

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE
SAÚDE**

**PROCESSO DE TRABALHO EM ESF: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES DA GESTÃO E DO CUIDADO NA
EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO
- Modalidade Artigo Publicável -**

Paola Piovenzano de Soliz

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**PROCESSO DE TRABALHO EM ESF: DESAFIOS E POSSIBILIDADES
DA GESTÃO E DO CUIDADO NA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE
SAÚDE DA CRIANÇA**

Paola Piovenzano de Soliz

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Sistema Público de Saúde
Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família**

Orientadora: Prof^ª. Sheila Kocourek

**Santa Maria, RS, Brasil
2012**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**PROCESSO DE TRABALHO EM ESF: DESAFIOS E
POSSIBILIDADES DA GESTÃO E DO CUIDADO NA EXECUÇÃO
DA POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA.**

Elaborado por
PAOLA PIOVENZANO DE SOLIZ

como requisito parcial para obtenção do grau de
**Especialista Sistema Público de Saúde, ênfase em Atenção
Básica/Estratégia de Saúde da Família.**

Comissão Examinadora:


SHEILA KOCOUREK
orientador-presidente
UFSM


MARLENE GOMES
TERRA - UFSM


PATRÍCIA CURTI BUENO
SSMSM

Santa Maria, 30 de junho de 2012.

RESUMO

Trabalho Final de Conclusão - Modalidade artigo publicável
Programa de Residência Multiprofissional Integrada
em Sistema Público de Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

PROCESSO DE TRABALHO EM ESF: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA GESTÃO E DO CUIDADO NA EXECUÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE DA CRIANÇA

AUTOR: PAOLA PIOVENZANO DE SOLIZ

ORIENTADORA: SHEILA KOCOUREC

DATA DA DEFESA: SANTA MARIA, 30 DE JUNHO DE 2012.

Este artigo tem como **objetivo**: analisar a configuração do cuidado integral à saúde da criança junto às ESFs, a fim contribuir na qualificação dos processos de trabalho acerca do cuidado integral deste segmento populacional no município de Santa Maria-RS. **Método**: trata-se de um estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado em duas ESFs, com enfermeiros, médicos e com os gestores municipal e estadual da Política de Saúde da Criança. **Resultados**: segundo as gestoras o município segue a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, no entanto observou-se que a gestão e assistência ainda estão fundamentadas no modelo hegemônico. **Considerações finais**: para que as ESFs possam prestar um cuidado integral à saúde da criança é necessário mais empenho e participação da gestão, visando reorganizar o processo de trabalho das equipes, a Residência Multiprofissional tem papel de potencializar essas mudanças.

Descritores: Saúde da Criança; Assistência Integral a Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Final Work Completion - Publishable Form
Integrated Multidisciplinary Residency Program
in Public Health System Federal
University of Santa Maria

WORK IN PROCESS OF ESF: CHALLENGES AND POSSIBILITIES OF MANAGEMENT AND CARE IN POLICY IMPLEMENTATION OF CHILD HEALTH

AUTHOR: PAOLA PIOVENZANO DE SOLIZ

ADVISOR: SHEILA KOCOUREC

DATE OF DEFENSE: SANTA MARIA, JUNE 30TH, 2012

This article **aims to**: analyze the configuration of comprehensive health care of the child with ESFs in order to contribute to the qualification of the work processes on the comprehensive care of this population segment in Santa Maria-RS. **Method**: This is an exploratory qualitative approach, carried out in two ESFs, with nurses, doctors and managers of municipal and state Child Health Policy. **Results**: according to managing the city follows the agenda Commitment to Comprehensive Child Health and Infant Mortality Reduction, however it was noted that the management and care are still based on the hegemonic model. **Final Thoughts**: For the ESFs to provide a comprehensive health care of the child requires more commitment and involvement of management in order to reorganize the work process of teams, Multidisciplinary Residency has a role to leverage these changes.

Descriptors: Child Health; Comprehensive Health Care; Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO _____	7
2 - METODOLOGIA _____	9
3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS _____	11
3.1 A gestão da Política de Saúde da Criança _____	11
3.2 A integralidade no cuidado e a execução da Política de Saúde da Criança na ESF ____	14
4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	20
5 – REFERÊNCIAS _____	22

1 – INTRODUÇÃO

Como resultado de um longo processo de lutas, mobilizações, participações e esforços populares, nas décadas de 70 e 80, surge o Sistema Único de Saúde (SUS), institucionalizado na Constituição Federal de 1988, que determina ser dever do Estado garantir saúde a toda a população. Em 1990, o Congresso Nacional aprova às Leis Orgânicas Federais 8080/90 e 8142/90, que detalham o funcionamento do Sistema ¹.

