



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CARINA PIMENTEL SOUZA

**ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA (PSF): LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A
PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS NA INFÂNCIA**



FEIRA DE SANTANA

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CARINA PIMENTEL SOUZA

**ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA (PSF): LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A
PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS NA INFÂNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração – Políticas, Planejamento, Gestão em Saúde.

Linha de pesquisa – Políticas, Organização de Sistema, Serviços e Programas de Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr.^a Maria Lúcia Silva Servo.

FEIRA DE SANTANA

2010

Autorizo a reprodução e divulgação total deste trabalho por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citado a fonte.

Ficha Catalográfica

Souza, Carina Pimentel

S714a Atenção à saúde materno-infantil no Programa Saúde da Família (PSF): limites e possibilidades para a prevenção de deficiências na infância / Carina Pimentel Souza. – Feira de Santana, 2010.

137f.: il.

Orientadora: Maria Lúcia Silva Servo

CARINA PIMENTEL SOUZA

**ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA (PSF): LIMITES E POSSIBILIDADES PARA A
PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS NA INFÂNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Feira de Santana – BA, 11 de março de 2010.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a. Maria Lucia Silva Servo (orientadora)
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo
Universidade Federal da Bahia - UFBA

Prof.^a Dr.^a Maria Ângela Alves do Nascimento
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

Prof.^o Dr. Admílson Santos (suplente)
Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS

A Danilo meu marido, companheiro e mestre que soube sempre ouvir e compreender as minhas angústias, medos e aflições, me incentivando e cujo apoio incondicional me ajudou a chegar até aqui, com muito amor, carinho e compreensão.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Deus por, em cada linha e em cada momento da caminhada na construção deste trabalho, se fazer presente, assim como em todos os momentos da minha vida, me fazendo crê que tudo posso naquele que me fortalece.

Aos meus bons irmãos de luzes pela força, resignação e proteção durante todo o percurso.

A minha família pela compreensão, sei que muitas vezes difícil, quanto aos meus vários momentos de ausência em função da dedicação aos estudos. Aos meus pais João de Deus e Marlene, espelho de caráter, humildade e determinação pela preocupação constante e por me compreender e dar-me apoio nos momentos de aflição; meus já compadres: minha irmã Daise e meu cunhado Silvo, minhas fontes de alegria e união, obrigada por compreender o “pé de mandacaru” de vocês.

Às minhas famílias Pimentel e Pereira (tios, tias e primos) com quem aprendi o real significado do estarmos juntos na alegria e na tristeza, na saúde e na doença mesmo com as surpresas duras e sofridas da vida em virtude da partida de alguns. A hoje também minha família Batista sempre preocupados comigo.

Aos meus “pequenos”, que embora as mães digam que neles há um pedacinho de mim, eu digo o inverso, que em mim há um pedacinho de cada um deles e em cada linha deste trabalho e a quem tive a dura e sofrida escolha em ter que renunciar por causa da minha inserção neste mestrado.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora professora Dra. Maria Lucia Silva Servo pelo acolhimento na chegada conflituosa ao mestrado, além do carinho, confiança e dedicação na construção deste trabalho.

À professora Dra. Maria Ângela Alves do Nascimento pela disponibilidade, desprendimento e companheirismo com as minhas buscas constantes para a construção deste trabalho, sempre com muita atenção, paciência e profissionalismo.

À professora Climene Laura de Camargo, pelo acolhimento no grupo de pesquisa CRESCER, pela amizade e grande incentivadora ao meu caminhar enquanto pesquisadora, deixo aqui a minha admiração pela mulher e profissional que és.

À professora Dra. Claudia Martinez pela disponibilidade e valiosas contribuições na minha banca de qualificação.

À professora Dra. Acácia Batista pelo carinho, atenção e mesmo doce e confusa construção, desconstrução e reconstrução do meu objeto de trabalho durante as aulas de Saúde, cultura e sociedade, sem deixar de lembrar a preciosa sugestão do “caderninho de plantão” para a construção deste trabalho e que me foi bastante útil.

Às sempre mestras Joana Angélica Oliveira Molesini e Telma Dantas por me apresentarem a Saúde Coletiva de uma forma apaixonante, vislumbrando possibilidades para o nosso sistema de saúde brasileiro, o que me incentivou a buscar construir o meu objeto de estudo. Obrigada pelo incentivo durante todas as etapas do processo seletivo do mestrado, sempre confiantes, vibrando e compartilhando comigo cada etapa superada.

Aos professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica do Salvador, pelo incentivo, compreensão e apoio não me deixando recuar nem desistir, em virtude da dura e difícil conciliação do término da segunda graduação concomitante a minha entrada no mestrado, sem o apoio de vocês não teria conseguido hoje ter o orgulho de dizer que também sou enfermeira.

