúde, referindo-se ao cuidado, à assistência, à intervenção, às ações ou às práticas de saúde (PAIM, 2008).

Segundo Paim (1994), a vigilância à saúde enquanto um modelo assistencial alternativo está relacionada a um conjunto de práticas sanitárias que encerram combinações tecnológicas distintas, destinadas a controlar determinantes, riscos e danos. Mendes (1999) enfatiza a dimensão gerencial da noção de vigilância à saúde, caracterizando-a como uma prática que organiza processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para confrontar problemas de enfrentamento contínuo, num território delimitado por meio de operações montadas sobre os problemas em seus diferentes períodos do processo saúde-doença.

Com isso, espera-se contribuir não só para a formação de comunidades saudáveis, mas também com o propósito da racionalização das formas de financiamento e gestão dos sistemas estaduais e municipais de saúde (VANNI et al., 2009).

A Estratégia Saúde da Família tem se configurado como um importante espaço de interações sociais capaz de promover a reorientação da APS e, conseqüentemente, do modelo de atenção à saúde no país. Para isso, é preciso haver uma combinação de tecnologias e forças favoráveis à mudança. Assim, faz-se necessário que as ações estejam pautadas na intersetorialidade, na educação permanente, no monitoramento, na avaliação e no estímulo à participação popular, em busca da melhoria das condições de vida da população de maneira gradativa (BRASIL, 1997).

Apesar disso, a implementação da ESF, devido às intensas diferenças regionais, ocorreu em contextos diversificados e numa intensidade e características também diferenciadas. Inicialmente, a implantação sucedeu em municípios de grande porte, mas sem atingir uma boa cobertura. Posteriormente, foi implantada nos municípios de pequeno porte, alcançando uma expansão maior de cobertura das famílias (PEREIRA, 2006).

Assim, ainda é um desafio garantir que todas as crianças estejam inseridas na cobertura de intervenções já existentes, destacando a importância da equidade, tanto entre países quanto dentro de um mesmo país (MELLO; LIMA; SCOCHI, 2007).

O Ministério da Saúde tem incentivado e cobrado dos estados e municípios não só a ampliação da cobertura da ESF, mas também a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às famílias expressa na forma de mudança nos indicadores de saúde.

Na atenção primária, em especial na ESF, a atenção à saúde da criança vem ganhando espaço cada vez maior mediante o fortalecimento das ações do acompanhamento do CD. O acompanhamento ocorre de modo sistemático e periódico pelos profissionais da APS, com ações voltadas para atender as necessidades de saúde da criança e, sobretudo, a prevenção e promoção da saúde a fim de garantir um desenvolvimento saudável.

Essas ações encontram-se no âmbito da vigilância à saúde da criança, com atuação integral do profissional por meio da formação de vínculo com a família e do estímulo à responsabilidade contínua e conjunta entre o serviço e a família na atenção à criança, desenvolvendo atividades de prevenção, promoção e/ou assistência (ASSIS et al., 2011).

É importante, assim, o preparo de toda a equipe de saúde para que seja capaz de identificar crianças de risco, fazer busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do CD, detectar e abordar adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2005).

Outro componente essencial para a vigilância do desenvolvimento infantil e para o fortalecimento do cuidado por parte das famílias consiste na estratégia da educação em saúde para aumentar as práticas de cuidados domiciliares e estimular a demanda adequada pelos serviços de saúde (LÉLIS; MACHADO; CARDOSO, 2009).

Enfim, nota-se que diversos avanços já foram alcançados na atenção à saúde da criança como também que diversas propostas estão sendo colocadas, as quais reconhecem a qualidade de vida como meta de saúde a ser alcançada. Contudo, ainda tem sido um grande desafio fazer com que tais finalidades se concretizem na prática, favorecendo, assim, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos nos serviços de saúde.

3.2 A PARTICIPAÇÃO NO ACOMPANHAMENTO DO CD DA CRIANÇA

A participação ativa e assídua no acompanhamento do CD da criança ao mesmo tempo que representa o objetivo da equipe da ESF, também tem sido um desafio a ser alcançado.

A participação é entendida, segundo Demo (2009, p.18), como algo “infundável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo”. Assim, a participação é em essência autopromoção como também uma conquista processual. É preciso que o sujeito se aproprie de certos canais de participação, como educação, cultura, direitos e organização da sociedade, para o pleno exercício de construção da cidadania e para a transformação de sua realidade prática.

Essa participação busca maior autonomia dos sujeitos na condução de sua vida e da sociedade. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de ações na ESF numa

perspectiva dialógica, emancipatória, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e de autor de sua trajetória de saúde e doença; e autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidados mais humanizados, compartilhados e integrais (BRASIL, 2007; FREIRE, 2014).

Desse modo, dentre as ações da ESF, emergem as ações educativas como ferramentas fundamentais para estimular tanto o autocuidado como a autoestima de cada indivíduo e, muito mais que isso, de toda a família e comunidade, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e condutas dos usuários (MACHADO et al., 2007). A partir dessa interação, em que há a troca de conhecimentos técnico e popular, há o fortalecimento de ações de prevenção, de controle de doenças e de promoção da saúde (TRAESEL et al., 2004).

A participação ativa envolve as dimensões do diálogo, do respeito e da valorização do saber popular, representando uma prática de saúde em que não há domínio de um saber sobre outro, mas uma interação especificamente humana entre valores, pensamentos e sentimentos, por meio de um aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade (VASCONCELOS, 2006).

Com relação à saúde da criança, diversas iniciativas vêm sendo realizadas visando modificar a prática no âmbito da ESF. A exemplo do acompanhamento coletivo do CD da criança, que surgiu em um contexto no qual os profissionais, conscientes da importância das atividades educativas grupais, buscaram inovar o fazer, criando espaços de troca de saberes junto às mães sobre o cuidado à criança, contribuindo para a redução do tempo de espera e humanização do atendimento (MONTEIRO et al., 2011).

A realização de oficinas permanentes com enfermeiras, relacionadas a educação acerca da vigilância do desenvolvimento na consulta à criança, repercutiu na assiduidade das mães às consultas e no aumento da procura pelos serviços de puericultura, pois as mães participantes ficaram satisfeitas ao notarem que seus filhos estavam tendo melhor assistência (REICHERT et al., 2012).

Dessa forma, tendo em vista o que foi discutido, a participação das famílias e/ou dos cuidadores no acompanhamento do CD foi considerada nesta pesquisa como a frequência às consultas periódicas de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, em que consta a visita domiciliar ao binômio mãe e filho até quinze dias após o nascimento, seguindo com um calendário mínimo de consultas à criança com um mês, dois, quatro, seis e nove meses, um ano, um ano e seis meses, dois anos e uma consulta a cada ano até completar cinco anos (BRASIL, 2012). Bem como foi levado em questão para este estudo, o seu envolvimento com

as atividades, a motivação para frequentar as consultas e a adesão às ações próprias do acompanhamento da criança para um crescimento e um desenvolvimento saudáveis.

Com isso, pretende-se repensar as bases da assistência no acompanhamento do CD, até que ponto as ações profissionais estão contemplando a vigilância e a promoção à saúde e o investimento em estratégias transformadoras, nas quais crenças, hábitos e comportamentos ganham sentido nas atitudes, decisões e projetos das mães e famílias.

4 CAMINHOS METODOLÓGICOS

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Para o alcance dos objetivos, foi realizado um estudo do tipo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, que tem como referencial teórico-metodológico a pesquisa-ação.

Segundo Cervo e Bervian (1996, p. 49 e 50), “a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los e trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade”. Esse tipo de estudo pode ser determinado pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, procurando maiores informações da realidade a partir da identificação de sua característica, mudança e/ou de sua regularidade (LEOPARDI et al., 2001).

Os estudos exploratórios têm a finalidade de esclarecer e proporcionar uma visão geral em dimensões mais ampliadas acerca de um determinado fato. Busca-se saber como determinado fato ou fenômeno se manifesta, o que interfere nele, como as variáveis se interrelacionam (DYNIEWICZ, 2009). Assim como os estudos descritivos, o supracitado modelo é útil quando se deseja trabalhar com objetos de estudo pouco explorados.

De acordo com Minayo (2004), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, correspondente a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Esse tipo de pesquisa se apropria de diversos métodos de investigação, dentre eles a pesquisa-ação. Thiollent (2011) define esse método como sendo um tipo de pesquisa social com base empírica a qual é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com uma resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Portanto, a pesquisa-ação compreende o planejamento, a implementação, a descrição e a avaliação de uma modificação na prática, partindo de um problema ou de uma situação que é vivenciada pelos participantes da pesquisa (THIOLLENT, 2011).

Do exposto, considera-se adequada sua utilização no presente estudo, tendo em vista que possibilita trabalhar o problema da participação das mães no serviço do acompanhamento

do crescimento e desenvolvimento da criança com a finalidade de transformar essa realidade por intermédio de uma ação planejada, de uma inserção do pesquisador no campo de coleta de dados e de uma interação entre o pesquisador e o participante.

4.1.1 Referencial teórico-metodológico

A pesquisa-ação é uma estratégia metodológica que reúne técnicas e métodos da pesquisa social, cujos objetivos estão voltados para a resolução coletiva ou, pelo menos, em esclarecer os problemas de uma dada situação observada. Dessa forma, envolve ampla interação entre o pesquisador e os participantes, resultando em uma transformação da realidade por meio de uma ação planejada. Por se tratar de um método participativo de investigação, é possível evidenciar certa flexibilidade metodológica, ou seja, não segue uma série de fases ordenadas, de forma rígida. Fato esse que não exclui o cumprimento das etapas que conferem ao método um caráter científico (THIOLENT, 2011).

O supracitado modelo de estudo é composto por doze fases, que se sobrepõem e integram-se de forma muito maleável, são elas: fase exploratória, definição do tema da pesquisa, colocação dos problemas, o lugar da teoria, hipóteses, seminário, campo de observação, amostragem e representatividade qualitativa, coleta de dados, aprendizagem, saber formal e saber informal, plano de ação e divulgação externa (THIOLENT, 2011).

Essas fases devem ser vistas como ponto de partida e de chegada, sendo possível, em cada situação, o pesquisador junto com os participantes, redefinir e adaptar a pesquisa de acordo com as circunstâncias da situação investigada. Esse aspecto precisa ser considerado e utilizado no desenvolvimento da pesquisa, isto porque a sobreposição e interligação das fases atribuem dinamismo a todo o processo.

Em função de sua orientação prática, a aplicabilidade da pesquisa-ação é bastante diversificada, destacando o seu emprego nos campos da educação, da comunicação (publicidade e propaganda), do serviço social, da organização e sistemas, do desenvolvimento rural (agronomia), da difusão de tecnologia, da área bancária, das práticas políticas e de saúde (THIOLENT, 2011).

Na área da saúde, esse tipo de pesquisa costuma ser utilizada, em especial, pelos programas de saúde coletiva, pois proporciona a construção social do conhecimento por meio da participação e da interação dos atores envolvidos nesse processo de mudança e transformação de suas realidades e imersos no contexto em que estão inseridos (THIOLENT, 2011).

Sendo assim, a ESF figura-se como um espaço privilegiado para a utilização da metodologia da pesquisa-ação, tendo em vista que esse local funciona como palco das interações entre os profissionais de saúde e os usuários.

A Enfermagem também incorporou tal estratégica metodológica em suas pesquisas devido a sua utilização prática e ao seu retorno imediato ao serviço, além da potencialidade para a conscientização de grupos e para a construção coletiva de conhecimentos que possibilitam ações inovadoras, contribuindo com a qualidade de vida e saúde dos sujeitos, atendendo as necessidades pertinentes ao seu fazer, seja na práxis cotidiana, no ensino ou na pesquisa (MACEDO et al., 2011).

Desse modo, a escolha metodológica da pesquisa-ação emergiu do desejo deste estudo de identificar os problemas relacionados a pouca participação das mães no acompanhamento de CD da criança, bem como de tornar as mães das crianças acompanhadas nas consultas do CD agentes autônomos e protagonistas das transformações de sua realidade a partir da reflexão crítica e das discussões sobre a saúde da criança. Dessa maneira, contribuir para modificar e humanizar as práticas de saúde de forma a estarem pautadas nas reais necessidades de saúde da criança e da família.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O local escolhido como campo de estudo foram as comunidades da área rural do município de Parazinho/RN, território adscrito da equipe da ESF II.

A cidade de Parazinho, localizada no estado do RN, está situada na mesorregião do Agreste Potiguar e na microrregião da Baixa Verde, limitando-se com os municípios de Caiçara do Norte, São Bento do Norte, Pedra Grande, São Miguel do Gostoso, Touros, João Câmara e Jandaíra. Abrange uma área de 275 km² e encontra-se a uma distância média de 113 km da capital, sendo seu acesso, a partir de Natal, efetuado por meio das rodovias pavimentadas BR-406 e RN-120.

Segundo o censo 2010, a população total residente é de 4.845 habitantes, dos quais há uma maior prevalência de pessoas na faixa etária de 10 a 14 anos, seguido da população adulta de 30 a 39 anos e de crianças entre cinco e nove anos. As crianças menores de 5 anos correspondem a 436 habitantes, sendo 160 residentes na zona rural e 276 na zona urbana (IBGE, 2010).

Observa-se um maior número de pessoas vivendo na zona urbana, 3.136 (64,73%), em relação a população rural, 1.709 (35,27%). Quanto ao sexo, encontram-se distribuídos de

forma homogenia, a população feminina corresponde a 49,77% (n=2.411), enquanto que a população masculina 50,23% (n=2.434) (IBGE, 2010).

No ranking de desenvolvimento, Parazinho está em 164º lugar no estado (164/167municípios) e em 5.186º lugar no Brasil (5.186/5.561 municípios). O IDH municipal é igual a 0,564, o que corresponde a um índice médio em relação ao IDH nacional que equivale a 0,730 (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2000).

A taxa de analfabetismo entre a população com 15 anos ou mais está em torno de 44,7%, o que corresponde a um alto índice entre os municípios do RN.

Na área da atenção primária à saúde, o município dispõe de duas equipes da ESF que dão suporte a população das áreas urbana e rural, totalizando 100% de cobertura das famílias. Cada equipe é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 01 dentista, 01 TSB e 06 ACS.

A autora da pesquisa faz parte de uma das equipes, a ESF II, atuando como enfermeira da zona rural há dois anos, área em que se observa maior absenteísmo das crianças ao acompanhamento do CD.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Para a etapa do diagnóstico situacional, os sujeitos do estudo foram compostos pelas mães de crianças faltosas ao acompanhamento do CD que pertencem à área de abrangência da ESF da área rural. O convite foi estendido aos cuidadores, mas somente as mães compareceram às reuniões grupais.

Os critérios de inclusão utilizados para essa fase inicial foram: ser da área adscrita da ESF da zona rural; ser mãe e/ou cuidador (a) de criança (s) até dois anos de idade; ter no mínimo três faltas nas consultas do CD nos primeiros 6 meses.

Os critérios de exclusão foram: impossibilitada de participar devido a motivos particulares da família e adoecimento ou internamento; e, os cuidadores que faltaram as reuniões de grupos focais.

Dessa forma, inicialmente foi feito um levantamento prévio das crianças menores de dois anos das microáreas de cada ACS, contendo o nome completo da criança, o nome de suas respectivas mães, o número do prontuário familiar e a data de nascimento. Em seguida, foi analisado o prontuário para contabilizar o número de consultas do acompanhamento do CD da

criança até os seis meses para possível inclusão como sujeito do estudo de acordo com os critérios da pesquisa. Ao final da busca, foram encontradas 23 crianças faltosas.

Todas as mães/cuidadores das crianças que tiveram no máximo duas consultas até os seis meses foram convidadas por meio de convite impresso, entregue pelos ACS, para participar da reunião do grupo focal. Dessas, compareceram 14 mães, que correspondem ao total inicial de sujeitos da pesquisa.

O número de participantes, de acordo com a pesquisa-ação, é estabelecido visando abarcar todos os atores responsáveis pelo desenvolvimento saudável da criança, exceto aqueles que se recusarem a participar. Pois, na pesquisa-ação, o resultado satisfatório da mudança coletiva só será alcançado se contemplar a totalidade da população envolvida (THILLEN, 2011).

Para a etapa da implementação, foram convidadas pelos ACS todas as mães de crianças até cinco anos que não estivessem na escola no horário da ação em sua localidade, independente de terem participado ou não do diagnóstico situacional. Optou-se por ampliar a faixa etária das crianças em função da adequação às recomendações do Ministério da Saúde e para aproveitar o momento para resgatar, para a avaliação do CD, as crianças maiores de dois anos, na qual se observa grande dispersão das consultas e maior procura pelo serviço somente quando a criança apresenta algum problema de saúde.