Visando diminuir a desigualdade social e reorientar o modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) (integralidade, equidade e universalidade) tem início o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população, tendo como foco atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde ².

Com a implantação do PSF surgiu a necessidade de prestar assistência ampliada e integrada em todos os ciclos de vida, é nesse momento que a saúde da criança ganha destaque. Ocorre então intensificação de um conjunto de ações voltadas à saúde integral da criança, esse conjunto de ações é chamado de **Política de Atenção Integral à Saúde da Criança** ³.

Em 2004 o MS apresenta a Agenda de Compromisso com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade a fim de apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança. Entre as ações prioritárias o Ministério da Saúde (MS) destaca o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança ⁴, que nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) é realizado por meio da consulta de puericultura, que é voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde e atua no sentido de acompanhar a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento ⁵.

Tendo em vista que a ESF vem promovendo mudança nas práticas de saúde, justifica-se a necessidade de conhecer como as equipes têm organizado seu processo de trabalho em relação às ações específicas do cuidado integral à saúde da criança. Portanto, apreender o cotidiano do trabalho das equipes poderá contribuir na obtenção de elementos consistentes que instrumentalizem a reflexão sobre a gestão e o cuidado na execução da Política de Saúde da Criança.

Nesse sentido, este trabalho de conclusão é parte resultante da pesquisa intitulada: Saúde da Criança: Percepções e Conhecimentos de Profissionais e Gestores Sobre a Prática

em Estratégia de Saúde da Família, realizada por quatro residentes do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

A Residência Multiprofissional é uma modalidade de Pós-graduação Lato Sensu caracterizada pela formação em serviço que tem como objetivo qualificar profissionais com competências para atuarem no SUS, não apenas de forma interdisciplinar, mas também intersetorial e interinstitucional. Para tal, o programa adota como fundamentação epistemológica e político-pedagógica os princípios e diretrizes do SUS. Este movimento pressupõe um novo modo de pensar-fazer que integre os diferentes serviços do sistema público de saúde, através da instituição de novos mecanismos ou processos integrados de gestão-atenção-educação-formação em saúde.

A pesquisa foi realizada por uma enfermeira, uma assistente social, uma psicóloga e um fonoaudiólogo e teve como objetivo analisar como se configura o cuidado integral à saúde da criança de zero a seis anos de idade junto às ESFs, a fim de contribuir na qualificação dos processos de trabalho acerca do cuidado integral deste segmento populacional no município de Santa Maria - RS. Os pesquisadores tiveram aproximação e interesse pela temática a partir do desenvolvimento de suas atividades práticas, que de certa forma sempre tiveram relação com a Política de Saúde da Criança da qual vivenciaram potencialidades, debilidades e falhas.

Os dados apresentados nesse estudo referem-se às consultas de puericultura; ao processo de trabalho nas ESF; à Política de Educação Permanente em Saúde, tendo como base a Política de Saúde da Criança e o cumprimento de seus princípios perante a gestão e os profissionais e tem como objetivo contribuir na qualificação do processo de trabalho acerca do cuidado integral a saúde da criança nas ESF. O restante dos dados será apresentado pelos demais pesquisadores, também como trabalho final de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS).

2 - METODOLOGIA

Tratou-se de estudo descritivo exploratório de abordagem qualitativa, realizado em duas ESFs do município de Santa Maria, que serão aqui identificadas como ESF 1 e ESF 2. A ESF 1 possui equipe mínima de saúde da família (um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde - ACS), é subdividida em seis micro-áreas e atende aproximadamente 2.100 pessoas. A ESF 2 possui duas equipes de saúde da família e ainda uma equipe de saúde bucal, no entanto falta um médico e um ACS, é subdividida em quatorze micro-áreas e abrange uma população de aproximadamente 13.000 pessoas. A escolha dos campos de pesquisa foi intencional e não caracteriza uma amostra probabilística, as unidades foram escolhidas por serem campos das atividades práticas do PRMISPS.

A população do estudo foi composta por três enfermeiros e dois médicos, que são os profissionais que realizam as consultas de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança nas ESFs.