À professora Graça Simões pela valiosa contribuição nas correções deste trabalho.

Às amigas de infância, de hoje e de sempre Drica e Lorena, pelo carinho, preocupação e compreensão da minha ausência temporária.

Aos ontem professores e hoje colegas, professores do curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, obrigada pela construção dos alicerces de toda a minha trajetória profissional.

À minha turma de Terapia Ocupacional (Bahiana – turma 2002) cujo emprego do pronome possessivo tenta expressar o nosso vínculo que perdura até hoje respeitando-me e incentivando-me sempre durante esta jornada.

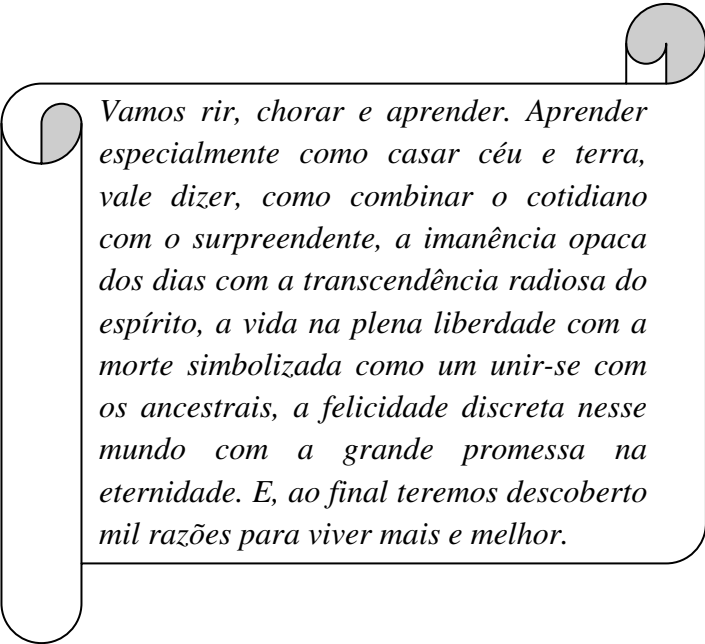
A minha turma do mestrado por termos chegado juntos ao final de mais uma etapa de nossa caminhada (e que caminhada!!!). E este caminho que bom que não foi sozinho pois tivemos vários personagens na nossa pequena “história”. As “Miguxas”: Nanda, Elvira, Magda e Mari; a dupla dinâmica “Tico e Teco”: Décio e Tiago; o “Trio Parada-dura”: Saulo, Naiara e Camila. As “Caixeiras viajantes”: Cileide e Ana Claudia; a sempre doce e prestativa Carol; o “Quarteto Fantástico”: Josenildo, Morgana, Alaíde e Brena. Pois é, o certo é que com estas pequenas panelas fizemos um grande caldeirão!!! Afinal, continuaremos sendo A TURMA de 2008! Ou melhor... A minha turma de mestrado!

As usuárias e às Equipes Saúde da Família do Distrito Sanitário Cabula-Beiru, tanto os que participaram diretamente quanto os que de alguma forma mesmo indiretamente me ajudaram durante o período da coleta de dados desta pesquisa, desnudando-se e abrindo as suas portas para a construção deste estudo.

A todos os docentes do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Saúde Coletiva da UEFS em especial às professoras Dra. Marluce Assis pelo carinho e atenção na minha conflituosa chegada ao programa, Dra. Marinalva Lopes com quem tive a oportunidade de aprender a aprender, Dra. Ana Luisa Vilas Bôas pela competência, Dra. Tânia Araujo pela atenção, à Dra. Maria Maura pelo carinho e contribuições.

Aos amigos e compadres Ad e Sandra pela amizade e carinho durante este período.

Aos funcionários do mestrado Goreth Pinho e Jorge Barros, pela atenção, carinho e apoio durante estes dois anos.



Vamos rir, chorar e aprender. Aprender especialmente como casar céu e terra, vale dizer, como combinar o cotidiano com o surpreendente, a imanência opaca dos dias com a transcendência radiosa do espírito, a vida na plena liberdade com a morte simbolizada como um unir-se com os ancestrais, a felicidade discreta nesse mundo com a grande promessa na eternidade. E, ao final teremos descoberto mil razões para viver mais e melhor.