Da avaliação, participaram as mães que compareceram ao acompanhamento do CD itinerante da criança nas comunidades rurais.

4.4 ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO

As etapas percorridas para a realização da pesquisa-ação, no intuito de preservar a cientificidade do estudo e garantir o alcance dos objetivos, foram: o diagnóstico situacional da realidade; o planejamento das ações; a implementação das mudanças planejadas; e a avaliação das ações pelos sujeitos envolvidos (THIOLLEN, 2011).

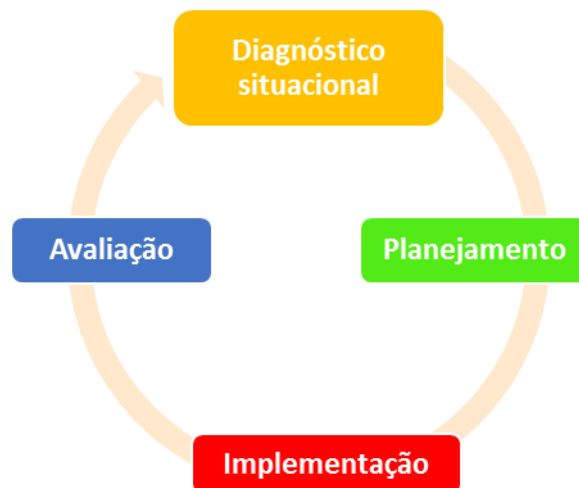


Figura 1- Fluxograma das etapas de pesquisa-ação.

Fonte: Autoria própria (2014).

Para compreender a realidade atual do acompanhamento do CD da criança em Parazinho, o entendimento das mães sobre essa ação e os fatores que interferem na participação das mães/cuidadores na consulta do CD, foram utilizadas as técnicas do grupo focal e da observação participante, seguindo uma sequência de necessidades e de resolutividade do problema.

A técnica de grupo focal é definida por Kitzinger (2009) como um tipo de entrevista em grupo que valoriza o diálogo entre os participantes da pesquisa para geração de dados. Dessa forma, as pessoas são estimuladas pelo pesquisador a falar umas com as outras, a perguntar, a trocar histórias e a comentar sobre suas experiências e seus pontos de vista acerca das outras.

A escolha pelo procedimento do grupo focal como técnica central para o desenvolvimento desta etapa do estudo é justificada pela possibilidade de melhor interação entre pesquisador e participantes, assim como por se caracterizar como método que produz resultados eficientes no que se refere a opiniões e assuntos relacionados ao prisma da sociedade.

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foram realizados dois grupos focais com as mães, o primeiro, na UBS de Pereiros para as localidades das microáreas 02 e 11, em que houve a presença de seis participantes, e o segundo, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde para as microáreas 01, 03, 04 e 07, com a presença de oito mães.

Para melhor compreensão, foram descritas as localidades rurais correspondentes a cada microárea, conforme quadro a seguir:

Microáreas	Localidades Rurais
01	Limão
	Limoeiro
	1º de Junho
	Demonstração
	Fazenda Ameixa
	Três Irmãos
02	Assentamento Pereiros
	Povoado Pereiros
	São Luiz
03	Lagoa
	Alvío
	Escadilha
	Nova Jerusalém
	Fazendas
04	Rua João Rabelo Torres
	Rua Etevaldo Azevedo
	Rua 7 de Setembro
	Rua José Mariano
07	Quixabeira
	Santa Luiza
	Fazendas
11	Bom Trabalho
	Amazonas
	São Francisco
	São Francisco II

Quadro 1 – Localidades rurais correspondentes às respectivas microáreas.
Fonte: Autoria própria (2014).

As reuniões de grupo focal foram conduzidas pela pesquisadora e pela orientadora, seguindo um roteiro semiestruturado com questões abertas. Todas as respostas das entrevistas de grupo foram gravadas, visando possibilitar uma maior riqueza de detalhes para análise.

Em seguida, as pesquisadoras elencaram os principais problemas apontados pelas mães a não comparecerem às consultas do CD. A questão da dificuldade no acesso aos serviços de saúde foi definida entre elas como prioridade a ser trabalhada.

Reuniões de planejamento com a equipe de saúde da família e a gestão municipal foram realizadas para viabilizar as estratégias a serem implementadas e o papel de cada ator envolvido nesse processo.

O acompanhamento do CD itinerante foi realizado durante dois meses, setembro e outubro de 2014, contemplando as comunidades: Limão, Limoeiro, Primeiro de Junho, Lagoa, Assentamento Santa Luiza, Quixabeira e Alvío.

A avaliação da ação aconteceu de forma concomitante à implementação da ação, utilizando como técnica de coleta dos dados o grupo focal, as entrevistas individuais e a

observação participante, tendo como questão norteadora: Como vocês avaliam o acompanhamento do CD itinerante da criança?

A observação participante foi feita a partir do registro de imagens e de comportamentos das mães no diário de campo durante a realização dos grupos focais e na implementação da ação. Segundo Pope e Mays (2009), na observação participante, o pesquisador acompanha sistematicamente indivíduos e rotinas, em contato direto com os observados, com a intenção de analisar o comportamento e relacionamentos ocorridos no cotidiano.

O diário de campo, como técnica de registro do trabalho de campo, pode estar vinculado a diversas abordagens teórico-metodológicas, além de ser uma técnica muito usual entre os pesquisadores em pesquisa-ação. Consiste em uma ferramenta de intervenção que tem o potencial de produzir um movimento de reflexão da própria prática à medida que o ato da escrita do vivido, no âmbito individual ou no coletivo, é o momento de reflexão sobre e com o vivido, revelando o não dito e pressupondo a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisar (PEZZATO; L'ABBATE, 2011).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada tomando por base os estudos de Nicolino (2007) e Pereira (2007) que associam a pesquisa-ação à análise temática por categorização proposta por Freire (2000; 2014).

Os princípios freirianos são utilizados prioritariamente na área educacional, atuando principalmente junto a pessoas não alfabetizadas, partindo da realidade dos mesmos a fim de envolvê-los e favorecer o processo de aprendizagem, sendo abordado pelo autor que

a transitividade crítica por outro lado, a que chegaríamos com uma educação dialógica e ativa, voltada para a responsabilidade social e política, se caracteriza pela profundidade na interpretação dos problemas. Pela substituição de explicações mágicas por princípios causais. Por procurar testar os 'achados' e se dispor sempre a revisões. Por despir-se ao máximo de preconceitos na análise dos problemas e, na sua apreensão, esforçar-se por evitar deformações. Por negar a transferência da responsabilidade. Pela recusa a posições quietistas. Por segurança na argumentação. Pela prática do diálogo e não da polêmica. Pela receptividade ao novo, não apenas porque novo e pela não-recusa ao velho, só porque velho, mas pela aceitação de ambos, enquanto válidos (FREIRE, 2003, p. 69-70).

Dessa forma, esse método parte de situações-problemas emergidas da realidade do ambiente em estudo, para posterior descodificação pelos grupos com colaboração do

coordenador. Isso possibilita a conscientização dos sujeitos, levando-os a interpretação crítica da realidade e despertando o interesse pela mudança (FREIRE, 2003; 2014).

Nessa perspectiva, o método de Paulo Freire (2000) pode ser aplicado em diferentes realidades em que se deseje a inclusão dos participantes como sujeitos ativos do processo da construção do conhecimento, visando a corresponsabilização dos envolvidos e a valorização do diálogo e da crítica.

Dessa forma, a análise temática por categorização das falas das mães, seguindo a proposta de Freire (2003; 2014), foi sintetizada didaticamente nas seguintes fases:

- Levantamento dos temas geradores:

Nesta etapa, foram selecionados temas significativos dos participantes do estudo a partir do levantamento de expressões, situações e experiências pautadas no tema a ser trabalhado. Esses foram os mais significativos da vivência das pessoas envolvidas na ação (FREIRE, 2014).

Para isso, foram adotadas como questões norteadoras do estudo: O que vocês entendem sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança? O que vocês acham que está acontecendo para que haja pouca participação no acompanhamento do CD de suas crianças? O que poderia ser feito para melhorar a participação no acompanhamento de suas crianças?

- Organização do material coletado:

As falas foram transcritas na íntegra pelos pesquisadores do estudo. Em seguida, tratadas, a fim de eliminar imperfeições ortográficas e de reduzir vícios de linguagem, seguidos da identificação das participantes com seus respectivos códigos e realizada leitura detalhada das respostas emitidas. Posteriormente, foram selecionadas as palavras, frases e expressões, de acordo com a frequência ou ênfase pelas participantes do estudo (FREIRE, 2003).

- Seleção e codificação de palavras e frases:

Foram selecionadas em ordem definitiva algumas frases que puderam ser agrupadas pela riqueza temática, codificando os temas geradores (FREIRE, 2003).

- Síntese das palavras e frases selecionadas:

Depois de serem selecionados e codificados os temas geradores, os mesmos foram agrupados em grandes temas (FREIRE, 2014).

Em suma, os dados obtidos foram categorizados empiricamente, emergidos de acordo com as falas das entrevistadas e analisadas conforme o referencial teórico-metodológico adotado, ou seja, seguindo os passos da pesquisa-ação e tendo como direcionamento as ideias propostas por Freire (2000; 2014), envolvendo o levantamento e codificação dos temas geradores. Desse modo, contemplou-se a análise dos depoimentos dos sujeitos atuantes na pesquisa-ação.

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS DA PESQUISA

Inicialmente, foi enviado um ofício à Secretaria de Saúde do Município de Parazinho, com o objetivo de informá-los sobre a pesquisa, solicitar a autorização para execução e utilização do nome da instituição que serviu de cenário para o estudo (Anexo A).

Em seguida, foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN para apreciação, conforme recomenda a Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde, a qual trata da pesquisa com seres humanos, obtendo aprovação mediante parecer substanciado nº 617.559 e CAAE 28598014.7.0000.5537 (Anexo B).

Para aqueles que concordaram participar voluntariamente da pesquisa foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que contém esclarecimentos com relação ao estudo e assegura o anonimato dos sujeitos, sigilo das informações, utilização dos dados para fins acadêmicos e científicos, o direito de desistir a qualquer momento, entre outras explicações (Apêndice A).

As discussões foram registradas por intermédio de gravador portátil, a fim de apreender as falas integralmente, evitando a elaboração de resultados não fidedignos com a realidade, e registros fotográficos para complementar o estudo. Para tanto, foi solicitado a assinatura do termo de autorização para gravação de voz e uso de imagens (Apêndices B e C).

Por se constituir numa pesquisa envolvendo seres humanos, parte-se do pressuposto de que esse estudo oferece poucos riscos à integridade física, moral, social e econômica dos sujeitos participantes, uma vez que estiveram asseguradas a confidencialidade e privacidade das informações, proteção da imagem, a não estigmatização dos sujeitos e a não utilização das informações em prejuízo das pessoas envolvidas (FONTINELE JUNIOR, 2003). Assim, o risco que este estudo pôde trazer foi de âmbito subjetivo, como o constrangimento em

responder publicamente a algum questionamento, sem que envolvesse algum dano a ser minimizado por meio de diálogo.

4.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados foi fundamentada no referencial teórico-metodológico do estudo e nas ideias de Paulo Freire (2000; 2003; 2004; 2014), numa perspectiva problematizadora e de autonomia dos sujeitos. Além disso, teve como base os achados literários referentes às políticas de atenção à saúde da criança na atenção primária; ao acompanhamento do CD da criança na ESF; à relação família e equipe da ESF e à acessibilidade e integralidade do cuidado à criança.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 REALIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA RURAL

A Equipe II da ESF no município de Parazinho/RN é responsável pela população da zona rural e por uma parte da área urbana. À referida equipe, estão adstritas 567 famílias que correspondem a 2.177 pessoas acompanhadas. Dessas, 72 são crianças menores de dois anos (BRASIL, 2014).

A equipe é formada por: uma enfermeira, um médico cubano do Programa Mais Médicos, um dentista, uma técnica de enfermagem, um técnico de saúde bucal, que também é o administrador da unidade de saúde da zona rural, uma recepcionista e seis agentes comunitários de saúde.

Como equipe de apoio, o município conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por um psicólogo, uma assistente social, um educador físico e uma nutricionista. Além de recentemente ter sido contemplado com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) para os usuários de transtorno mental.

Desses profissionais, somente os agentes de saúde possuem vínculo empregatício efetivo, os outros são contratados da prefeitura, exceto o médico que é um convênio do município com o governo federal. A falta de um concurso público para preenchimento dos outros cargos é um ponto negativo na implementação de mudanças nas ações de saúde, uma vez que a rotatividade profissional, comum na ESF, dificulta a formação de vínculo dos profissionais e dos usuários, bem como o cuidado continuado.

O território de abrangência está dividido em seis microáreas, sendo cinco cobrindo toda a área rural e uma área que cobre quatro ruas do perímetro urbano do município (BRASIL, 2014). Cada uma das microáreas rurais é composta por várias localidades, algumas muito distantes da unidade de saúde de referência, o que dificulta o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Devido à grande extensão da área rural, essa mesma equipe de saúde atende em duas unidades distintas para facilitar o acesso dos usuários, sendo uma situada no Povoado de Pereiros na zona rural e outra no centro da cidade na zona urbana. Geralmente, os atendimentos de saúde funcionam da seguinte forma: dois dias da semana, terça e quarta-feira, o médico e a enfermeira atendem na Unidade Básica de Saúde (UBS) de Pereiros as microáreas 02 e 11 e nos outros dias, quinta e sexta-feira, a equipe atende na Unidade de Saúde da Família (USF) de Parazinho, as microáreas 01, 03, 04 e 07.

No ano de 2013, o município fez a adesão ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a unidade de Pereiros, tal alteração tem como objetivo prover infraestrutura adequada às Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações, por meio do financiamento das UBS, implantadas em território nacional, conforme a portaria nº 341, de 04/03/2013. No mês de dezembro de 2013, foi dado início às obras e a equipe continuou os atendimentos em uma casa alugada provisoriamente.

Devido à reforma da UBS, a equipe de saúde bucal está atendendo temporariamente todos os usuários da zona rural no consultório odontológico situado na Secretaria Municipal de Saúde.

A seguir, pode-se observar no Quadro 2, a descrição das localidades rurais do território de abrangência da equipe de saúde da família por cada microárea:

EQUIPE II			
Microáreas	Localidades Rurais	Ponto de apoio	Distância para a unidade de referência
01	Limão	USF Parazinho	9 km
	Limoeiro	USF Parazinho	9 km
	1º de Junho	USF Parazinho	10 km
	Demonstração	USF Parazinho	8 km
	Fazenda Ameixa	USF Parazinho	8 km
	Três Irmãos	UBS Pereiros	12 km
02	Assentamento Pereiros	UBS Pereiros	1 km
	Povoado Pereiros	UBS Pereiros	Máximo de 1 km
	São Luiz	UBS Pereiros	6 km
03	Lagoa	USF Parazinho	4 km
	Alvío	USF Parazinho	9 km
	Escadilha	USF Parazinho	12 km
	Nova Jerusalém	USF Parazinho	2 km
	Fazendas	USF Parazinho	500 m, 3 km, 5 km
	04	Rua João Rabelo Torres	USF Parazinho
Rua Etevaldo Azevedo		USF Parazinho	750 m
Rua 7 de Setembro		USF Parazinho	800 m
Rua José Mariano		USF Parazinho	850 m
07	Quixabeira	USF Parazinho	3 km
	Santa Luiza	USF Parazinho	7 km
	Fazendas	USF Parazinho	1 km e 4 km
11	Bom Trabalho	UBS Pereiros	8 km
	Amazonas	UBS Pereiros	3 km
	São Francisco	UBS Pereiros	4 km
	São Francisco II	UBS Pereiros	4 km

Quadro 2 – Localidades rurais do território de abrangência da Equipe II no município de Parazinho/RN, 2014. Fonte: Autoria própria (2014).

Além da distribuição dos atendimentos nas unidades mais próximas das comunidades rurais, para tentar minimizar o problema da distância, a Prefeitura Municipal de Parazinho disponibiliza um ônibus, o mesmo que leva os alunos para a escola, para trazer os usuários que moram nas comunidades mais distantes para as unidades de referência de atenção

primária à saúde. Quando todos são atendidos e as aulas se encerram, os alunos e os usuários retornam no ônibus para suas residências.