Ainda foram sujeitos da pesquisa um Gestor municipal e um estadual da Política de Saúde da Criança por serem os profissionais que fazem o planejamento, a gestão, e a execução de tal política.

Salienta-se que foi mantido o sigilo das informações, mesmo tratando-se de um número pequeno de profissionais participantes, pois cada entrevistado recebeu um número (ex: Profissional 1), sendo assim a numeração dos mesmos inviabiliza que sejam identificados.

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2012, por meio de três entrevistas semi-estruturadas, uma aplicada com os médicos e enfermeiros das ESFs, uma com o gestor municipal e a outra com o gestor estadual da Política da Criança. A primeira continha questões a respeito da formação profissional, das consultas médica e de enfermagem realizadas com crianças, sobre a avaliação do desenvolvimento das mesmas, sobre o preenchimento da ficha de vigilância do desenvolvimento infantil, presente no Cartão da Criança e sobre o cuidado em saúde auditiva e saúde mental. A segunda e a terceira apresentaram questões relacionadas à gestão da Política da Criança, nos âmbitos municipal e estadual.

A análise dos dados ocorreu seguindo os passos preconizados pela Análise de Conteúdo de Laurence Bardin: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos⁶.

O posicionamento ético adotado para a realização da pesquisa foi o preconizado pela Resolução Nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo a mesma sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob o nº 02624612.3.0000.5346 e pelo Núcleo de Educação Permanente em Saúde da Secretária Municipal de Saúde de Santa Maria.

3 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As sete entrevistadas eram do sexo feminino, as três enfermeiras das ESFs tinham entre quatro e onze anos de formação, duas possuíam especialização em Saúde Pública e uma em Saúde da Família. As duas médicas tinham quatorze e vinte e nove anos de formação, uma possuía especialização em Saúde da Família e ambas em Pediatria. As Gestoras municipal e estadual da Política de Saúde as Crianças são enfermeiras, formadas há vinte e um e vinte e sete anos, uma delas com especialização em Administração Hospitalar, Saúde Pública e Saúde da Família e a outra com pós-graduação em Intensivismo.

A ESF 1 é coordenada por um técnico administrativo que não faz parte da equipe e a ESF 2 pela médica. No entanto observou-se que as enfermeiras realizam grande parte do processo administrativo da unidade, coordenando as reuniões de equipe, a organização do processo de trabalho da ESFs, a equipe técnica e os ACS, fato que é esclarecido por Guimarães, que afirma que a enfermagem é uma das categorias da saúde mais mobilizadas para o gerenciamento das unidades básicas de saúde, numa lógica que privilegia os interesses coletivos e as reais necessidades da clientela ⁷.

3.1 A gestão da Política de Saúde da Criança

Para que se possa falar em gestão de política pública é preciso discorrer sobre a forma de gestão, o modelo de atenção e as tecnologias assistenciais que esta política está alicerçada.

Para Júnior o modelo assistencial diz respeito ao modo como são organizadas as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade ⁸.

Nesse sentido a ESF surgiu como uma forma de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e em conformidade com os princípios do SUS, visando a superação do modelo hegemônico ⁹, que segundo Júnior tem a atenção voltado para a assistência à doença em seus aspectos individuais e biológicos, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologias ⁸.

Em contra partida, a ESF trouxe como foco a família no seu ambiente físico e social, sendo a mesma norteadora da organização da atenção à saúde, visando atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro de sua comunidade sócioeconômica e cultural, na perspectiva da promoção, proteção e recuperação da saúde ⁹.

Partindo dos princípios norteadores do SUS, percebe-se que a gestão das políticas se organiza de forma descentralizada, sendo que cada esfera do governo têm suas responsabilidades e participativa, pois garante a participação popular na tomada de decisões.

A ESF, assim como o SUS, tem suas bases no conceito de saúde apresentado na VII Conferencia Nacional de Saúde de 1986, que define saúde como um processo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde ¹⁰.

Sendo assim, entende-se a integralidade da assistência como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema ¹¹.

No âmbito das tecnologias nas ESFs predominam as leve-duras e leves. Segundo Merhy a primeira engloba os saberes disciplinares e a segunda a dimensão relacional (relação profissional – paciente), recursos utilizados para a organização dos serviços de saúde. O escritor ainda define as tecnologias duras como dependente de equipamentos para análise e diagnósticos, tendo a mesma, papel privilegiado no modelo hegemônico ¹².