A Secretaria Municipal de Saúde dispõe de dois carros para o transporte dos profissionais até a UBS de Pereiros e para o retorno ao centro da cidade. Esses carros são usados também para o transporte de usuários em casos de urgências que precisam ser levados para a Unidade Integrada de Saúde de Parazinho, a qual funciona como um pronto-socorro 24h e para levar, uma vez por semana, usuários em tratamento em outros municípios.

Além da distância, os usuários e os profissionais também convivem com as más condições das estradas que dão acesso ao meio rural, pois se encontram sem pavimentação, sendo assim ficam expostos à poeira e, nos períodos chuvosos, à lama, aumentando o risco de acidentes.

Com relação à organização do processo de trabalho, mensalmente são realizadas reuniões com os profissionais de saúde e ACS para programação dos atendimentos e das atividades a serem desenvolvidas no mês.

As atividades desenvolvidas incluem: acolhimento como postura e prática nas ações cotidianas de atenção e de gestão na unidade de saúde, atendimentos a grupos específicos como hipertensos, diabéticos, crianças e gestantes, realização de exames de citologia de colo de útero, visitas domiciliárias, ações educativas, entre outras.

Para a saúde da criança, são ofertadas: consultas do acompanhamento do CD da criança nas terças, quartas e sextas com a enfermeira e para o médico, nas quintas-feiras; Suplementação de Ferro e Vitamina A; o Programa Saúde na Escola (PSE); e as consultas de demanda espontânea.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos desta pesquisa constituíram-se por 14 mulheres residentes nas áreas rurais do município de Parazinho. Vale destacar que o convite para participar do estudo foi direcionado aos cuidadores e/ou responsáveis. Porém, como apenas as mães compareceram aos grupos focais e são elas que levam as crianças, na maioria das vezes, para as consultas do CD, as mães foram identificadas como as principais cuidadoras.

Por ser um município de pequeno porte, ainda existe a cultura de que o homem é o provedor da casa e a ele é atribuído o trabalho fora de casa, enquanto que as mulheres são responsáveis pelos afazeres domésticos e pelos cuidados dos filhos.

A caracterização das mães que participaram da etapa do diagnóstico situacional foi realizada, partindo do princípio que o perfil sociodemográfico das cuidadoras, como idade, número de filhos, escolaridade, estado civil, renda familiar e a participação em programas sociais, pode interferir no cuidado prestado às crianças e no processo saúde-doença (HOFFMANN; OLIVEIRA, 2009). Essas características estão descritas na tabela a seguir.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual das mães, segundo faixa etária, número de filhos, escolaridade, estado civil, renda familiar e participação no Bolsa Família – 2014.

Faixa etária	Nº	%
15-19	2	14,3
20-24	4	28,6
25-29	3	21,4
30-34	4	28,6
35-39	1	7,1
Número de filhos	Nº	%
1 filho	5	35,7
2-3 filhos	6	42,9
4-5 filhos	3	21,4
Escolaridade	Nº	%
Analfabeta	-	-
Ensino Fund. Incompleto	10	71,4
Ensino Fund. Completo	2	14,3
Ensino Médio Incompleto	-	-
Ensino Médio Completo	2	14,3
Estado Civil	Nº	%
Casada	-	-
Solteira	4	28,6
Divorciada	-	-
Viúva	-	-
União Consensual	10	71,4
Renda Familiar	Nº	%
Sem renda fixa	11	78,6
< 1 salário	2	14,3
1-2 salários	1	7,1
Programas sociais	Nº	%
Bolsa Família	13	92,9
Sem Bolsa Família	01	7,1

Fonte: Autoria própria (2014).

A tabela anteriormente delimitada permite destacar o baixo nível socioeconômico e a pouca escolaridade das mães, dados esses que levam a questionar como eles interferem na qualidade dos cuidados prestados aos seus filhos e na busca pelos serviços de saúde (VITOLLO, GAMA, CAMPAGNOLO, 2010).

Com relação à idade, das 14 mães, sete eram adultas jovens e duas eram adolescentes. A maternidade por si só gera muitas responsabilidades à mulher adulta e é bastante difícil em razão dos diversos papéis que lhe são atribuídos. Somam-se a isso os problemas e as dificuldades resultantes do trabalho fora de casa, dos cuidados maternos com o bebê e com a família, das atividades domésticas, que juntos contribuem para uma dupla ou mesmo tripla

jornada de trabalho dessas mães. No caso das adolescentes, essa dificuldade parece ser ampliada, pois essas mães, que acabaram de sair da infância e começam a aprender a cuidar de si, tomam a responsabilidade de cuidar também do filho que, muitas vezes, é visto como um “boneco com vida” (XIMENES NETO et al., 2010).

O número de filhos pode influenciar nas habilidades desenvolvidas pelas mães na atenção à criança, cinco das mães tinham apenas um filho. As primíparas podem apresentar maiores dificuldades em relação aos cuidados maternos, principalmente nos primeiros dias da criança. Porém, é uma realidade comum na zona rural da região Nordeste, a filha mais velha cuidar dos irmãos mais novos. Desse modo, as mães que experienciaram cuidados aos irmãos tendem a sobressair-se na atenção ao filho, em atividades relacionadas ao banho e na habilidade em cuidar; contudo, por possuírem conhecimentos primitivos e empíricos, podem apresentar limitações no cuidar referentes à alimentação adequada e à prevenção de doenças (VASCONCELOS et al., 2012).

As uniões consensuais prevaleceram entre as participantes. De acordo com o último censo, o percentual de uniões consensuais subiu de 28,6% para 36,4% das uniões entre 2000 e 2010, sendo mais frequente nos grupos com rendimentos menores, representando 48,9% na classe com rendimento de até meio salário mínimo (IBGE, 2010).

No item escolaridade, foi identificado que doze mães têm somente o ensino fundamental, incompleto ou completo. Certamente, uma maior escolaridade poderá auxiliar no desenvolvimento do comportamento cuidadoso e preventivo para com seus filhos a ponto de reconhecerem a importância do acompanhamento do CD da criança. Entretanto, o baixo nível de escolaridade geralmente está relacionado a condições socioeconômicas desfavoráveis, estando mais expostas com seus filhos à pobreza (RIBEIRO et al., 2014).

No município de Parazinho, o percentual da população em extrema pobreza corresponde a 26,01% (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013). Das mães que participaram do estudo, a maioria é considerada de baixa renda e participa do programa Bolsa Família para complementação da renda familiar. Ebling et al. (2014), em estudo com mulheres de um assentamento rural, considera que um dos principais motivos, na maior parte dos casos, que as levam a uma vida de assentada são as condições sociais.

Os achados desta pesquisa possuem semelhança com os do estudo realizado em Sobral (Ceará), em 2010, onde das mães que não compareciam às consultas 56,25% tinham idade entre 20 e 29 anos; 37,5% tinham o ensino fundamental incompleto; 44% eram donas de casa; e 37,5% trabalhavam fora de casa (XIMENES NETO et al., 2010). Isso permite a inferência de que o abandono às consultas de puericultura não parece ser um fato que ocorra apenas no

município de Parazinho, onde as condições de vida talvez sejam diferentes das de outras cidades mais desenvolvidas.

5.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA REALIDADE LOCAL DO ACOMPANHAMENTO DO CD

O acompanhamento do CD na área rural do município de Parazinho é realizado no âmbito da atenção primária à saúde pela equipe da ESF, sobretudo focado nas crianças menores de dois anos. Segue o calendário mínimo de observações periódicas, que inclui sete consultas no primeiro ano de vida (até 15 dias, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês) e duas consultas no segundo ano de vida (18º mês e 24º mês) (BRASIL, 2002).

Após os dois anos de idade, observa-se uma maior dispersão e ausência das crianças nas consultas do acompanhamento do CD, exceto quando apresentam algum problema de saúde. Porém, vale destacar que as crianças matriculadas na rede de ensino municipal são avaliadas anualmente pela equipe da ESF no Programa Saúde na Escola (PSE), além de participarem de diversas atividades educativas promovidas pela Secretaria Municipal de Saúde e pela Secretaria Municipal de Educação.

O acompanhamento do CD da criança está estruturado de forma a contemplar as linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e a redução da mortalidade infantil presentes na Agenda de Compromissos do Ministério da Saúde, apesar de haver algumas fragilidades, a exemplo da saúde bucal. Desse modo, abrange a medição antropométrica de peso, a altura e o perímetro cefálico, o acompanhamento do desenvolvimento psicomotor e social da criança, o diálogo sobre os cuidados gerais, a avaliação do quadro vacinal, o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementar até dois anos, a suplementação de ferro às crianças entre seis e 18 meses de idade e de vitamina A em crianças de seis a 59 meses. Essas e outras informações são registradas na Caderneta de Saúde da Criança e no prontuário familiar.

A enfermeira e o médico são responsáveis pela avaliação integral da saúde da criança, a técnica de enfermagem auxilia na pesagem, nas medições da estatura e no perímetro cefálico e os agentes comunitários de saúde realizam a busca ativa das crianças.

A equipe de saúde bucal não possui um dia específico para o acompanhamento do CD da criança. O atendimento ocorre mediante encaminhamento por parte da enfermeira ou do médico, pois devido ao fato do dentista atender somente dois dias da semana, encontra-se sobrecarregado com as demandas de tratamento curativo. Entretanto, a parte de prevenção

escolar está sendo feita no PSE. Isso demonstra a fragmentação e certa fragilidade do cuidado quanto à saúde bucal já que as atividades de promoção à saúde não são realizadas com frequência pela equipe.

Como resposta em torno de uma questão lançada para identificar o entendimento das mães sobre o acompanhamento do CD da criança, foram gerados os seguintes temas:

TEMAS GERADORES	RESPOSTAS
Entendimento sobre o acompanhamento do CD da criança	<i>O CD é o desenvolvimento da criança, a faixa etária se ele está desenvolvendo no gráfico certo (...). (GRUPO 2).</i>
	<i>Para saber como a criança está crescendo e desenvolvendo (...) (GRUPO 1)</i>
	<i>É bom porque olha o tamanho da criança, o peso, vê como ela está, se ela está bem, se está tendo um bom crescimento e desenvolvimento (GRUPO 2).</i>
	<i>Vê a questão de vacinas atrasadas, a questão do CD, exames (...)(GRUPO 2).</i>
	<i>O CD serve para saber se a cada mês a criança está desenvolvendo adequadamente, se está tendo um bom desenvolvimento (GRUPO 2).</i>
	<i>Às vezes a criança perde peso, tem problema de crescimento, aí a gente acompanhando sabe (GRUPO 1).</i>
	<i>Nós vimos para a consulta do CD buscar uma saúde melhor, um bom desenvolvimento infantil, ou seja, nós queremos acabar com a mortalidade infantil, porque através do CD a gente tem como controlar isso aí, porque a cada mês a gente fica sabendo o que vem acontecendo com a criança e sem o CD você não sabe. Por isso que há muitas crianças que morrem, porque não têm o acompanhamento certo e isso poderia ser evitado se elas frequentassem a consulta do CD mensalmente para acompanhar o seu desenvolvimento (GRUPO 2).</i>
	<i>E todo mês a criança desenvolve mais uma coisinha, aí a enfermeira sempre vai ensinando... todo mês vai ter aquela consulta, então todo mês vai ter um negócio novo para a gente aprender, por isso que é bom fazer o CD (GRUPO 1)</i>
	<i>Eu venho para aprender o que pode dar a criança e o que não pode, qual tipo de comida que deve dar, o que não deve, o que a gente pode fazer para os nossos filhos... uma pessoa que sabe mais do que a gente... (GRUPO 2)</i>
Fazer multiprofissional	<i>É um conjunto, o pediatra para as necessidades mais urgentes, a enfermeira que é formada para isso... começa logo da gravidez para acompanhamento da mãe na gravidez, quando a gente vem já passa a ser o filho, então na verdade eu acho que é mais a enfermeira. Quando acontece algo mais sério é que entra o pediatra (GRUPO 2).</i>
	<i>A enfermeira e o médico (GRUPO 2).</i>
	<i>A enfermeira (GRUPO 2).</i>

Quadro temático 1 – Entendimento e o fazer multiprofissional sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças.

Fonte: Autoria própria (2014).

Entendimento das mães sobre o acompanhamento do CD da criança

Com relação ao entendimento das mães sobre o acompanhamento do CD da criança, observa-se que elas apresentam um conhecimento satisfatório a respeito da consulta periódica. Ações como medições antropométricas, alimentação em cada fase da infância, vacinação e vigilância do desenvolvimento da criança são referidas como próprias desse seguimento.

A partir das falas, percebe-se como as mães têm a compreensão de que a ida para as consultas pode trazer benefícios para os seus filhos, inclusive, uma delas, cita a importância do acompanhamento periódico para a redução da mortalidade infantil. Desse modo, a busca por uma saúde melhor para seus filhos foi referida como um dos motivos pela busca do serviço, tendo em vista que o comprometimento físico da criança acarreta sofrimento a ela e dor aos familiares.

A família, com destaque para o papel da mãe, torna-se grande viabilizadora para o cuidado integral e holístico na consulta do CD da criança. Por meio da avaliação periódica, as mães conseguem identificar precocemente problemas relacionados ao crescimento e ao desenvolvimento de seus filhos para que sejam estabelecidas condutas adequadas e em tempo oportuno (VASCONCELOS et al., 2010).

Essa forma de atenção à saúde da criança extrapola o objetivo de intervenção pautada na doença, fortalecendo, assim, o modelo de vigilância da saúde. Sob essa lógica de organização das ações e serviços, há a incorporação dos usuários como sujeitos das ações junto aos profissionais de saúde, o envolvimento dos determinantes sociais, a disposição dos serviços de acordo com a realidade local, envolvendo a intersetorialidade e a articulação das ações de promoção, de prevenção e de cura (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Ao compreender a essência do acompanhamento periódico, as mães começam a se envolver e a participar como protagonistas do cuidado prestado aos seus filhos. Fatores como a explicação clara do que está sendo realizado com a criança, o objetivo e a importância da continuidade do cuidado contribuem para a humanização do atendimento e para a autonomia do cuidador (FREIRE, 2004; LIMA et al., 2013).

O conceito de empoderamento do usuário tem fortes raízes em Paulo Freire (2014) e é definido como um processo pelo qual as pessoas adquirem o domínio sobre suas vidas, apreendendo o conhecimento para tomar decisões acerca de sua saúde. Como as crianças dependem de adultos para suprirem suas necessidades básicas, é imprescindível que eles se sintam preparados para assumir efetivamente tal responsabilidade. Usuários mais informados, envolvidos e responsabilizados (empoderados), interagem de forma mais eficaz com os

profissionais, tentando realizar ações que produzam resultados de saúde (TADDEO et al., 2012).

Um dos caminhos para o empoderamento do cuidador é por meio de um processo educativo iniciado desde o desejo dos pais em terem um filho, dando continuidade no pré-natal e estendendo-se ao longo da infância sobre os cuidados e o acompanhamento do CD da criança. Dessa forma, a educação em saúde deve fazer parte da rotina dos profissionais de saúde da ESF, seja ela de maneira individual ou coletiva.

A incorporação da educação em saúde às práticas da estratégia de saúde da família se mostra cada vez mais atual e necessária, principalmente quando essa ocorre a partir da troca de conhecimentos, estabelecendo mais do que um ensino e uma aprendizagem, ou seja, fomentando um ato de criar e transformar.

Sabe-se que as mães podem apresentar dificuldades em relação ao cuidado ao filho, em especial nos primeiros dias de vida, desencadeando momentos de incertezas e angústias, sobretudo se a criança apresentar comportamento diferenciado (VASCONCELOS et al., 2012). Desse modo, a consulta do acompanhamento do CD da criança funciona como um momento primordial para a educação em saúde, a fim de aprimorar o conhecimento delas acerca dos cuidados ao filho.

Além disso, a cada consulta, novas situações e novas dúvidas vão surgindo, o que torna o cotidiano também imprevisível, permitindo novas interações e construção de novas relações (RIBEIRO et al., 2014).

Portanto, as práticas profissionais de cuidado não devem se restringir a ações técnicas, mas devem ser expressas de forma atitudinal e relacional, contemplando elementos como a escuta ativa e a empatia (FREIRE, 2004). Dessa forma, o acompanhamento do CD da criança é também um espaço destinado ao apoio, discussão e compartilhamento, permitindo o fortalecimento de vínculos afetivos na relação e proporcionando um cuidado de si e do outro (RIBEIRO et al., 2014).