É alicerçada nesse “novo” modelo de atenção, apresentado pela ESF, que busca garantir a saúde integral dos indivíduos e nas tecnologias leve e leve-duras que são criadas uma série de ações visando a Atenção Integral a Saúde da Criança, dentre elas a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.

Para garantir a saúde integral da criança, as gestoras afirmaram seguir a Agenda, que tem como objetivo a organização da assistência à população infantil, que contemple desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade, nela constam as principais diretrizes que devem ser seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à criança ⁴.

Segundo as gestoras, para a execução das ações propostas na mesma é pactuado, entre o Estado e o Município, alguns indicadores (Pacto de Gestão), por exemplo: a mortalidade infantil. A partir disso é feito um levantamento de ações relacionadas ao indicador, a fim de que essas ações venham ser qualificadas visando à melhoria do mesmo, o que significa uma melhora na saúde da população.

As gestoras fazem o monitoramento e avaliação da política a partir dos boletins entregues pelas unidades e pelos dados enviados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que segundo o MS é um sistema especial para o gerenciamento das informações obtidas na atenção básica ¹³.

Nesse sentido, Júnior afirma que há uma carência de processos de avaliação que transcendam os aspectos normativos e quantitativos do cumprimento de metas e que possam avaliar, também, o desenvolvimento da política ou o qualitativo das práticas e dos resultados. A avaliação deve levar em conta a integralidade, o processo de trabalho e a percepção da qualidade da atenção pelos usuários⁸. Percebe-se assim, que a forma de avaliação utilizada proporciona um olhar limitado a cerca do desenvolvimento da política.

No manual do SIAB o MS refere que os dados devem ser continuamente atualizados no sistema, desta forma os mesmo permitem conhecer a realidade sócio-sanitária da população acompanhada, (re)avaliar os serviços oferecidos e melhorar a qualidade dos serviços de saúde e também auxiliar os gestores municipais no acompanhamento do trabalho e avaliação da sua qualidade¹³.

No entanto, com base nos dois anos de Residência Multiprofissional (RM), sabe-se que os dados do SIAB não são devidamente atualizados, desta forma não são fidedignos, o que acaba por prejudicar a avaliação das ações desenvolvidas, gerando dados que não correspondem à realidade, mas que servirão para o (re)planejamento de ações. O que corrobora com estudos que afirmam que os formuladores de políticas operam em ambientes carregados de incertezas, com limitações de conhecimento derivadas da complexidade dos fenômenos sociais, falta de controle e de condições para prever as contingências que podem afetar a política no futuro¹⁴.

Com relação à Política Nacional de Educação Permanente (PNEP), o MS afirma que as ações educativas voltadas aos profissionais, devem ter como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde, englobando as necessidades de aprendizagem dos profissionais¹⁵. No que corresponde a Educação Permanente (EP), a gestora municipal afirmou que segue uma agenda de capacitações, que normalmente são relacionadas às doenças sazonais e prevalentes na infância e destaca a baixa participação dos médicos. Quanto ao apoio técnico da gestão estadual, prestado ao município com relação à saúde integral da criança, a responsável estadual refere que este costuma ter uma frequência semestral, sendo mais freqüente no caso de algum indicador precisa ser melhorado com urgência. Ainda, a mesma faz esclarecimentos pessoais de dúvidas, envio de materiais por e-mail e capacitações locais para os profissionais. Nestas afirmações destaca-se que a qualificação dos profissionais não visa à transformação do processo de trabalho, preconizada pelo MS na PNEP, ainda observa-se a prevalência do modelo hegemônico na organização de capacitações com

temáticas centradas na doença e na preocupação com impactos numéricos, não visando à integralidade dos sujeitos.

Pesquisadores afirmam que a utilização da abordagem de integralidade da saúde na metodologia pedagógica de educação permanente revelou ser uma ferramenta poderosa na reorganização do processo de trabalho das ESFs ¹⁶.

Ainda, se seguidas às orientações do MS, a EP tem destaque no âmbito da Saúde Integral da Criança, pois fomenta mudanças na forma de produzir o cuidado às crianças atendidas nas ESF, possibilitando práticas consistentes no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das mesmas, podendo desencadear uma produção de cuidado de qualidade e resolutiva ¹⁷. Nesse sentido a EP, fortalece a ESF, no que tange a mudança no paradigma de assistência.

No que diz respeito à baixa adesão dos médicos às capacitações, observou-se que as enfermeiras somam ao seu processo de trabalho na ESF a postura de elo entre a equipe de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde. Recebendo as capacitações e passando os conhecimentos adquiridos para o restante da equipe.

3.2 A integralidade no cuidado e a execução da Política de Saúde da Criança na ESF

Destaca-se que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho, sendo que a assistência deve ser multiprofissional, como preconizada pelo ESF, operacionalizando-se através de instrumentos como o acolhimento e vinculação com a clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado do usuário ¹⁸.

Com relação à atenção integral à saúde da criança os profissionais foram questionados sobre a utilização de Sistemas de Informação no planejamento de ações prioritárias para o cuidado das mesmas, apenas uma profissional afirmou utilizar o SIAB, os profissionais da ESF 2 referiram nem possuir esses dados disponíveis e atualizados na unidade. Guimarães destaca que no processo de trabalho a tomada de decisão deve ser fruto de um processo sistematizado, que envolve o estudo do problema a partir de um levantamento de dados, produção de informação, estabelecimento de propostas de soluções, escolha da decisão, viabilização e implementação da decisão e análise dos resultados obtidos ⁷. Nesse sentido o MS destaca que para o adequado planejamento das ações e tomada de decisão é fundamental a análise de informações e elaboração de diagnóstico sobre a população abrangida ⁴.

Krug afirma que para alcançar a efetividade desejada na atenção básica, são necessários o planejamento e a implementação de ações de saúde voltadas para cada contexto. Para isso exigem-se conhecimentos detalhados sobre as condições de vida das pessoas que ali residem¹⁴, ou seja, a falta desse conhecimento, que provém do SIAB, prejudica o processo de trabalho das equipes, no que diz respeito à organização das ações realizadas na assistência à saúde e gestão do cuidado, comprometendo a assistência integral.

A não utilização dos dados dos sistemas de informação para o planejamento e a avaliação de ações reforça o modelo hegemônico, centrado na produção de procedimentos e não na produção de cuidado.

Sobre como ficam sabendo do nascimento do bebê a maioria dos profissionais referiu ser por meio dos ACS e familiares, duas profissionais ainda citaram um hospital municipal, referência em baixo risco, que liga para marcar as consultas de puericultura para os bebês e puerpério para as mães. Apenas a Profissional 4 referiu a busca ativa, realizada por enfermeiras e ACS.

Com relação ao acompanhamento realizado pela ESF na primeira semana após o nascimento a profissional 1 relatou que não é realizado nenhum tipo de ação nesse período, mas que a equipe já possui planos para implementação. As Profissionais 2 e 4 referiram que a primeira consulta com o recém nascido não ocorre nesse período normalmente, 5 mencionou o teste do pezinho e ainda informou que na unidade é realizado o “Acolhe Bebê”, um projeto que abrange exame físico, pesagem, exame dos orifícios e verificação do cartão de vacina.

Observou-se que houve divergência entre profissionais da mesma equipe sobre o acolhimento da criança na unidade e que os profissionais não seguem a Primeira Semana Saúde Integral, apresentada na Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, onde o MS orienta que todo recém nascido deve ser acolhido na unidade, na primeira semana de vida, para verificação do cartão da criança, avaliação geral, identificação da criança de risco ao nascer, realização teste do pezinho, aplicação das primeiras vacinas e agendamento de consulta para o recém-nascido, além dos cuidados com a puérpera. Ainda destaca a importância da busca ativa, por meio de visita domiciliar para as crianças e mães que não comparecerem na ESF nesse período⁴.

No entanto, conforme observado em atividades práticas cabe salientar que normalmente o primeiro contato do bebê com a ESF se dá na realização do Teste do Pezinho, momento que as mães costumam agendar a primeira consulta da criança, no entanto as unidades disponibilizam apenas um turno na semana para a realização do mesmo, dificultando o acesso à ESF na primeira semana de vida do bebê.

Com base nas observações durante a RMISPS é possível afirmar a busca ativa dos recém nascidos preconizada pelo MS fica prejudicada e muitas vezes, acaba por não ocorrer, conforme relatos, devido ao acúmulo de funções (clínicas e administrativas) dos profissionais das ESFs e pela grande demanda por serviços na unidade.