Corroborar-se, dessa maneira, a importância de constituir espaços efetivamente educativos, permeado por um processo dialógico e de reflexão crítica sobre a realidade, considerando o contexto em que as famílias estão inseridas, as suas condições demográficas, epidemiológicas, socioeconômicas, políticas e culturais. Para tanto, faz-se necessário que se tenha uma compreensão abrangente de educação em saúde, ou seja, que os profissionais envolvidos estejam fundamentados num modelo dialógico e emancipatório (FREIRE, 2004).

A concepção dialógica e problematizadora de Freire pode ampliar as fronteiras de atuação da Saúde da Família, com maior resolutividade das ações e melhor impacto dos

indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida. Considera-se que essa é uma dimensão de fundamental importância na produção de cuidados de saúde, no processo de construção do SUS (FERNANDES; BACKES, 2010).

Porém, constata-se que as respostas da maioria das mães demonstram uma conotação de educação bancária, em que os usuários são meros receptores de informações e vazios de conhecimento, enquanto que profissionais de saúde são os detentores do saber. Desse modo, costumam assumir uma posição de inferioridade em relação aos dominadores dos saberes científicos (FREIRE, 2014).

De acordo com Fernandes e Backer (2010), esse pensamento de que elas estão ali só para aprender ainda encontra-se fortemente arraigado na realidade local e isso impede que as atividades educativas sejam realizadas de uma forma mais dinâmica, dialógica e problematizadora. Além de funcionar como uma barreira para os próprios sujeitos na busca por possibilidades de se realizar o processo educativo como de real ensino e aprendizagem e, quem sabe, de criação e transformação.

Outro problema comum é a ideia de que a educação é apenas uma retificação de erros. Nesse caso, há uma forte tendência dos profissionais de querer ensinar ao outro aquilo que eles acreditam que não deva ser feito. A população habituada a essa prática adota basicamente duas posturas: insistem em demonstrar seus erros a fim de "finalmente aprender" ou "serem educados"; ou, amedrontados, omitem suas práticas em relação à saúde, a fim de não serem advertidos. Dessa maneira, estabelece-se entre profissional e população um processo vicioso de demonstrar e corrigir erros, baseado no medo (FREIRE, 2014).

Essas situações ocorrem, apesar das ações dos profissionais estarem tentando enveredar para uma assistência mais humanizada e horizontal. O processo de mudança das práticas de saúde passa por constante reflexão pessoal e coletiva a partir de questionamentos e de planejamento estratégico, resgate de valores, busca por conhecimentos, trabalho, emancipação ideológica e determinação profissional.

Outro fator a ser destacado consiste na utilização de outros espaços da comunidade para a realização das ações educativas, o que faz com que o profissional, de fato, penetre a realidade da comunidade. Além disso, tem-se buscado parcerias com outros órgãos e instituições da comunidade, o que denota o caráter intersetorial do trabalho educativo dos profissionais da ESF, em especial o enfermeiro. Isso vai ao encontro das premissas da abordagem holística e cooperativa proposta pelo campo da Saúde Coletiva e presente nas acepções de promoção da saúde que norteiam as práticas desse campo (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009).

Portanto, a partir do que foi discutido, observa-se que a compreensão das mães a respeito do acompanhamento do CD da criança e a sua interação com a equipe da ESF podem funcionar como importantes fios condutores para se conseguir significativos avanços na promoção da saúde. Porém, tendo a consciência de que o modelo biomédico ainda encontra-se muito consolidado nas práticas de saúde e na cultura da sociedade, as mudanças vão acontecendo de forma lenta e processual.

Fazer multiprofissional

Quando questionadas sobre quais profissionais realizam o acompanhamento do CD da criança, a enfermeira foi a mais lembrada, em compensação, o dentista e os ACS não foram citados. Porém, há a compreensão de uma das mães de que o acompanhamento é realizado por um conjunto de profissionais.

A dificuldade de identificar essa ação como responsabilidade de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, pode estar relacionada à fragmentação do cuidado ainda presente nas práticas de saúde, em que cada um se preocupa em cumprir suas atribuições, sem haver um diálogo entre os profissionais.

Isso demonstra como o modelo biomédico ainda está fortemente enraizado no processo de trabalho dos serviços de saúde, por meio das intervenções desagregadas, medicalização excessiva e consultas individuais, centradas na doença e pautadas nas queixas. Apesar de já existirem esforços para tentar mudar essa realidade e aproximar os conhecimentos.

Na verdade, esse estudo parte do entendimento da coexistência de modelos de atenção à saúde e não da substituição total do modelo hegemônico pelo modelo da vigilância da saúde. Dessa forma, é preciso analisar cada situação para identificar qual deles irá atender de forma mais eficaz as necessidades de saúde da população.

De acordo com Lima et al. (2013), o profissional que oferece mais atendimentos destinados à criança na unidade saúde da família é o enfermeiro. A assistência de enfermagem no acompanhamento do CD da criança é fortalecida pelo bom relacionamento entre enfermeiro e mãe/família percebido nas falas dos participantes e pela postura comprometida na realização adequada da consulta de enfermagem, com atenção especial às ações de promoção à saúde.

Quando os cuidadores estabelecem uma relação de confiança e criam elos com os profissionais que realizam o acompanhamento do CD da criança, eles não só aderem melhor às orientações, como também buscam com maior frequência o serviço (VASCONCELOS et al., 2010).

É no cotidiano prazeroso, envolto por demonstração de afeto e respeito, que a consulta de acompanhamento do CD acontece. O vínculo entre o profissional, a criança e a família torna as ações de saúde mais eficazes e auxilia na participação dos mesmos no processo de cuidar da criança (RIBEIRO et al., 2014).

De acordo com pesquisa de avaliação da satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde, conhecer as crianças atendidas e os problemas enfrentados pelas famílias aumenta o grau de satisfação com relação à assistência prestada pelos profissionais de saúde, especialmente o médico e o enfermeiro (MODES; GAÍVA, 2013).

Para Merhy (2007), ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

O acolhimento e o vínculo são ferramentas fundamentais para o cuidado integral à saúde da criança, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população. No que tange a integralidade, verificou-se que as dimensões da Atenção Primária, tais como: promoção da saúde, prevenção de agravos, avaliação de risco e vulnerabilidade das mães e bebês, estão sendo realizadas pelos enfermeiros no cotidiano assistencial das unidades básicas de saúde (SOUZA et al., 2013).

Porém, a integralidade conforme preconiza o SUS não é responsabilidade de apenas um profissional ou serviço de saúde, mas tem como princípios: o trabalho em rede, a escuta às necessidades das pessoas, a adoção de medidas resolutivas e o vínculo com responsabilidade social com a população (SOUZA et al., 2013).

Portanto, esse conceito é caracterizado pelo modo de encontro e preparo dos profissionais para uma aproximação com a família por meio do trabalho em equipe e de práticas intersetoriais, aliando ao saber técnico as tecnologias relacionais e subjetivas.

Apesar da maioria das mães compreenderem a importância do acompanhamento do CD da criança e suas implicações para a promoção da saúde de seus filhos, ainda há um alto absenteísmo nas consultas periódicas. Desse modo, identificar as principais dificuldades e os motivos que levam as mães a não participarem regularmente foi o objetivo do segundo questionamento e, a partir das respostas, foram obtidos os seguintes temas geradores:

TEMAS GERADORES	RESPOSTAS
Barreiras/dificuldades para o acompanhamento	<i>Eu não venho porque eu acho chato ficar até altas</i>

periódico do CD da criança	<i>horas esperando o carro (de volta para casa) (GRUPO 1)</i>
	<i>O carro pra vir tem, mas a hora de voltar é que demora (GRUPO 1).</i>
	<i>Porque a gente não tem só esse, a gente sempre tem mais alguns. Eu tenho quatro, para eu vim para cá agora, eu deixei um na escola e os outros dois com a minha mãe. E quando ela não está? Às vezes eu não venho por isso. Mas eu sei que é importante vim, é muito importante (GRUPO 1).</i>
	<i>Eu venho, mas a mulher não marca direito. Já me deu vontade de desistir (GRUPO 2).</i>
	<i>Eu sou sincera, às vezes eu não venho porque eu não quero. Aí eu resolvo os problemas do meu menino em casa mesmo (GRUPO 1).</i>

Quadro temático 2 – Barreiras e dificuldades para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Fonte: Autoria própria (2014).

Barreiras/dificuldades para o acompanhamento periódico do CD da criança

A adesão das mães às consultas agendadas do CD da criança é entendida como uma atividade preventiva em saúde. Nesse sentido, a sua participação nessas ações está pautada na premissa de que a criança está vulnerável a doenças ou intercorrências e que, ao comparecerem regularmente às consultas, terão oportunidade de conhecer os riscos que seus filhos poderão estar expostos. Conseqüentemente, a pouca participação poderá comprometer a atenção à saúde da criança nos âmbitos preventivo, promocional e curativo.

Segundo os relatos das mães, o principal fator para a descontinuidade do acompanhamento do CD da criança esteve relacionado ao acesso à unidade de saúde, ou seja, ao deslocamento até a unidade e o retorno para suas respectivas casas.

O acesso à saúde envolve múltiplos aspectos, tais como: a acessibilidade geográfica, que inclui o adequado planejamento da localização dos serviços de saúde, considerando a distância, o tempo necessário para acessá-los e os meios de transporte; a acessibilidade econômica, tendo em vista que ela abrange a remoção de barreiras derivadas do sistema ou da contribuição financeira pelo usuário, devendo estar ao seu alcance; a acessibilidade cultural, a qual se refere à adequação de normas e técnicas aos hábitos e costumes da população; e a acessibilidade funcional, que compreende a oferta de serviços oportunos e adequados às necessidades da população (FEKETE, 1997).

As zonas rurais geralmente são marcadas por grandes extensões de terras localizadas em áreas mais afastadas dos centros urbanos, onde está concentrada a maioria dos serviços. Frequentemente, como agravante, essas zonas estão situadas longe das unidades de saúde, com acesso sem pavimentação e com população com poucos meios de locomoção.

Em Parazinho, apesar de haver um ônibus e dois carros para o deslocamento dos usuários das áreas rurais, o transporte tem gerado insatisfações entre as mães, sobretudo, no retorno para casa. Longas horas de espera entre o atendimento e a volta para casa são referidas como inconvenientes para as idas às consultas do acompanhamento do CD da criança.

Ter mais de um filho também pode interferir na frequência das consultas da criança, como relata uma participante, já que muitas vezes, por não ter com quem deixar os outros filhos, prefere não ir às consultas.

Quanto à acessibilidade funcional, uma das mães expõe a dificuldade para o agendamento das consultas. Quando há uma deficiência na forma do atendimento à mãe na marcação da consulta da criança, também pode gerar desestímulo para o comparecimento regular ao acompanhamento do CD da criança, conforme calendário do serviço (XIMENES NETO et al., 2010).

Esses fatores têm contribuído para que elas não se sintam motivadas para comparecerem à unidade de saúde, por mais que a maioria entenda a importância da continuidade do cuidado. Como demonstra uma das mães ao dizer que prefere resolver o problema do filho em casa.

De acordo com Mendes (1999), o acesso aos serviços de saúde concretiza-se em função de quatro variáveis: o custo de oportunidade de utilização dos serviços de saúde; a severidade da condição de saúde que gera a necessidade da busca pelos serviços; a efetividade esperada dos serviços de saúde, incluindo o acolhimento, a concretização do atendimento pretendido e a continuidade do cuidado e a distância dos serviços de saúde.

Dessa forma, percebe-se que as melhorias na acessibilidade requerem intervenções dos profissionais da ESF por meio de adequações no processo de trabalho, mas também, mediante ações intersetoriais, algumas das quais que extrapolam as responsabilidades de âmbito municipal.

Levando em conta, que várias dificuldades apontadas (as más condições das estradas de acesso ao meio rural, a distância, a escassez de transporte para a locomoção da equipe de saúde e de usuários das localidades rurais), referem-se às demandas de responsabilidade governamental, as quais por vezes transcendem o âmbito e o orçamento municipal, e que várias delas assumem natureza intersetorial, a resolução das mesmas esbarra em aspectos e em procedimentos de natureza política (NASCIMENTO, 2010).

Vale destacar, no entanto, que as análises e as alternativas de soluções para o problema do acesso não se restringem aos aspectos geográficos e territoriais, mas, sobretudo, abrangem

aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta dos serviços, envolvendo questões relativas ao acolhimento e à qualidade dos serviços prestados.

Para identificar as possíveis soluções para o problema do absenteísmo entre as crianças menores de 2 anos, foi questionado às mães as estratégias para melhorar a frequência nas consultas do CD da criança, sendo obtidas as seguintes respostas:

TEMAS GERADORES	RESPOSTAS
Estratégias/propostas para melhorar a participação no acompanhamento do CD das suas crianças	<i>(...) se a enfermeira fosse até as comunidades seria uma boa opção (GRUPO 1).</i>
	<i>Uma alternativa poderia ser criar um líder em cada comunidade e definir um dia com a enfermeira para ela ir fazer a consulta da criança lá, assim ela atingiria mais pessoas (GRUPO 1).</i>
	<i>Se não tiver como a enfermeira ir, poderia reunir todas as mães ir mandar um carro para buscar todo mundo junto. Colocaria todos os CDs no mesmo dia. Faria as localidades mais próximas tudo no mesmo dia e mandaria um carro (GRUPO 2).</i>
	<i>Ter um carro próprio para pegar e deixar a gente (GRUPO 1).</i>

Quadro temático 3 – Sugestões maternas para melhorar a participação no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Fonte: Autoria própria (2014).

Estratégias/propostas para melhorar a participação

Praticamente duas sugestões foram apontadas pelas mães para tentar diminuir o absenteísmo às consultas do acompanhamento do CD da criança, quais sejam: a ida dos profissionais da ESF para realizar essa atividade nas localidades rurais ou ter um transporte exclusivo para trazer as mães e as crianças nos dias das consultas.

Ambas alternativas poderiam amenizar o problema do acesso aos serviços de saúde, porém é preciso analisar de forma crítica e realista a viabilidade de cada uma. Daí a importância de um planejamento bem elaborado, como também a participação e o comprometimento de diferentes atores.

5.4 PLANEJAMENTO DAS AÇÕES DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA NO CD ITINERANTE

Diante do que foi discutido com as mães na etapa do diagnóstico situacional, percebe-se que o problema do acesso aos serviços de saúde, sobretudo para a população da zona rural do município de Parazinho, tem se destacado como um importante fator para a baixa assiduidade das crianças às consultas do acompanhamento do CD.

Dessa forma, foi pensado como proposta a ser implementada o **acompanhamento do CD itinerante da criança**, que consiste no deslocamento da equipe da ESF até as comunidades rurais para realizar o acompanhamento do CD *in loco*. Com isso, espera-se melhorar a cobertura do acompanhamento do CD, aumentando o número de consultas das crianças menores de dois anos e estendendo para as crianças até cinco anos; conhecer de maneira mais aprofundada as condições de vida de cada família; reduzir os gastos com o deslocamento dos usuários até a unidade de saúde; ser mais conveniente para as mães com mais de um filho e diminuir o tempo de espera. Para isso, foi realizada uma oficina de planejamento com os ACS para definir as estratégias de busca ativa das crianças menores de dois anos e planejar as visitas de reconhecimento das áreas.

Uma reunião foi marcada com a gestão do município, em que estavam presentes o prefeito, a secretária de saúde, o secretário de administração e o secretário de transportes, pois parte-se da premissa de que para a construção de uma vida saudável é necessária a responsabilização de todos os setores do governo, atuando numa perspectiva intersetorial. Na ocasião, foi apresentada a proposta e discutidas entre os presentes as estratégias para tornar a ideia viável. Ao final, ficou acordado que a gestão disponibilizaria um carro uma vez por semana para o deslocamento dos profissionais.

Uma mudança no cronograma dos atendimentos da equipe da ESF teve que ser realizada para contemplar as localidades por essa intervenção e não deixar nenhuma área descoberta. Ficou acertado que o acompanhamento do CD itinerante aconteceria nas quintas-feiras, em que a equipe, incluindo enfermeira, médico, técnico de enfermagem e ACS da respectiva área, iria para uma comunidade pela manhã e outra à tarde, conforme Quadro 3. Priorizou-se as localidades onde havia maior concentração de famílias, dificuldade de acesso e com um local disponível. Desse modo, as comunidades incluídas nesses critérios foram: Assentamento Santa Luiza, Associação Alívio, Povoado 1º de Junho, Povoados do Limão e Limoeiro, Povoado Lagoa e Quixabeira.