Sobre a consulta de puericultura, duas profissionais afirmaram que não se sentem plenamente aptas a realizá-la, as que se sentiam aptas apontaram a formação acadêmica como fonte de seus conhecimentos. Concordando com estudo que aponta que geralmente é insuficiente a capacitação dos profissionais para cumprir suas atribuições na assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária à criança¹⁷.

Todas as profissionais informaram que nunca receberam capacitação relacionada à consulta de puericultura, por parte da gestão da saúde. No entanto, como já foi afirmado, sabe-se que não se pode conceber a reorganização da atenção à saúde, como almejado na criação do ESF, sem que, de forma concomitante, se invista na política de formação e em um processo permanente de capacitação dos recursos humanos.

O MS destaca que investir em educação permanente e na qualificação crescente dos profissionais das equipes, reflete na maior qualidade da atenção oferecida à população, possibilitando-lhe melhores condições de saúde e de qualidade de vida¹⁵.

Nas duas unidades as consultas de puericultura são agendadas. Na ESF 1 a primeira consulta é agendada pela mãe e as demais consultas vão sendo agendadas mensalmente, após cada consulta, no entanto se a criança não comparece a consulta, a mãe encontra dificuldade na remarcação, por escassez de vagas. Na ESF 2 o agendamento é feito bimestralmente, ou seja, a agenda é disponibilizada para marcação a cada dois meses, quando os horários acabam, deve-se aguardar até que sejam disponibilizados os horários para os próximos dois meses, já a médica atende apenas demandas clínicas, por meio de retirada de ficha que são disponibilizadas diariamente. Em ambas as unidades as agendas são lotadas, o que leva os cuidadores à recorrerem ao atendimento médico em busca de assistência clínica curativa e não preventiva como preconizado pelo modelo de atenção.

O que corrobora com o estudo realizado no interior da Paraíba, que observou que as rotinas administrativas das ESF acabam por direcionar o usuário para o médico, sem que haja um devido acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pela equipe, diferentemente das recomendações do MS¹⁹. No processo de trabalho, aspectos dessa natureza apontam a defasagem entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real. Ou seja, a realidade não corresponde ao preconizado pelo MS.

O MS enfatiza na Agenda de Compromisso que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) faz parte da avaliação integral à saúde da criança de zero a seis anos e que envolve o registro no Cartão da Criança, avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e aspectos clínicos, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança em todo atendimento. Ainda o MS propõe que sejam realizadas sete consultas no primeiro ano de vida da criança, duas no segundo ano e uma em cada ano seguinte, até o sexto ano ⁴. As ESFs realizam consultas mensais, no entanto a ESF 1 apenas com crianças até 1 ano e a ESF 2 com crianças até 2 anos de vida (consultas mensais apenas no primeiro ano, no segundo é semestral).

Percebe-se que a organização do processo de trabalho nas ESF, não está garantindo as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, padronizadas para crianças até seis anos pelo MS. Também se observa uma falha no diálogo entre a gestão e as ESF, já que as gestoras afirmaram nas entrevistas que seguem as orientações da Agenda de Compromisso.

Ainda, se as consultas acolhem apenas as crianças até um e dois anos, pode-se inferir que após essas faixas etárias perde-se o foco de promoção da saúde e prevenção da doença e as mesmas ficam assistidas apenas quando apresentam algum agravo na saúde.

No entanto, percebe-se como potencialidade, o fato das equipes realizarem as consultas mensalmente, o que possibilita a criação de vínculo com as famílias.

Conforme descrição, a ESF 2 apresenta uma população de abrangência maior que o recomendado pelo MS, sendo que a recomendação é que uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes, fato que justifica as agendas super-lotas e a diminuição da idade alvo para realização das consultas ⁹.

Sobre quem realiza as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na unidade e de que forma essa assistência é prestada, obteve-se os seguintes dados: na ESF 1 a avaliação antropométrica e a anotação dos dados na Carteira da Criança fica a cargo da enfermeira, auxiliada pela técnica de enfermagem, após a médica verifica os sinais vitais, demandas clínicas e avalia o desenvolvimento infantil.

Na ESF 2 as consultas são realizadas apenas pelas enfermeiras, a médica como já dito, se detém apenas aos casos de urgência e emergência.

Nas consultas de puericultura tem-se dado ênfase para o processo de crescimento sendo que as orientações dos profissionais têm como base o corpo biológico e o processo saúde-doença. Nos relatos percebe-se que os profissionais têm dificuldades quanto à avaliação

do desenvolvimento neuropsicomotor, focando nos aspectos motores e neurológicos, os mesmos não costumam anotar na Caderneta esses dados, embora conheçam o Instrumento de Vigilância do Desenvolvimento presente na carteira da criança. Esse instrumento apresenta indicadores de atraso e risco para o desenvolvimento infantil, e devem ser analisados e anotados durante a consulta.

Novamente percebe-se que apesar da ESF visar à superação do modelo hegemônico, o mesmo ainda está muito presente no processo de trabalho e nas ações de saúde das equipes.

Tanto quanto o acompanhamento do crescimento, o acompanhamento do processo de desenvolvimento maturativo, psicomotor, social e psicoafetivo de cada criança é imprescindível. Por isso, o profissional de saúde deve aproveitar a consulta de puericultura para observar os marcos do desenvolvimento e para verificar a maneira como a mãe/cuidador e familiares em geral se relacionam com a criança. Os marcos do desenvolvimento contidos na Caderneta de Saúde da Criança servem como subsídios para dialogar com a família, obtendo maiores informações sobre o que não puder ser observado durante a consulta e orientando para os cuidados necessários. Além disso, os cuidadores da criança devem ser orientados para que os marcos do desenvolvimento sejam atentamente observados, possibilitando a prevenção de agravos e, quando necessário, realizando a intervenção o mais precocemente possível e fazendo os encaminhamentos para os atendimentos especializados. O olhar atento dos profissionais da ESF e de todos os que acompanham a criança para o processo de seu desenvolvimento é fundamental para a promoção de maior qualidade de vida, seja no curso esperado do desenvolvimento, seja quando existam agravos já instalados ²⁰. Com base nessa afirmação percebe-se que os profissionais ferem o princípio da integralidade, dando mais atenção ao corpo biológico da criança e deixando aspectos importantes do desenvolvimento motor, emocional e social em segundo plano.

Segundo Araújo a relação de trabalho da equipe, perpaça por duas concepções distintas, a equipe agrupamento que é caracterizada pela fragmentação e a equipe integração que é caracterizada pela consonância com o princípio da integralidade ²¹. Desta forma observou-se que as relações entre os profissionais da ESF são pautadas pelo trabalho em equipe do tipo agrupamento, produzindo cuidado sem complementaridade objetiva entre as ações, desenvolvendo atividades isoladas, de acordo com seu conhecimento técnico específico, não havendo um projeto terapêutico coletivo, interdisciplinar, objetivado pela ESF¹⁹. Embora na ESF 2 as profissionais participem da mesma consulta, isso não caracteriza um trabalho em equipe integrado, pois cada profissional faz a sua avaliação, separadamente e não há troca das informações.

Nesse sentido a organização dos processos de trabalho tem destaque como a principal questão a ser enfrentada para a mudança dos serviços de saúde, no sentido de colocá-lo operando de forma centrada no usuário e suas necessidades.

Frente aos achados deste estudo percebe-se que a RMISPS tem papel importante nas ESFs, fomentando a atenção integral à saúde da população, pois além de dispor um olhar multiprofissional a cerca das questões em saúde, potencializa a atuação interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional das equipes, desta forma colaborando com a transformação do modelo de assistência à saúde e com a organização do processo de trabalho.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo apresentou parte dos resultados obtidos na pesquisa intitulada Saúde da Criança: Percepções e Conhecimentos de Profissionais e Gestores Sobre a Prática em Estratégia de Saúde da Família, os demais resultados serão apresentados pelos demais pesquisadores e teve como objetivo analisar como se configura o cuidado integral à saúde da criança de zero a seis anos de idade junto às Estratégia de Saúde da Família, a fim contribuir na qualificação dos processos de trabalho acerca do cuidado integral deste segmento populacional no município de Santa Maria-RS.

O mesmo possibilitou o conhecimento e a avaliação das ações nas esferas de gestão estadual e municipal e do processo de trabalho a cerca do cuidado integral da saúde da criança, nas ESF.