Horário	1ª quinta-feira do mês	2ª quinta-feira do mês	3ª quinta-feira do mês	4ª quinta-feira do mês
Manhã	-	Assentamento Santa Luiza	Povoado 1º de Junho	-
Tarde	Povoados Limão e Limoeiro	Associação Alívio	Quixabeira	Povoado Lagoa

Quadro 3 – Programação mensal do acompanhamento do CD itinerante.

Fonte: Autoria própria (2014).

Os pontos de apoio para os atendimentos e as reuniões grupais foram as igrejas evangélicas e católicas, casas de associações dos assentamentos rurais, residências de moradores, providenciados pelos ACS ou pela enfermeira. A comunidade ajudou na limpeza, na divulgação e disponibilizando alguns materiais como: mesa, cadeira e ventilador.

No planejamento da estratégia foram definidas as ações que seriam desenvolvidas pelos cuidadores e pela enfermeira, os registros dos dados levantados (prontuário e caderneta de saúde da criança) e a participação dos outros profissionais de saúde.

A participação dos sujeitos envolvidos no CD Itinerante, destacando algumas atividades desenvolvidas por cada categoria profissional, incluiu:

a) Enfermeira:

- Realização da consulta do CD das crianças.
- Encaminhamento para o médico das crianças com problemas de saúde que estavam além de suas competências.
- Atuação como facilitadora nas rodas de conversas com as mães sobre assuntos relevantes para promoção da saúde na primeira infância.

b) Técnica de enfermagem:

- Conferência dos materiais necessários para a realização dos atendimentos nas comunidades, conforme *checklist* (Apêndice D).
- Auxílio na pesagem, medição e entrega de medicações.

c) Médico:

- Realização do atendimento médico à demanda espontânea de diferentes faixas etárias.
- Atendimento das crianças com queixas encaminhadas pela enfermeira.

d) ACS:

- Providências sobre o local para os atendimentos.
- Atuação como elo entre equipe e usuários, na divulgação do dia da consulta e na organização da sala de espera.

A maneira como foi conduzido o CD Itinerante dependeu do número de crianças e das condições do local, podendo ser realizado de forma individual ou coletiva. Os critérios para a realização do CD individual foram: o comparecimento de uma a quatro crianças e a existência de um local pequeno. Enquanto que para o CD coletivo foi considerado o comparecimento superior a cinco crianças. Porém, no início ou no final dos atendimentos, tinha uma roda de conversa com os cuidadores sobre assuntos relevantes para a promoção da saúde da criança.

O CD da criança individual seguiu a forma tradicional proposta pelo Ministério da Saúde que compreende: a avaliação integral à saúde da criança (zero a seis anos) com o

registro no Cartão da Criança do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança com relação à alimentação, higiene, vacinação e estimulação. Além da identificação de riscos e de problemas de saúde para intervenções em tempo oportuno e estreitamento do vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, favorecendo as ações de promoção da saúde (BRASIL, 2012).

Enquanto que o CD coletivo também abrange as ações contempladas na consulta individual, porém diferencia-se por ser uma atividade grupal, em que os cuidadores participam ativamente trocando experiências e vivências com outras mães, além de realizarem o exame físico das crianças sob a orientação da enfermeira (MONTEIRO et al., 2011).

O roteiro para o acompanhamento coletivo do crescimento e desenvolvimento da criança consistiu basicamente nas seguintes etapas: 1) Acolhimento no local onde foi realizada a atividade; 2) Apresentação breve da proposta do CD coletivo; 3) Preenchimento do quadro com os padrões fisiológicos da criança e discussão dos achados clínicos; 4) Verificação do peso, comprimento e perímetro cefálico pelas mães/cuidadoras, em seguida o preenchimento no cartão da criança; 5) Visualização do quadro vacinal e discussão; 6) Avaliação do desenvolvimento infantil e discussão; 7) Marcação do retorno no cartão da criança e no livro da enfermeira; 8) Finalização do encontro grupal; 9) Aplicação da ficha de avaliação do acompanhamento; 10) Atendimento individual, se necessário; 11) Evolução resumida no prontuário (MACEDO, 2010).

Ao ser identificado algum problema de saúde que a enfermeira não podia solucionar, a criança era encaminhada para o atendimento médico no mesmo dia.

Os materiais utilizados para o acompanhamento do CD itinerante foram: régua antropométrica, fita métrica, estetoscópio, balança, termômetro, lanterna, brinquedos, colchonete infantil, manta de tecido e ficha individual do prontuário.

Desse modo, as discussões sobre a implementação do acompanhamento do CD Itinerante abordaram as características da estratégia, o espaço físico, a definição do cronograma e do orçamento.

5.5 IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DO ACOMPANHAMENTO DO CD ITINERANTE: AOS TRANCOS E BARRANCOS

A descrição da implementação do acompanhamento do CD itinerante foi extraída das anotações do diário de campo, instrumento de autorrelato usado para examinar experiências correntes (BOLGER et al., 2003).

Foram convidadas para participar todas as mães de crianças menores de cinco anos, desde que não estivessem na escola, independentemente de terem participado do diagnóstico situacional.

Anteriormente a ida da equipe às comunidades rurais, eram confirmados os locais dos atendimentos e o horário aos ACS para que eles pudessem avisar às famílias. Como também, providenciado o transporte pela enfermeira para o deslocamento dos profissionais.

No dia anterior, a técnica de enfermagem separava os materiais necessários para a realização do CD Itinerante e dos atendimentos médicos nas zonas rurais para no dia, antes da saída, serem conferidos mediante *checklist*.

O ponto de encontro dos profissionais era na Secretaria de Saúde, de onde pegavam o transporte para irem até as comunidades. Chegando lá, cada profissional se dividia e organizava o seu local de trabalho.

Antes de iniciar as atividades programadas, os profissionais se apresentavam e explicavam o objetivo dessa nova proposta, o fluxo e os tipos de atendimentos realizados naquele local e as mudanças nos dias de atendimentos na unidade de saúde. Em seguida, abria para os usuários tirarem alguma dúvida. Após o encerramento das atividades, dependendo da hora, eram realizadas visitas domiciliárias aos usuários acamados ou com dificuldade de locomoção.

Com a realização dos primeiros atendimentos, percebeu-se a necessidade da presença de uma pessoa do arquivo para fazer a ficha individual/prontuário dos usuários e ajudar na organização da ordem das pessoas para o médico. Dessa forma, a arquivista foi incluída na equipe itinerante.

A seguir, será descrito o processo de implementação do acompanhamento do CD itinerante das sete comunidades rurais durante o período de dois meses, sendo possível, portanto, a realização de duas visitas em cada uma delas. Vale ressaltar que a implementação foi iniciada na segunda semana do mês de setembro de 2014.

Assentamento Santa Luiza

1ª Visita

Nesse dia, ocorreu um imprevisto ocasionado pela ausência do transporte que ficou acordado com a gestão para o deslocamento dos profissionais. A solução encontrada entre a

equipe para não desmarcar a atividade foi dividir os custos do combustível e utilizar o carro do ACS para o deslocamento, e assim foi feito.

Os atendimentos foram realizados na casa da associação dos moradores de Santa Luiza. O CD Itinerante foi conduzido pela enfermeira e contou com a participação de cinco crianças menores de dois anos e seis crianças entre dois e cinco anos. Dessa forma, em virtude de existirem cuidados próprios para cada faixa etária e o número de crianças, optou-se por dividir em dois grupos, o primeiro com as crianças menores de dois anos e o segundo, com as demais.

Os dois grupos seguiram os passos do acompanhamento do CD coletivo proposto por Macedo (2010). Inicialmente, no grupo das crianças menores, foi discutido com as mães acerca da importância das consultas periódicas, das vacinas, da alimentação saudável e como estimular o desenvolvimento da criança. Em seguida, as mães participaram ativamente na realização do exame físico e na avaliação do peso, da altura e do perímetro cefálico. Duas crianças foram encaminhadas para a consulta médica com sintomas de infecção respiratória aguda (IRA), sendo atendidas e medicadas no mesmo dia.

No outro grupo, foi discutido com as mães e as crianças sobre as verminoses e a importância da lavagem das mãos antes das refeições, dando continuidade com a realização do exame físico e com a avaliação antropométrica.

Ao final, foram registradas nos prontuários e nos cartões de saúde das crianças as principais informações de forma resumida.

Apesar do contratempo do transporte e o local não ter sido antecipadamente preparado, nesse dia, o atendimento na comunidade ocorreu com êxito e foi bem aceito pela população. Algumas pessoas relataram que nem todos foram avisados, sendo esse o motivo do não comparecimento no horário das atividades.

2ª Visita

Na segunda visita, os moradores também se envolveram na organização do local e o problema do transporte já havia sido regularizado.

Dessa vez vieram apenas três crianças menores de dois anos, sendo realizado o atendimento individual. Uma das crianças estava com IRA na consulta anterior e após o tratamento já foi observado melhora. As mães aproveitaram esse momento também para tirarem dúvidas sobre elas, agendarem a consulta puerperal e solicitarem exames. Assim, percebe-se que não há como separar o binômio mãe-filho na consulta do acompanhamento do CD, portanto, as práticas dos profissionais precisam integrar a criança e a sua família.

Tal atitude no cotidiano dos profissionais de saúde denota um atendimento humanizado, que pode refletir em maior assiduidade da mãe ou do cuidador no comparecimento às consultas mensais agendadas (RIBEIRO et al., 2014).

Associação Alívio

1ª Visita

À tarde, ainda não havia sido solucionado o problema do transporte e a opção foi ir no carro da enfermeira. A casa da associação de moradores serviu de ponto de apoio para a atividade.

Compareceu à consulta do CD, apenas uma criança de quatro meses, portanto, foi conversado sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, retiradas dúvidas com relação à higiene corporal, realizada a avaliação antropométrica e registrado no cartão da criança.

2ª Visita

Na segunda visita à essa comunidade, o número de crianças aumentou para três menores de um ano. Vale destacar que dentre elas, uma de um mês não havia feito nenhuma consulta do CD e nem realizado o teste do pezinho e outra com sete meses não tinha nenhum registro de consultas no cartão da criança e nem certidão de nascimento.

Após a realização do CD, foi agendada para o dia seguinte a triagem neonatal para a criança de um mês e a outra foi encaminhada ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para regularizar o registro da criança.

Esses casos refletem como certas situações têm passado despercebidas diante dos profissionais e que é necessária uma atuação conjunta, intersetorial e multidisciplinar na resolução dos problemas complexos na atenção primária à saúde. Nesse sentido, é importante destacar a relevância desse trabalho na captação das crianças faltosas e na resolução dos problemas complexos (MORIN, 2000).

Povoado 1º de Junho

1º Visita

Na primeira visita, o problema do transporte persistiu e novamente teve que ser utilizado o carro da enfermeira. Nessa localidade, o ponto de apoio foi a igreja evangélica, situada no meio do povoado e de fácil acesso aos usuários.

Participou do CD Itinerante um total de mães com seis crianças, das quais uma menor de dois anos e cinco crianças entre seis e nove anos. Com a criança menor, foi realizado o CD

individual, enquanto que com as maiores, além da avaliação antropométrica, foi feita uma atividade educativa sobre saúde bucal.

Das crianças avaliadas, a criança menor estava acima do peso, enquanto que três das maiores estavam abaixo do peso. Todas foram encaminhadas para avaliação e orientação nutricional.

2ª Visita

Na segunda visita, foi feito um grande CD coletivo com a presença de 11 mães de crianças. A discussão na roda de conversa foi iniciada pela enfermeira sobre os sinais gerais de perigo, para que as mães ao identificarem alguns desses sinais possam procurar imediatamente a unidade de saúde.

Como boa parte do povoado ainda não é asfaltado e Parazinho é uma cidade com ventos fortes, a poeira nas casas é muito grande, conseqüentemente, há um elevado número de crianças com IRAs. Nesse sentido, foi discutido sobre a melhor maneira de fazer a limpeza da casa, o que fazer em caso de febre, inalação com folha de eucalipto, entre outras condutas.

Foi levantado questionamento por uma das mães sobre a fimose fisiológica, e, por outra, sobre o fato do sulfato ferroso ter “estragado” o dente da criança. Os temas foram debatidos na grande roda de conversa.

A enfermeira conversou também sobre a catapora, em virtude do surgimento de casos no município. A maioria das mães conheciam os sinais e sintomas característicos da catapora, pois haviam tido na infância, porém, desconheciam a forma de transmissão da doença.

Portanto, percebe-se que as discussões estavam baseadas na realidade vivenciada pelas mães daquela localidade e que, nesse segundo momento, as mães participaram mais ativamente colocando suas experiências e aproveitando para tirarem suas dúvidas.

Como haviam muitas crianças e somente um kit para avaliação antropométrica, a enfermeira fez a medição da estatura, aferição do peso e perímetro cefálico, enquanto a mãe registrava no cartão da criança. Além disso, avaliava as vacinas, fazia um breve exame físico da criança e discutia os achados com cada mãe. Três crianças foram encaminhadas para a consulta médica com sinais e sintomas de IRA.

Povoado de Quixabeira

1ª Visita

A equipe se deslocou até a comunidade, mas como o ACS não providenciou o local, os atendimentos foram cancelados. Contudo, a enfermeira foi junto com a técnica de

enfermagem e o ACS até a casa de uma criança que já estava com sete meses e não tinha nenhuma consulta de CD realizada.

A mãe relatou não ter comparecido às consultas devido a não ter com quem deixar o avô do marido, um idoso deficiente visual e acamado o qual fica sob seus cuidados, e o outro filho de quatro anos. Nesse caso, foi feito o CD individual no domicílio das duas crianças e a visita domiciliar ao idoso.

2ª Visita

A segunda visita aconteceu na igreja católica, nesse dia o ACS não pôde comparecer, pois estava em uma reunião com a coordenação da atenção básica.

Participou do acompanhamento de rotina somente uma criança de quatro meses, sendo realizado o CD individual. A criança seguia sem queixas e apresentava-se com o crescimento e desenvolvimento adequado para a idade. Na ocasião, foi reforçada a importância do aleitamento materno exclusivo e a vacinação para a prevenção das doenças imunopreveníveis.

Povoado Lagoa

1ª Visita

O local de apoio foi a casa de um usuário. Como não havia ninguém morando, a residência estava vazia e foi preciso pedir emprestado com outros moradores, mesas e cadeiras.

A procura pelo serviço foi pequena, tanto para o médico, quanto para a enfermeira, sendo possível realizar o atendimento multiprofissional. O médico e a enfermeira fizeram juntos, na mesma sala, o acompanhamento individual de três crianças menores de dois anos, em que cada uma passou pela avaliação antropométrica. Nesse mesmo momento, foi dialogado com as mães acerca dos cuidados próprios para a promoção da saúde da criança. Uma delas apresentava uma hérnia umbilical, sendo encaminhada para avaliação com cirurgião pediatria.

Para que o nível básico de atenção à saúde seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental o funcionamento da rede de atenção à saúde. Porém, ainda tem sido um desafio garantir agilidade do sistema no encaminhamento para serviços de maior complexidade (VILLELA et al., 2009).

2ª Visita

O atendimento mudou para outra residência com um pouco mais de estrutura. Participaram do CD Itinerante sete crianças, sendo dois menores de dois anos e cinco crianças entre dois e cinco anos. Todas elas passaram pela avaliação antropométrica e junto com suas

cuidadoras participaram de uma roda de conversa sobre as informações contidas na caderneta de saúde da criança.

Apesar de o Povoado Lagoa ser uma das comunidades com maior número de crianças menores de dois anos, observa-se que as mães continuaram faltando. Acontecia de no dia em que os profissionais iam para a localidade, as mães não estavam em casa.

A providência adotada, após essa constatação, foi conversar com o ACS para avisar com antecedência à comunidade os dias de atendimento e promover um diálogo com os usuários, lembrando-os da responsabilidade com o compromisso reivindicado por eles próprios (ida dos profissionais à comunidade).

Povoados de Limão e Limoeiro

1ª Visita

Como os dois povoados são bem próximos um do outro, optou-se por juntar os atendimentos para os mesmos dias e local. Para essas localidades, o ponto de apoio foi a igreja evangélica. Como a técnica de enfermagem não pôde comparecer, por estar em uma reunião, a enfermeira e a agente de saúde tiveram que fazer a ficha individual, a triagem e a entrega das medicações, atrasando o início do CD das crianças com a enfermeira.

Compareceram para a atividade 16 mães de crianças de zero a sete anos, sendo realizada a consulta com o médico e o CD coletivo com a enfermeira. Optou-se por realizar dessa forma, pois devido à disponibilidade para o atendimento médico, as mães preferiram ir para esse profissional. Porém, após a consulta, eram convidadas para participar do CD com a enfermeira.

Diante dessa postura, percebe-se que os usuários ainda tendem a supervalorizar o atendimento médico, fazendo com que os outros profissionais não médicos sintam-se menos reconhecidos (VILLELA et al., 2009).

Além do mais, ao desenvolver educação em saúde, tanto no contexto individual quanto no coletivo, os enfermeiros que atuam na ESF se deparam com barreiras, dentre as quais a principal é a resistência às mudanças e a aceitação ao novo modelo assistencial (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Mesmo assim, a maioria das mães ficou para a discussão, em que foram abordadas considerações sobre verminoses, alimentação saudável, sinais gerais de perigo, cansaço e febre, temáticas pautadas nas necessidades e em problemas reais das crianças da comunidade. Como em outros grupos, umas mães interagiram mais do que outras. Na avaliação antropométrica, elas ficaram comparando os achados das crianças.

A superação do modelo tradicional nas práticas educativas para a prevenção de doenças e promoção da saúde exige processualidade. Da mesma maneira que o produto do trabalho educativo será concreto apenas em longo prazo. Portanto, os profissionais precisam ter uma linha de trabalho bem clara para que não caiam no conformismo e não desistam na primeira dificuldade.

2ª Visita

Na segunda ida ao povoado, o ponto de apoio continuou o mesmo. A procura pelo serviço aumentou, porém, em compensação, as mães continuaram pegando ficha para a consulta médica.

Essa atitude reflete que as mães ainda confiam mais na figura do médico para a identificação e resolução dos problemas de saúde, muitas vezes até, por desconhecerem o vasto campo de atuação dos outros profissionais da equipe de saúde.

Portanto, a partir da contextualização de como ocorreu a implementação do acompanhamento do CD itinerante nas comunidades rurais, percebe-se que, apesar dos entraves na sua operacionalização, a estratégia buscou contribuir com a melhoria do acesso à saúde da população rural e ampliar as ações de promoção da saúde da criança, fortalecendo o vínculo entre a família e os profissionais.

5.6 AVALIAÇÃO DA AÇÃO

Para identificar os avanços alcançados com a implementação do acompanhamento do CD itinerante das crianças, partiu-se para o processo de avaliação da ação na visão das mães participantes da pesquisa.

A avaliação das ações e dos serviços de saúde, subsidiada pela percepção dos usuários, vem sendo considerada um instrumento significativo do trabalho gerencial à medida que possibilita aos gestores e profissionais repensarem o atendimento oferecido à determinada população (MODES; GAÍVA, 2013).

Dessa forma, ao término de cada encontro, seja no atendimento individual ou no coletivo, era questionado às mães como elas avaliavam o acompanhamento do CD fora da unidade de saúde, a fim de identificar os aspectos facilitadores e dificultadores. Algumas das respostas podem ser visualizadas no Quadro temático 3.

TEMAS GERADORES	RESPOSTAS
Acessibilidade	<i>Agora melhorou bastante porque vocês estão vindo atender aqui, e não precisamos ir até Parazinho. Antes a</i>

	<p><i>gente passava um tempão esperando, era uma dificuldade muito grande, tanto para ir quanto para voltar, principalmente para casa. Às vezes vínhamos no ônibus dos alunos, às vezes não, e ficávamos esperando por muito tempo, uma hora mais ou menos (Alívio).</i></p> <p><i>Achei melhor aqui também, pelo menos é mais perto, e a gente deixa para ir lá só quando for uma urgência (Santa Luíza).</i></p> <p><i>Eu gostei de ser aqui, melhor que lá, a gente está praticamente em casa, e quando termina vamos para casa. Lá em Parazinho quando terminava, cadê o transporte para voltar? (Limão e Limoeiro)</i></p> <p><i>Eu acho melhor. Porque às vezes a gente sai, não tem como ir para a consulta de manhã, e quando vai à tarde, é muito calor para a criança. Então estando aqui, está perto da casa (1º de junho)</i></p>
Acolhimento	<p><i>Lá vai direto para sala, não fazia nada, só fazia perguntar e olhar as crianças, e se respondesse que estava tudo certo, não procurava mais investigar. E aqui brincou com as crianças, procurou saber mais da saúde das mesmas (Alívio)</i></p> <p><i>Se tem algum problema vocês veem e escutam mais, o que estamos precisando (Alívio)</i></p> <p><i>Todo mundo fica junto, aqui todo mundo fala o que o filho sente na frente de todo mundo, não tem esse 'negoço' de estar escondendo, porque é uma coisa só aqui (Limão e Limoeiro).</i></p>
Insatisfações	<p><i>Aqui não tem privacidade para a gente conversar alguns problemas da gente e da criança. Lá a enfermeira tira toda a roupa dele (Alívio).</i></p> <p><i>Por uma parte eu acho melhor lá e por outra aqui. Porque na unidade tem todos os equipamentos, tem a cama... E aqui porque fica próximo de casa (Lagoa).</i></p>

Quadro temático 4 – Avaliação materna sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento itinerante da criança.

Fonte: Autoria própria (2014).

Acessibilidade

A proposta do acompanhamento do CD itinerante da criança buscou atuar, sobretudo, na perspectiva da inclusão da população rural às ações de saúde, tendo a atenção primária como a principal porta de entrada do SUS.

Portanto, partiu do entendimento do acesso como o direito de qualquer cidadão poder chegar a um serviço de saúde e ter uma resposta desse ao seu problema (MERHY, 2007). Dessa forma, as falas das mães trazem elementos para a análise da acessibilidade quanto às dimensões geográfica, organizacional, econômica e sociocultural.

A dimensão geográfica do acesso envolve a distância percorrida pelos usuários até a obtenção dos cuidados de saúde, englobando a distância linear, o tempo de locomoção e os custos relacionados ao deslocamento (FEKETE, 1997).

A ida da equipe da ESF para as comunidades rurais contribuiu para a redução da distância das residências dos usuários às ações de saúde na atenção primária, uma vez que os

pontos de apoio eram situados em locais estratégicos, sendo possível ir caminhando. Consequentemente, não tendo que depender do transporte público, fator de grande insatisfação das mães. O deslocamento à pé é a forma mais prática e também a mais econômica.

Nas áreas urbanas, o acesso geográfico dificilmente se constitui em dificuldade para os usuários utilizarem os serviços que necessitam, seja para promoção, prevenção ou para restaurar a saúde/a vida. Os principais descontentamentos estão relacionados, nesses casos, à acessibilidade funcional, também chamada de organizacional (CARVALHO et al., 2014; SCHWARTZ et al., 2010).

A dimensão organizacional abrange os aspectos de funcionamento dos serviços que interferem na relação usuário x serviços, tendo em vista a plena utilização, como horários de funcionamento das unidades e o tempo de espera para o atendimento (CUNHA; VIEIRA-DASILVA, 2010).

Nesse sentido, a nova estratégia proporcionou a garantia do acompanhamento do CD da criança com a enfermeira e com o médico pelo menos uma vez ao mês de maneira agendada. Isto é, não era necessário que as mães ficassem em filas para conseguir o atendimento para os seus filhos.

Pelo fato da ação itinerante ter sido dividida por localidade rural, houve uma melhor organização da demanda, diminuindo o tempo de espera para a concretização do atendimento à criança.

Em estudo sobre acessibilidade em unidades de saúde, problemas relacionados ao acesso são referidos pelos usuários como os principais fatores dificultadores da assistência, sendo os relativos ao acesso funcional os mais citados. Entre as dificuldades de acesso funcional, o tempo de espera prolongado pelo atendimento foi bastante referido. Entretanto, alguns usuários consideraram que tudo é válido para receber assistência, de forma que a espera pelo atendimento se torna um fator pouco relevante (LIMA et al., 2007; PEDRAZA; COSTA, 2014).

Esse comportamento passivo pode ser visualizado em grande parte na população de baixo poder aquisitivo, pois dada a precariedade das condições do território em que vivem, as dificuldades podem estar naturalizadas (CARVALHO et al., 2014).

Segundo Freire (2014), o antídoto para essa imparcialidade e passividade dos usuários está em estimular a formação de uma consciência crítica dos sujeitos, começando pela problematização de sua posição no processo do cuidar, na problematização da realidade local e nacional.

No que tange à acessibilidade econômica, por mais que não tenha sido referido pelas mães, durante as visitas às comunidades com o acompanhamento do CD itinerante, era levada uma estrutura mínima para a realização de atividades de educação em saúde, além dos materiais e medicamentos para tentar solucionar o máximo dos problemas/necessidades de saúde possíveis naquele dia.

Dessa forma, buscou-se reduzir as barreiras econômicas ligadas a utilização dos serviços de saúde, em que estão incluídos os gastos de tempo, energia e financeiros para a busca e obtenção de assistência à saúde (FEKETE, 1997). Essa forma de acessibilidade é representada pelo uso de um serviço de saúde, com base no poder aquisitivo da população, face aos preços dos serviços e medicamentos.

Outro aspecto que vale a pena ser discutido com relação à acessibilidade é a sua dimensão sociocultural, compreendida como a percepção do indivíduo sobre sua condição de saúde e doença, ao tipo de tratamento e à oferta de serviços de saúde disponíveis (FEKETE, 1997). Nesse sentido, a dimensão sociocultural da acessibilidade corresponde à relação estabelecida entre o usuário e a equipe de saúde, bem como à credibilidade dada ao serviço.

Por meio da observação participante, foi possível perceber que mães continuaram buscando os serviços de saúde, principalmente quando as crianças apresentavam alguma doença, valorizando as consultas médicas tradicionais. Além de que, as faltas voltaram a surgir no decorrer da implementação da ação.

A participação consciente das mães de que o acompanhamento do CD da criança está associado, sobretudo, às atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde, não somente quando a criança está com algum problema de saúde, necessita ser fortalecida nas interações entre os profissionais e usuários. Com isso, espera-se contribuir com a autonomia e o protagonismo das mães no cuidado de seus filhos.

A conscientização das mães e a transformação da realidade é algo lento e processual, por isso requer uma reflexão crítica constante dos sujeitos envolvidos, tendo como fundamento a educação problematizadora de Paulo Freire (2014). Com o acompanhamento do CD itinerante, esse processo foi apenas iniciado e pretende ser continuado.

Portanto, a partir desse contexto envolvendo as quatro dimensões da acessibilidade, garantir somente o acesso não basta para resolver o problema da pouca participação das mães nas consultas do acompanhamento do CD da criança, é preciso repensar sua articulação com o modo de trabalhar cotidianamente as necessidades/problemas de saúde.

Acolhimento

O acolhimento se constitui como um dos princípios norteadores do cuidado à criança, presente na Política Nacional de Humanização, sendo entendido como uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes (BRASIL, 2010).

Isto é, surge a partir das relações que se estabelecem entre usuário e profissionais no atendimento e está ligado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários. Portanto, não há como falar de acolhimento, sem refletir sobre as necessidades de saúde trazidas pelos usuários.

De acordo com Merhy (2007), na prática, não se tem considerado o fato de que os usuários realmente desenham seus problemas de saúde como necessidades, inclusive a partir de um conjunto de elementos culturais e sociais em geral. Ademais, de que essa é a forma real como o sofrimento é vivido, como ele é representado para si.

As mães esperam serem ouvidas e que as necessidades de saúde trazidas por elas sejam consideradas no momento do acompanhamento do CD da criança. Bem como, que elas também sejam incluídas nesse atendimento. Quando suas expectativas não são atendidas, as mães acabam perdendo o interesse pelos serviços.

Muitas vezes, os profissionais da ESF, com destaque para os enfermeiros, encontram-se tão sobrecarregados com as atividades burocráticas e assistenciais que não conseguem prestar uma assistência humanizada no acompanhamento do CD da criança, ficando também impossibilitado de se dedicar mais às atribuições de sua categoria profissional (ASSIS et al., 2011).

A maneira como o acompanhamento do CD itinerante foi planejado e conduzido possibilitou maior interação entre os profissionais e usuários, criando espaços de troca de experiências e de problematização dos saberes, utilizando elementos lúdicos e uma linguagem mais adequada à realidade das mães.

As necessidades de saúde das mães também fizeram parte das discussões e dos atendimentos individuais. Tais práticas pressupõem a integralidade e a responsabilização pelo cuidado da criança, centrado na família (PINTO et al., 2010).

O compromisso com uma atenção integral e uma assistência humanizada deve fazer parte do cotidiano das práticas da equipe de saúde na ESF, alcançado mediante a reforma do pensamento, proposta por Morin (2000), em que os sujeitos são convidados a sair das ruínas da edificação construídas sob os pilares da fragmentação, hiperespecialização e redução

do saber. A sugestão desse pensador é abrir as “gavetinhas” nas quais os saberes estão arquivados, para que, então, possa se tecer os saberes de forma complexa.

Cabe ao pensamento complexo, ser capaz de considerar as influências recebidas no âmbito interno e externo, atuando de forma não individual e não isolada, integrando ações nas quais emergem novas faces. O pensamento complexo amplia o saber e conduz os sujeitos a um maior entendimento sobre os problemas essenciais, contextualizando-os, interligando-os (MORIN, 2000).

Tem-se, portanto, no acolhimento e na integralidade do cuidado, a reorganização das ações e dos serviços de saúde centrados nos usuários e envolvidos com o fortalecimento do modelo assistencial de vigilância da saúde.

Insatisfações

A partir das respostas das mães é possível identificar algumas insatisfações com relação ao acompanhamento do CD itinerante da criança. Tais pontos são fundamentais à medida que permite aos gestores, aos profissionais e aos pesquisadores repensarem sobre essa nova forma de atendimento proposto.

Uma das mães colocou a questão da falta de privacidade nas consultas do acompanhamento do CD como algo negativo. O ambiente improvisado e aberto durante os atendimentos, permitindo o livre acesso de outras pessoas, revela que, segundo as mães, a privacidade durante o atendimento nem sempre é considerada relevante pelos profissionais.

No entanto, a ambiência e o acolhimento são fatores intrinsecamente ligados ao envolvimento e à qualificação dos usuários nos serviços. Desse modo, a falta de privacidade durante os atendimentos reflete que, na realidade dos serviços, as situações do cotidiano se opõem ao princípio de acolhimento, proposto pela Política Nacional de Humanização (PNH) (LIMA et al., 2013).

A PNH engloba a recepção do paciente, a explicação e a privacidade da consulta, como também, a disponibilidade para ouvi-lo, com a finalidade de tornar o usuário confortável para expressar as queixas da criança (BRASIL, 2009b).

Portanto, faz-se necessária a adequação do ambiente de maneira a garantir que o princípio da humanização seja respeitado e valorizado na ação itinerante de saúde da criança.

Outra mãe relatou a falta de estrutura e de equipamentos necessários e adequados para a realização do acompanhamento do CD fora da unidade. Contudo, vale ressaltar que os materiais mínimos necessários, como a régua antropométrica, a balança, a fita métrica, os

brinquedos e o colchonete eram levados para as localidades rurais. Bem como a utilização de tecnologias leves (relações interpessoais).

O trabalho vivo em ato na saúde se desenvolve no encontro entre os usuários e os profissionais de saúde, que se utilizam principalmente das tecnologias das interações. É nesse território de relações imprecisas, que envolve desejos, comunicação e conhecimentos, que se dá o processo de mudança de modelo biomédico hegemônico, voltando as práticas em saúde para um modelo mais coletivo e centrado nas reais necessidades dos usuários (MERHY, 2007).

É importante destacar que ambos os problemas apontados pelas mães não são passíveis de serem solucionados somente com a ação dos profissionais de saúde. É necessário esclarecer que essa estratégia foi implementada por uma equipe do SUS e depende de investimentos governamentais para o seu funcionamento adequado e sua reestruturação, o que por vezes não ocorreu, refletindo-se em atendimentos sucateados e sem os materiais necessários para realização da ação itinerante.

Desse modo, para que o acompanhamento do CD itinerante da criança receba maior apoio por parte da gestão municipal, é fundamental que essa ação seja incluída como parte do orçamento do município da saúde no âmbito da atenção primária.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como intuito tentar solucionar, por meio da metodologia da pesquisa-ação, o problema do absenteísmo nas consultas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças na zona rural do município de Parazinho/RN, a partir da análise da participação das mães de crianças acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família.