Sobre a gestão observou-se nas afirmações que a mesma busca seguir a Agenda de Compromisso com a Saúde Integral da Criança para Redução da Mortalidade Infantil apresentada pelo MS e que a pactuação e avaliação de indicadores de saúde e o desenvolvimento das ações têm base nos dados enviados pelas ESF através do SIAB. No entanto sabe-se que esses dados além de limitados no que diz respeito à integralidade, não correspondem a realidade, o que prejudica o (re)planejamento de ações.

Com relação à educação permanente dos profissionais, as gestoras afirmaram ter uma agenda para capacitações que são realizadas periodicamente, contudo as temáticas abordadas têm enfoque nas doenças prevalentes, fato que demonstra um olhar centrado no modelo hegemônico.

Sobre a atenção prestada à saúde da criança pelos profissionais das ESF, percebeu-se que ainda não contemplam a perspectiva da integralidade, tendo como fio condutor, uma assistência fundamentada no corpo biológico, na doença e na queixa-conduta.

Esse dado pode ser observado no fato de que a maioria dos profissionais não utiliza os dados do SIAB, para o planejamento das ações, o que demonstra que os mesmos estão centrados na produção de procedimentos e não no desenvolvimento de uma prática integral com base nas características da população atendida.

Ainda percebeu-se que a organização do processo de trabalho das equipes no que tange a assistência integral a saúde da criança, não segue as orientações da Agenda de Compromisso no que diz respeito ao acompanhamento do recém nascido na primeira semana de vida, busca ativa, faixa etária preconizada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e preenchimento do cartão da criança.

No entanto observou-se que uma das equipes trabalham em áreas de abrangência que excede o número populacional preconizado pelo MS, há falta de profissionais e as ações desenvolvidas ficam prejudicadas devido ao acúmulo de funções e pela grande demanda por serviços na unidade.

Ainda, os profissionais referiram não terem sido capacitados pela gestão para atuarem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, fato que preocupa, pois conforme visto anteriormente, para que haja uma inversão no modelo de atenção, as equipes precisam estar capacitadas para tal.

Desta forma o desafio para a prestação de uma assistência integral à saúde da criança, conforme orientado pela Política de Saúde da Criança, constitui-se em romper com a lógica do modelo de assistência hegemônico, pois como visto, a mesma permanece muito presente nas ações desenvolvidas nas ESFs e pela gestão.

Para uma real mudança no modelo de assistência exige-se das equipes além de tempo disponível, reorientação das práticas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, e mais, empenho e participação da gestão, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde. Ainda a perspectiva da promoção da saúde deve ser entendida como transversal no modo de organização da atenção à saúde da criança.

Nesse sentido entende-se que é papel da RMISPS potencializar a mudança do modelo de assistência e a qualificação do processo de trabalho, impulsionando junto aos profissionais e gestores tencionamentos que acelerem esta mudança. Ao observar que os profissionais e gestores de saúde conseguem articular uma rede que preconize a assistência baseada na integralidade, é possível dizer que a RMISPS cumpre com seu objetivo e que os usuários de saúde terão seus direitos garantidos sendo atendidos de forma equânime, universal e integral.

5 – REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov.-dez., 2005.
3. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Porto Alegre, 2010.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília. Ministério da Saúde, 2004.
5. CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V.; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011.
6. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.
7. GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Revista Ciência da Informação**. Brasília, v. 33, n. 1, p. 72-80, jan.-abr., 2004.
8. MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A (Org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
9. 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. Ministério da Saúde, 1997.

10. _____. Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 1986.
11. _____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica de Saúde 8080/90**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em junho 2012.
12. MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **SIAB: manual do sistema de informação da atenção básica**. Brasília. Ministério da Saúde, 1998.
14. KRUG, S. B. F.; et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77-88, jan.-jun., 2010.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde, 2009.
16. FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. C.; SILVA, N. C. **Organizando rodas de educação permanente para integralidade em saúde**. Congresso Rede Unida, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: http://www.uesc.br/atencaoasaude/trabalhos/organizando_rodas_de_educacao_permanente_para_integralidade_em_saude.pdf. Acesso em: junho 2012.
17. FELICIANO, K. V. O. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 8, n. 3, p. 45-53, jan.-mar., 2008.

18. MEHRY, E. E. **Engravitando palavras**: o caso da integralidade. Congresso Rede Unida, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-06.pdf>. Acesso em: 10 junho 2012.
19. ASSIS, W. D.; et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 64, n.1, p. 38-46, jan.-fev., 2011.
20. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília. Ministério da Saúde, 2005.
21. ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.