A etapa do diagnóstico situacional compreendeu, inicialmente, o entendimento das mães sobre o acompanhamento do CD, pois, acredita-se que ele pode influenciar na utilização dos serviços e na sua participação efetiva nas atividades de promoção da saúde.

As mães demonstraram conhecimento satisfatório sobre as principais ações realizadas no acompanhamento das crianças. Porém, têm dificuldade de identificar como uma atividade realizada por uma equipe multidisciplinar, relacionando como uma prática da enfermeira e do médico. Em virtude da assistência ainda se encontrar de forma fragmentada, outros profissionais, a exemplo do dentista, não foram citados.

Os fatores relacionados ao abandono das consultas estiveram associados à distância da unidade de saúde e a insatisfações com os transportes públicos como também ao gasto de tempo entre o atendimento e o retorno para suas casas, ter mais de um filho e problemas no agendamento. Dentre eles, os três primeiros foram os mais mencionados.

Desse modo, foi proposto o acompanhamento do CD itinerante para tentar solucionar o problema da acessibilidade da população rural às ações e atividades de atenção à saúde da criança. Essa estratégia foi chamada de itinerante porque previu o deslocamento da equipe de saúde da família para realizar o acompanhamento do CD da criança em várias comunidades rurais.

Na etapa do planejamento, foi realizado um encontro com os profissionais da equipe da ESF da zona rural, incluindo a enfermeira, o médico, a técnica de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, com a finalidade de organizar como iria acontecer a estratégia e definir os papéis de cada um. Outra reunião aconteceu com a gestão municipal para apresentação e análise da viabilidade da proposta.

A implementação do acompanhamento do CD itinerante se deu em sete comunidades rurais, sendo conduzido pela enfermeira da unidade, priorizando o diálogo entre as mães e os profissionais nas ações de educação em saúde e nas consultas individuais. Desse modo, contribuiu para o fortalecimento de vínculo e troca de conhecimentos e experiências entre os sujeitos envolvidos.

Buscou-se atuar na perspectiva da promoção da saúde, considerando os diferentes contextos socioeconômicos, epidemiológicos, políticos e culturais envolvidos no cuidado à criança e de suas famílias, a fim de que as ações de saúde pudessem alcançar resultados mais direcionados e eficazes. Como também, da inclusão da população rural às ações de saúde, tendo a atenção primária como a principal porta de entrada do SUS.

A maioria das mães participantes fizeram uma avaliação positiva da estratégia do acompanhamento do CD itinerante, principalmente por ter proporcionado melhoria da acessibilidade e acolhimento das necessidades de saúde dos usuários. As insatisfações estiveram relacionadas a falta de privacidade nos atendimentos e a pouca infraestrutura para a realização das ações.

Em todas as etapas desse estudo, a metodologia da pesquisa-ação favoreceu o envolvimento ativo dos sujeitos e, por englobar a relação constante entre a teoria e a prática, permitiu aos envolvidos construir teorias e estratégias, testá-las dentro do campo, dando início ao processo de mudanças desejáveis para resolução e a melhor compreensão do problema.

Porém, para a concretização da pesquisa, a enfermeira/pesquisadora se deparou com algumas dificuldades nesse processo. A improvisação e a adaptação foram uma realidade comum na implementação do acompanhamento do CD itinerante para assegurar a prestação do cuidado em situação de precarização das condições de trabalho.

Essa situação suscitou sentimentos contraditórios nos profissionais, pois ao mesmo tempo em que geraram frustração, irritabilidade, raiva, medo e impotência, surgiu o prazer diante da possibilidade de driblar as adversidades do dia a dia no trabalho, de estimular a capacidade inventiva, de criar dispositivos úteis para o processo laboral e de assegurar a prestação do cuidado, além do sentimento positivo de estar sendo útil.

Em virtude do município está vivenciando um momento de diminuição nos tributos e repasses de verbas federais, a gestão municipal não teve como dar o devido apoio para a concretização da ação. Além do mais, o acompanhamento do CD itinerante não fazia parte do rol de prioridades da gestão, por ter sido algo experimental.

O sucesso da ação implementada na mudança das práticas de saúde, por meio da reorientação do modelo biomédico hegemônico para o fortalecimento do modelo de vigilância da saúde, pautado no protagonismo dos sujeitos, no conhecimento do processo saúde-doença dos grupos sociais, na utilização de saberes e tecnologias necessárias ao atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade de vida das

comunidades mediante ações de promoção à saúde, depende do envolvimento e do comprometimento de diversos atores.

Apesar de não ter sido citado pelas mães, percebe-se que o desinteresse, conforme foi colocado no pressuposto, continuou aparecendo, com o tempo, no comportamento das participantes em algumas localidades, representado pela ausência nas consultas.

Podemos relacionar esse desinteresse ao fato de que o modelo biomédico ainda encontra-se fortemente arraigado na cultura da sociedade, levando essas mães a buscarem o serviço de saúde quando a criança apresenta algum problema de saúde. Conseqüentemente, na ausência da doença, o acompanhamento do CD é visto como algo desnecessário.

Esse desinteresse não é uma realidade vivenciada somente pelos usuários, mas também por parte dos profissionais de saúde e pela gestão, tendo em vista que alguns profissionais, a exemplo dos agentes comunitários, os quais demonstraram resistência às mudanças em sua prática, e da gestão pelo pouco apoio dado à ação itinerante.

As discussões em torno das melhorias na saúde comumente são analisadas sob o ponto de vista político partidário, dificultando a implementação de novas estratégias. A população continua exigindo médico, medicamentos, exames, consultas com especialistas e o funcionamento da urgência, e a postura da maioria dos profissionais e da gestão também contribui para isso. É preciso haver uma reforma de pensamento de todos os atores envolvidos no processo de produção de saúde.

Quebrar esse ciclo vicioso, não será algo fácil, tampouco rápido. Também não irá depender de uma só pessoa, mas da participação consciente da sociedade, dos profissionais e da gestão com um único propósito de promover saúde e qualidade de vida para o indivíduo e para a coletividade.

As ações de promoção da saúde da criança necessitam fazer parte do cotidiano das práticas de saúde como inerentes aos profissionais, não somente como atividades esporádicas e pontuais, para que, assim, os usuários comecem a enxergar as potencialidades dessas ações e dar a sua devida importância.

Diante do que foi discutido, é possível tecer algumas recomendações para a efetivação do acompanhamento do CD itinerante das crianças:

- Sensibilizar outros profissionais, como o dentista e a equipe do NASF, fomentando, nos momentos das reuniões da equipe de saúde, discussões sobre a inserção efetiva de cada um.

- Promover discussões sobre os modelos assistenciais, as ações de promoção da saúde e a educação problematizadora fundamentada em Freire, com a intenção de promover mudanças na assistência.

- Envolver os usuários nos debates sobre a saúde nos espaços do conselho municipal de saúde e nas reuniões de planejamento.

- Garantir uma infraestrutura mínima para a realização dos atendimentos e ações de educação em saúde.

Como autora e enfermeira da unidade de saúde da família da zona rural, destaco a satisfação em ter participado dessa experiência de profunda aprendizagem e tentativa de mudança no modo de produção de saúde, junto às mães e a outros profissionais da equipe, e, como ser inacabado, construído social e historicamente, também pude vivenciar um processo de autoanálise e autoavaliação de minha práxis.

Assim, finalizo este trabalho, dizendo que a proposta do acompanhamento do CD itinerante não foi capaz de resolver o problema da pouca participação das mães nas consultas, apesar de ter contribuído com as discussões que envolvem a atenção à saúde da criança da população rural, mas serviu como ponta pé inicial para a transformação da realidade e, atualmente, passou a ser uma atividade inerente a programação da equipe de saúde da família.

REFERÊNCIAS

- ASSIS, W. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de enfermagem**, v.64, n.1, p.38-46, 2011.
- BOLGER, N. et al. Diary methods: capturing life as it is lived. **Annual Review of Psychology**, v. 54, p. 579-616, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: MS, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <<http://www3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em 19 ago. 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB). DATASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSRN.def>>. Acesso em 20 jan. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde: As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- _____. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24/10/2011, Seção 1, p.48-55.
- CARVALHO, M. A. P. et al. Estudo de caso sobre as faltas dos usuários às consultas programadas de uma equipe de saúde da família no município do Rio de Janeiro. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 140-152, 2014.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 2. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1996. p. 49.

CUNHA, A. B. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.4, p. 725-737, abr. 2010.

DEMO, P. **Participação é conquista**: noções de política social. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

DYNIEWICZ, A. M. **Metodologia da pesquisa em saúde para iniciantes**. 2. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora, 2009.

EBLING, S. B. D. et al. Concepções de mulheres de um assentamento rural acerca da educação em saúde. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste, Fortaleza** 2014 jul-ago; 15(4):683-90.

ERTEM, I. O. et al. A guide for monitoring child development in low and middle-income countries. **Pediatrics**, v.121, n.3, p.e581-9, 2008.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In: SANTANA J. P. (Org.), organizador. **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Organização Pan-Americana Saúde, 1997.

FERNANDES, M. C. P.; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010.

FONTINELE JUNIOR, K. **Pesquisa em Saúde**: ética, bioética e legislação. Goiânia: [s.n.], 2003.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2003.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.

_____. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. 8. ed. São Paulo: UNESP, 2000.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 56. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2014.

FRIAS, P. G; MULLACHERY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de Saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: BRASIL. **Saúde Brasil 2008**: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. p. 85-110.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: Parazinho. 2013. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/parazinho_m#vulnerabilidade>. Acesso em: 13 out. 2014.

GARCIA, L. P.; SANTANA, L. R. Evolution of socioeconomic inequalities in infant and child mortality in Brazil, 1993-20. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.9, p.3717-28, 2011.

GODEIRO, A. L. S. et al. Participação no acompanhamento da criança: como está a adesão dos cuidadores? **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.16, n.2, p.146-50, 2013.

GONDIM, M. M. G. et al. Vigilancia en salud: (re)construyendo al modelo de formación para trabajadores de nivel mediodel Sistema Único de Salud. In: 3^o ENCUENTRO

GRITTEM, L.; MEIER, M. J.; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. **Texto&ContextoEnfermagem**, v.17, n.4, p.765-70, 2008.

HALL, D.; BLAIR, M. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. **ArchDisChild**, v.91, n.9, p.730-5, 2006.

HOFFMANN, M. V.; OLIVEIRA, I. C. S. Conhecimento da família acerca da saúde das crianças de 1 a 5 anos em uma comunidade ribeirinha: subsídios para a enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 750-756, dez. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Taxa de analfabetismo, por grupos de idade. 2012. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=PD171>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Resultados da Amostra - Características da População. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/O3B6>>. Acesso em: 18 nov. 2013.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Qualitative research in health care**. 3. ed.London: BMJ Books, 2009.

LÉLIS, A. L. P.; MACHADO, M. F. A. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Revista RENE**, v. 10, n. 4, p. 69-9, 2009.

LEOPARDI, M. T. et al. **Metodología da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LIMA, I. M. S. O.; ALVES, V. S.; FRANCO, A. L. S. A consulta médica no contexto do programa saúde da família e o direito da criança. **Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano**, v.17, n.3, p. 84-94, 2007.

LIMA, K. Y. N. et al. Visão de mães sobre a humanização no atendimento da criança na atenção primária à saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 546-551, jul./set. 2013.

LIMA, M. A. D. S. et al. Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n.1, p. 12-7, 2007.

MACEDO, I. P. **Acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança: uma intervenção integrada entre enfermagem e família**. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2010.

MACEDO, I. P. et al. Pesquisa ação: um método para a enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 5, spe., p. 449-455, mar./abr. 2011.

- MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.335-42, 2007.
- MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n.spe, p.820-7, 2007.
- MENDES, E. V. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1999.
- MERHY, E. E. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.
- MODES, P. S. S. A.; GAÍVA, M. A. M. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** (impr.), Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 455 – 465, jul./set. 2013.
- MONTEIRO, A. I. et al. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. **Revista enfermagem UERJ**, v.19, n.3, p.426-31, 2011.
- MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRN-Editora da UFRN, 2000.
- NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. **Serviços Social& Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.
- NICOLINO, A. S. **Novas e velhas configurações da sexualidade e do corpo feminino**: pesquisa-ação na educação com escolares. Ribeirão Preto, 2007. 211 f. Tese (doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- OLIVEIRA, B. R. G. et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 268-277, 2010.
- OLIVEIRA, R. R.; COSTA, J. R.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 135-142, fev. 2012.
- PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.
- PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et. al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. 1112p.
- PEDRAZA, D. F.; COSTA, G. M. C. Acessibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Enfermería Global**, n. 33, p. 279-291, jan 2014.

- PEREIRA, K. C. **Sexualidade na adolescência**: trabalhando a pesquisa-ação com referenciais teórico-metodológicos de Paulo Freire. 2007. 211 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia teoria e prática**. 11. reimp. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2007.
- PEREIRA, R. A. **Programa Saúde da Família**: determinantes e efeitos de sua implantação em municípios brasileiros. 2006. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- PEZZATO, Luciane M.; L'ABBATE, Solange. O uso de diários como ferramenta de intervenção da Análise Institucional: potencializando reflexões no cotidiano da Saúde Bucal Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 4, p. 1297-1314, dec. 2011.
- PINTO, J. P. et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 132-135, fev. 2010.
- PIRES, M. R. G. M. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, supl. 1, p.1009-1019, 2010.
- PIRES, M. R. G. M. et al. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1009-1019, 2010.
- POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Qualitative research in health care**. 3. ed. London: BMJ Books, 2009.
- PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas de Desenvolvimento Humano. 2010. Disponível em: <http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas_idh.php>. Acesso em: 16 set. 2013.
- REICHERT, A. P. S. et al. Avaliação da implementação de uma intervenção educativa em vigilância do desenvolvimento infantil com enfermeiros. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v.46, n.5, p.1049-56, 2012.
- RETRÃO, M. M. S. et al. Hospitalizações de menores de cinco anos em hospital público: um estudo descritivo. **Revista Interdisciplinar**, v.6, n. 3, p. 143-151, jul./ago./set. 2013.
- RETRÃO, M. M. S. et al. Hospitalizações de menores de cinco anos em hospital público: um estudo descritivo. **Revista Interdisciplinar**, v.6, n. 3, p. 143-151, 2013.
- Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.1, 2012.
- RIBEIRO, S. P. et al. O cotidiano de enfermeiras na consulta em puericultura. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 89-95, jan./fev. 2014.
- ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, 2012.
- SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2145-2154, 2010.

- SILVA, A. C. M. A. et al. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.2, p. 349-58, 2009a.
- SILVA, C. P.; DIAS, M. S. A.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1453-1462, 2009.
- SILVA, I. C. A. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: uma realidade de atendimento. **Revista enfermagem UFPE online**, Recife, v. 8, n. 4, p. 966-p73, abr., 2014.
- SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.20, esp., p.263-271, 2011.
- SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24 supl. 1, p. 100-110, 2008.
- SOUZA, M. H. N. et al. Integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** (impr.), Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 677- 682, out./dez. 2013.
- TADDEO, P. S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.
- TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **IESUS**, VII, n. 2, abr/jun, 1998.
- TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p.523-530, 2011.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo (SP): Cortez, 2011.
- TRAESEL, C. A. et al. Educação em saúde: fortalecendo a autonomização do usuário. In: FRANCO, T. B. et al (Orgs.) **Acolher Chapecó**. São Paulo: Hucitec, 2004.
- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF).Division of Policy and Strategy.**Committing to Child Survival: A Promise Renewed**. New York: United Nations Children's Fund, 2012.
- VANNI, T. et al. Avaliação econômica em saúde: aplicações em doenças infecciosas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.25, n.12, p. 2543-2552, 2009.
- VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e Atenção à Saúde da Família**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- VASCONCELOS, L. M. et al. Puericulture: perception of mothers cared in the basic health unit of Sobral, Ceará, Brazil. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 4, n. 3, p. 1492-1497, jul./set. 2010.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** (impr.), Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-331, abr./jun. 2012.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v.377, s.n., p.1863-76, 2011.

VIEIRA, V. C. L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 1, p. 119-125, jan./mar. 2012. MACEDO, I. P. et al. Actionresearch: a method for nursing pesquisa ação: um método para a enfermagem. **Revista de enfermagem UFPE online**, Recife, v. 5, spe., p. 449-455, mar./abr. 2011.

VIEIRA, V. C. L. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v.17, n.1, p.119-125, 2012.

VILLELA, W. V. et al. Desafios da Atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1316-1324, jun. 2009.

VITOLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, v.86, n.1, p.80-84, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).Ottawa Charter for Health Promotion.Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>>. Acesso em: 16 nov. 2013.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura... **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 51-59, dez. 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE**

Esclarecimentos

Este é um convite para que você participe da pesquisa: “Participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança”, que tem como pesquisador responsável a professora Dr^a Akemi Iwata Monteiro e colaboração da mestrandia Fernanda Aparecida Soares Malveira, do programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

O estudo tem por objetivo: analisar a participação das mães e/ou cuidadores na consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na Estratégia Saúde da Família. O estudo será desenvolvido através da metodologia da pesquisa-ação, que une as investigações do estudo às ações que visam atuar sobre os problemas levantados. O motivo de realizar este estudo se dá pela necessidade de melhorar a assiduidade e a participação das mães e/ou cuidadores na consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Sua participação é voluntária. Caso aceite o convite, você participará de reuniões; entrevistas grupais; observação participante, a qual inclui o registro fotográfico; anotações diárias e responderá a fichas de avaliação das reuniões. Nas entrevistas e reuniões, iremos utilizar um gravador de voz para ter as informações de forma precisa.

Durante a realização das reuniões e entrevistas, a previsão de risco é mínima. Pode acontecer um desconforto ao ser realizado perguntas à você, mas isso poderá ser minimizado com sua resposta por meio de bilhetes.

Além disso, os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhuma informação que possa lhe

identificar. Caso haja necessidade de divulgação de suas fotos essa só será realizada após sua autorização.

Os benefícios de sua participação encontram-se em poder contribuir para o fortalecimento da participação ativa das mães/cuidadores no cuidado à criança e para a formação de uma responsabilidade contínua e conjunta entre o serviço e a família na atenção voltada a essa população.

Você poderá desistir em qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga prejuízos ou penalidades. Caso você tenha algum gasto decorrente da sua participação na pesquisa, comprovado legalmente, você será ressarcido, se solicitar. Caso você sofra algum dano em função da pesquisa, comprovado legalmente, você terá direito à indenização.

Esta pesquisa terá a coordenação da Dr^a Akemi Iwata Monteiro, professora do Departamento de Enfermagem da UFRN. Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver sobre esta pesquisa, poderá perguntar diretamente ao pesquisador, no endereço Campus universitário, Lagoa Nova, departamento de enfermagem. E-mail: akemiwata@hotmail.com, pelo telefone (84)3215-3862. Ou você poderá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, telefone 3215-3135.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Natal, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador Responsável

APÊNDICE B – Termo de autorização para gravação de voz.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA GRAVAÇÃO DE VOZ

Eu, _____, depois de entender os riscos e benefícios que a pesquisa intitulada “Participação das mães e/ou cuidadores na consulta do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança” poderá trazer e, entender especialmente os métodos que serão usados para a coleta de dados, assim como, estar ciente da necessidade da gravação de minha entrevista, **AUTORIZO**, por meio deste termo, os pesquisadores Fernanda Aparecida Soares Malveira e AkemiWata Monteiro realizar a gravação de minha entrevista sem custos financeiros a nenhuma parte.

Esta **AUTORIZAÇÃO** foi concedida mediante o compromisso dos pesquisadores acima citados em garantir-me os seguintes direitos:

1. poderei ler a transcrição de minha gravação;
2. os dados coletados serão usados exclusivamente para gerar informações para a pesquisa aqui relatada e outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais;
3. minha identificação não será revelada em nenhuma das vias de publicação das informações geradas;
4. qualquer outra forma de utilização dessas informações somente poderá ser feita mediante minha autorização;
5. os dados coletados serão guardados por 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa Prof^aDr^a. AkemiWata Monteiro, e após esse período, serão destruídos e,
6. serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse da gravação e transcrição de minha entrevista.

Natal, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante da pesquisa

Prof^a. Dr^a. AkemiWata Monteiro
Orientadora da pesquisa

APÊNDICE C - Termo de autorização para uso de imagens (fotos e vídeos).

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS (FOTOS E VÍDEOS)

Eu, _____, **AUTORIZO** a Prof^ª. Dr^ªAkemiIwata Monteiro, coordenador(a) da pesquisa intitulada: “Participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança” a fixar, armazenar e exibir a minha imagem por meio de fotos com o fim específico de inseri-la nas informações que serão geradas na pesquisa, aqui citada, e em outras publicações dela decorrentes, quais sejam: revistas científicas, congressos e jornais.

A presente autorização abrange, exclusivamente, o uso de minha imagem para os fins aqui estabelecidos e deverá sempre preservar o meu anonimato. Qualquer outra forma de utilização e/ou reprodução deverá ser por mim autorizada.

O pesquisador responsável Prof^ª. Dr^ªAkemiIwata Monteiro, assegurou-me que os dados serão armazenados em meio eletrônico (computador da sala de pesquisa), sob sua responsabilidade, por 5 anos, e após esse período, serão destruídas.

Assegurou-me, também, que serei livre para interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento e/ou solicitar a posse de minhas imagens.

Natal, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do participante da pesquisa

Prof^ªDr^ªAkemiIwata Monteiro
Pesquisador responsável

APÊNDICE D – Checklist do acompanhamento do CD itinerante



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
 Governo Municipal de Parazinho



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Vice-Prefeita Eranides Teixeira da Silva, n.º 122- Centro - CNPJ. (MF) 11.959.203/0001-26

Fone: (84) - 3697 - 0031 - E-mail: smsparazinho@m.gov.br

CheckList – Atendimentos nas comunidades

Consulta do CD

Material	Quantidade
Régua antropométrica	01
Colchonete	01
Fita métrica	01
Receituário	01 bloco
Guia de solicitação de exames	01 bloco
Brinquedos variados	

APÊNDICE E – Roteiro de avaliação das reuniões grupais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DAS REUNIÕES GRUPAIS

ESTUDO: Participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Mestranda: Fernanda Aparecida Soares Malveira **Orientadora:** Akemi Iwata Monteiro

Tema do encontro: _____

• **Reunião número:** _____

• **Data:** ____/____/____

- Como vocês avaliam o encontro?
- Quais as dificuldades vivenciadas sobre o tema tratado no cuidado à criança?
- Quais as formas que tem sido encontradas para superar estas dificuldades?
- De que forma os conhecimentos discutidos poderão contribuir para a atuação junto à criança?

APÊNDICE F – Roteiro da observação participante das reuniões



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

ROTEIRO DA OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE DAS REUNIÕES

ESTUDO: Participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Mestranda: Fernanda Aparecida Soares Malveira **Orientadora:** Akemi Iwata Monteiro

- Como aconteceu a reunião?
- Como foi a participação dos envolvidos?
- Quais os problemas levantados durante o encontro?
- Quais as estratégias de enfrentamento apontados pelo grupo?

APÊNDICE G – Roteiro do grupo focal



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

ESTUDO: Participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Mestranda: Fernanda Aparecida Soares Malveira **Orientadora:** Akemi Iwata Monteiro

- O que vocês acham que está acontecendo para que haja a pouca participação das mães/cuidadores no acompanhamento do CD das suas crianças?
- O que vocês entendem sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança?

APÊNDICE H – Roteiro de avaliação final das ações.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO FINAL DAS AÇÕES

ESTUDO: Participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Mestranda: Fernanda Aparecida Soares Malveira **Orientadora:** Akemi Iwata Monteiro

- Como você avaliam o acompanhamento do CD antes e depois das ações?
- As ações implementadas contribuíram para a solução do(s) problema(s)? De que forma?

APÊNDICE I – Fotos das intervenções no Assentamento Santa Luiza

1ª Visita



Imagem 1 – Consulta médica à criança.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 2 – Acompanhamento coletivo do CD.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 3 – Crianças do acompanhamento do CD itinerante.
Fonte: Autoria própria (2014).

2ª Visita



Imagem 4 – Medição do perímetro cefálico da criança.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 5 – Brincadeiras para facilitar o desenvolvimento da linguagem.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 6 – Avaliação antropométrica das crianças.
Fonte: Autoria própria (2014).

APÊNDICE J – Fotos das intervenções na Associação Alívio

1ª Visita



Imagem 7– Caderneta de saúde da criança.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 8– Incentivo ao aleitamento materno exclusivo.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 9– Binômio mãe-filho nas consultas de enfermagem do acompanhamento do CD da criança.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 10 – Diálogo da enfermeira com as mães sobre os achados antropométricos.
Fonte: Autoria própria (2014).

2ª Visita



Imagem 10 – Acompanhamento do CD coletivo, associação alvío.
Fonte: Autoria própria (2014).

APÊNDICE L – Fotos das intervenções Povoado 1º de Junho

1ª Visita



Imagem 11– Binômio mãe-filha.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 12– Avaliação da saúde da criança realizada pela enfermeira.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 13– Atividade de educação em saúde.
Fonte: Autoria própria (2014).

2ª Visita



Imagem 15 – Roda de conversa com as mães sobre temas voltados para a saúde da criança.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 14– Acompanhamento coletivo do CD da criança.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 16 – Equipe itinerante com as crianças.
Fonte: Autoria própria (2014).

APÊNDICE M – Fotos das intervenções no Povoado Lagoa

1ª Visita



Imagem 17 – Atendimento voltado para todos os membros da família realizado pela equipe.
Fonte: Autoria própria (2014).

2ª Visita



Imagem 18 – Crianças contempladas pelo CD itinerante.
Fonte: Autoria própria (2014).



Imagem 19 – Roda de conversas com as mães da área rural.
Fonte: Autoria própria (2014).

APÊNDICE N – Fotos das intervenções nos Povoados Limão e Limoeiro

1ª Visita



Imagem 20 – Avaliação antropométrica da criança.
Fonte: Aatoria própria (2014).



Imagem 21 – Roda de conversa com as mães.
Fonte: Aatoria própria (2014).



Imagem 22 – Enfermeira, mães e crianças participantes do CD itinerante.
Fonte: Aatoria própria (2014).

2ª Visita



Imagem 22 – Atividade lúdica com as crianças.
Fonte: Autoria própria (2014).

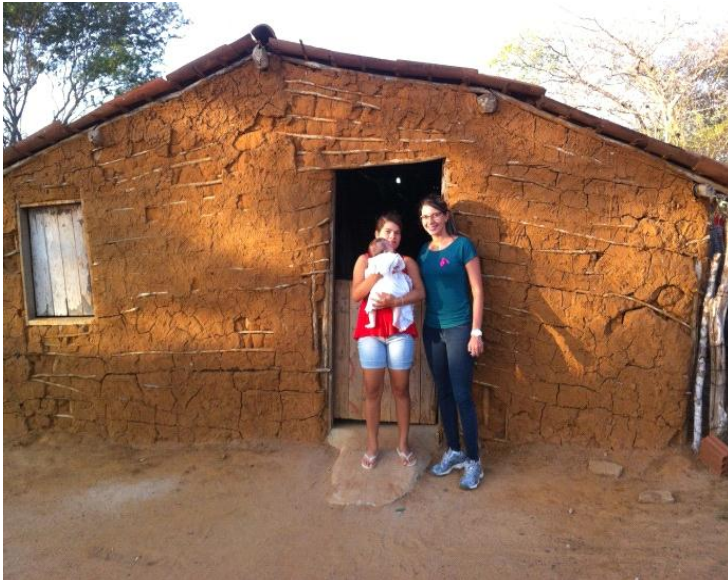


Imagem 22 – Visita domiciliar à mãe e à criança da área rural.
Fonte: Autoria própria (2014).

ANEXOS

ANEXO A – Carta de anuência da instituição sediadora da pesquisa.



CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO SEDIADORA DA PESQUISA

Título do Estudo: Participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Pesquisadoras: Profª Drª Akemi Iwata Monteiro (orientadora/coordenadora da pesquisa);
 Fernanda Aparecida Soares Malveira (mestranda)

Após análise do projeto e da solicitação:

Autorizamos a coleta de dados na Unidade Saúde da Família de Pereiros, localizada no município do Parazinho/RN.

Não autorizamos a coleta de dados na Unidade Saúde da Família de Pereiros, localizada no município do Parazinho/RN.

Quanto à divulgação:

Autorizamos a menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

Não autorizamos a menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

No que diz respeito ao Relatório Escrito:

Requeremos a apresentação dos resultados da pesquisa na instituição.

Não requeremos a apresentação dos resultados da pesquisa na instituição.

Natal, 28 de fevereiro de 2014.


 Eliete da Silva Oliveira

Secretária Municipal de Saúde

ANEXO B – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança

Pesquisador: AKEMI IWATA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 28598014.7.0000.5537

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 617.559

Data da Relatoria: 28/03/2014

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado representa uma pesquisa para fins de elaboração de dissertação de mestrado de aluno do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Neste projeto, os pesquisadores envolvidos realizarão pesquisa objetivando avaliar a participação das mães e/ou cuidadores nas consultas de acompanhamento em um serviço de saúde de um município do Estado do Rio Grande do Norte. O estudo é do tipo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário:

Analisar a participação das mães e/ou cuidadores na consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na Estratégia Saúde da Família.

Objetivos secundários:

1. Identificar os fatores que interferem na participação das mães/cuidadores na consulta de acompanhamento do CD da criança;
2. Implementar estratégias que estimulem a participação das mães/cuidadores no

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000

Bairro: Lagoa Nova

CEP: 59.078-970

UF: RN

Município: NATAL

Telefone: (84)3215-3135

Fax: (84)3215-3135

E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 617.559

acompanhamento do CD;

3. Avaliar o resultado das estratégias utilizadas junto as mães.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são apontados como mínimos, sendo estes de âmbito subjetivo, como o constrangimento em responder publicamente a algum questionamento. Porém, este sentimento poderá ser minimizado através de sugestões escritas ou respostas através de bilhetes anônimos.

Quanto aos benefícios, estes estão representados pela contribuição para o fortalecimento da participação ativa das mães/cuidadores no cuidado à criança, para aumentar a assiduidade das crianças nas consultas do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na ESF e, conseqüentemente, reduzir o número de mortalidade neonatal e infantil, internações e atendimentos especializados desnecessários e o sofrimento da família no processo de adoecimento, bem como para a formação de uma responsabilidade contínua e conjunta entre o serviço e a família na atenção voltada a saúde da criança.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é interessante, pois visa contribuir para o melhor atendimento de crianças em um município do estado do RN em atividade desenvolvida em uma Unidade Básica da Família.

Nesta pesquisa, serão arroladas 30 mães/cuidadores inseridas neste programa de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória estão presentes no protocolo. Dentre estes, estão os modelos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE e como irão gravar as entrevistas e os participantes poderão ser fotografados, constam no protocolo os documentos de autorização para isto.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após revisão ética do protocolo em questão, concluímos que o mesmo se encontra bem instruído e obedecendo às normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo o ser humano.

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: cepufm@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 817.559

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução 466/12 - do Conselho Nacional de Saúde - CNS e Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP é da responsabilidade do pesquisador responsável:

1. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em duas vias, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa (s) por ele delegada(s), devendo as páginas de assinatura estar na mesma folha (Res. 466/12 - CNS, item IV.5d);
2. desenvolver o projeto conforme o delineado (Res. 466/12 - CNS, item XI.2c);
3. apresentar ao CEP eventuais emendas ou extensões com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética - CONEP, Brasília - 2007, p. 41);
4. descontinuar o estudo somente após análise e manifestação, por parte do Sistema CEP/CONEP/CNS/MS que o aprovou, das razões dessa descontinuidade, a não ser em casos de justificada urgência em benefício de seus participantes (Res. 446/12 - CNS, item III.2u) ;
5. elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais (Res. 446/12 - CNS, item XI.2d);
6. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa (Res. 446/12 - CNS, item XI.2f);
7. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto (Res. 446/12 - CNS, item XI.2g) e,
8. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou não publicação dos resultados (Res. 446/12 - CNS, item XI.2h).

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO NORTE /
UFRN CAMPUS CENTRAL



Continuação do Parecer: 617.559

NATAL, 16 de Abril de 2014

Assinador por:
Dulce Almeida
(Coordenador)

Endereço: Av. Senador Salgado Filho, 3000
Bairro: Lagoa Nova CEP: 59.078-970
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3215-3135 Fax: (84)3215-3135 E-mail: cepufrn@reitoria.ufrn.br