RESUMO

Sabemos que a grande maioria dos casos de deficiência na infância pode ser evitada ou atenuada e que embora suas causas sejam multifatoriais, muitas vezes, eles são decorrentes da falta de acesso, qualidade ou organização das práticas e dos serviços de saúde. Este estudo sobre a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde -materno – infantil, no Programa Saúde da Família, pelas Equipes Saúde da Família, do Distrito Sanitário Cabula - Beiru, em Salvador-BA, teve como objetivos: analisar as ações desenvolvidas pelas Equipes Saúde da Família (ESF) desenvolvidas no pré-natal e no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) infantil para a prevenção de deficiências na infância e apontar seus limites e possibilidades. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tendo como técnicas de coletas de dados: a entrevista com roteiro semi-estruturado e a observação sistemática. Os sujeitos do estudo foram os 15 profissionais que compõem as ESF (médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e 10 usuárias (genitoras em serviços de pré-natal e mães das crianças do ACD). Para a análise dos dados utilizamos a técnica de análise de conteúdo de Bardin. O estudo sinaliza que embora seguindo os mesmos princípios e orientações de organização dos serviços e das práticas, as equipes se distinguem no modo de organização das práticas e nas atividades desenvolvidas em atenção à saúde materno-infantil, destarte para o trabalho multiprofissional, colaborativo, com antecipação das demandas e intervenções articuladas nas ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde a partir das necessidades da população. Como limites para a prevenção de deficiências são apontados a necessidade de uma organização da rede de serviços, a corresponsabilidade, a necessidade de Educação Permanente, a falta de unicidade da ESF e o contexto sócio-econômico das famílias. Já como possibilidades são apontados os Testes do Pezinho, do Olhinho e da Orelhinha, as ações de educação em saúde, o vínculo e o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS). Concluimos o estudo, reafirmando a existência de possibilidade de prevenção de deficiências na infância e destacando que a integralidade constitui-se no maior desafio para que de fato deficiências na infância possam ser prevenidas perpassando pela prática, organização do trabalho e organização das políticas públicas de saúde, mediante ações intersetoriais.

Descritores: saúde materno – infantil, Programa Saúde da Família (PSF), crianças - prevenção de deficiências.

ABSTRACT

It is known that most cases of deficiency in childhood can be avoided or attenuated and, although the causes are related to several factors, most of the times, they are due to lack of access, quality or organization of health practices and services . This study about deficiency prevention on childhood from attention to maternal - infant health, in the Family Health Program, by Family Health Teams (FHT) of Sanitary District Cabula - Beiru, in Salvador, Bahia, has the purpose of analyze the actions developed by Family Health teams in prenatal and infant Growing and Development Accompaniment (GDA) to prevent childhood deficiencies and point their limits and possibilities. It is a qualitative research that uses as techniques of data collection interviews with semistructured guide and systematic observation. The subjects of the study were the fifteen professionals that form the FHTs (doctors, nurses, nurse technicians and auxiliary and communitary health agents) and sixteen users (genitors in prenatal services and mothers from the GDA children). The technique of content analysis from Bardin was used to the analysis of data. The study signals that although the teams follow the same principles and orientations to the services and practices organization, they distinguish from each other in the manner they organize practices and in the activities developed in attention to maternal - infant health, this manner multiprofessional work, collaborative, with demand anticipation and articulated interventions in health promotion, prevention, assistance and recovery actions from people needs. The limits to deficiency prevention pointed out are the need of organization of services network, co-responsibility, the need of permanent education, the lack of unity of FHT and the socio-economic context of families. The possibilities pointed out are the foot, eye and ear tests, the actions of health education, the community health agents link and work. The study finishes reaffirming the existence of possibility of prevention of childhood deficiencies and pointing that integrality constitutes the major challenge in order to make effective childhood deficiencies prevention, traversing practices, work and public health politics organization, from intersectoral actions.

keywords: maternal - infant health, Family Health Program (FHP), children - deficiency prevention.

SUMÁRIO

1	O ENCONTRO COM O OBJETO DE ESTUDO: A DIVERSIDADE DE OLHAR E AS POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS NA INFÂNCIA	12
2	APORTE TEÓRICO DO ESTUDO	20
2.1	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA DE (RE) ORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL	20
2.1.1	Re (orientação) do modelo assistencial: as propostas da Saúde Coletiva	23
2.1.2	Re (orientação) do modelo assistencial: o Programa Saúde da Família	27
2.2	AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO – INFANTIL	31
2.2.1	Políticas, programas e ações de atenção à Saúde da Mulher no Brasil	31
2.2.2	Políticas, programas e ações de atenção à Saúde da Criança no Brasil	34
2.3	DEFICIÊNCIA, SOCIEDADE E SAÚDE	41
2.3.1	Conhecendo a deficiência e suas interfaces no campo da saúde	45
3	O CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO	55
3.1	TIPO DE ESTUDO	55
3.2	CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO	56
3.2.1	O Sistema Local de Saúde	58
3.2.2	O Distrito Sanitário Cabula/ Beiru – recorte espacial do estudo	59
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	61
3.4	TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	65
3.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA E SISTEMÁTICA PARA A COLETA DE DADOS	68
3.6	ANÁLISE DOS DADOS	69
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	74
4.1	O AGIR DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL	74
4.1.1	O agir das Equipes Saúde da Família na atenção pré-natal	78
4.1.2	O agir das Equipes Saúde da Família no ACD	91
4.2	OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E NO ACOMPANHAMENTO DO	100

	CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL (ACD)	
5	UMA SÍNTESE DO ESTUDO: O ENCONTRO DE OLHAR, A CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO E AS POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIA NA INFÂNCIA	115
	REFERÊNCIAS	121
	APÊNDICES	132
	APÊNDICE A - Roteiro para entrevista semi - estruturada – ESF	133
	APÊNDICE B - Roteiro para entrevista semi - estruturada – usuários	134
	APÊNDICE C - Roteiro para observação	135
	APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido	136
	ANEXOS	137

1 O ENCONTRO COM O OBJETO DE ESTUDO: A DIVERSIDADE DE OLHAR E AS POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS NA INFÂNCIA

Tomando como ponto de partida a ideia de que muitos dos casos de deficiência na infância podem ser evitados ou atenuados, mesmo que embora suas causas sejam multifatoriais, entendemos que essas deficiências, por vezes, são decorrentes da falta de acesso, qualidade ou organização das práticas e dos serviços de saúde prestados à população.

Assim, o interesse em estudar essa temática surgiu a partir da minha diversidade de olhar, como Terapeuta Ocupacional, quando atuava na Clínica Infante em Feira de Santana - BA (2002 à 2006) e na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em Salvador - BA (2006 à 2008), atendendo a crianças de zero a dois anos, deficientes e com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ou risco de apresentá-lo, e também como enfermeira e membro do Grupo de Pesquisa CRESCER (Escola de Enfermagem - UFBA) voltado para a Saúde da Criança e do Adolescente, atividades que contribuíram para que aumentasse o meu espírito investigativo, sobre tal objeto, voltando o olhar para a Atenção Básica à Saúde, ao perceber que aquelas crianças que eram atendidas não tinham sido encaminhadas precocemente pelos serviços da Rede Básica de Saúde, o que acarretava atrasos significativos no desenvolvimento infantil, surgimento de deficiências secundárias e o agravamento de deficiências já instaladas.

Encontramos consonância com este fato no estudo de Della Barba (2007) ao ressaltar que muitas crianças só são encaminhadas para os serviços de Terapia Ocupacional tardiamente, quando os déficits já estão instalados ou até mesmo quando a criança entra na vida escolar necessitando, com isso, de reabilitação e inclusão escolar.

Durante o desenvolvimento da minha prática profissional, como Terapeuta Ocupacional juntamente com o olhar da Enfermagem, vários questionamentos tornaram-se inquietantes, tais como: Qual a razão do acesso tardio ao tratamento das crianças com déficits no desenvolvimento neuropsicomotor? Por que os encaminhamentos são feitos por instituições ou profissionais especializados e não pelos serviços da Rede Básica de Saúde?

Como são realizados os diagnósticos desses pacientes na Atenção Básica? Por que apenas as crianças com traços físicos “visíveis” são encaminhadas precocemente?

A partir de tais questionamentos, desenvolvemos, em 2007, um primeiro estudo analisando a prática de profissionais de enfermagem diante da vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor infantil, pesquisa essa que foi publicada sob a forma de artigo: *Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor infantil na Estratégia Saúde da Família* (SOUZA; MOLESINI; OLIVEIRA, 2008). Esse estudo foi amplamente divulgado e socializado com a comunidade acadêmica através da nossa participação em congressos científicos nas áreas de Educação e de Saúde e foi publicado no Livro dos Trabalhos Premiados no III Concurso Nacional de Experiências em Saúde da Família da III Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família realizado em Brasília em 2008.

Ao entrarmos no Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva - Mestrado da Universidade Estadual de Feira de Santana (2008), através do contato com novas abordagens e perspectivas teóricas, bem como do diálogo nas aulas e orientações, pudemos perceber que algumas das questões anteriormente levantadas não estavam respondidas. Assim um segundo estudo (*Education, Health and Handicap – Occurrence Prevention at the Family Health Program*) foi desenvolvido com o objetivo de analisar as ações do Programa Saúde da Família no acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor infantil e a prevenção de deficiências (SOUZA et al., 2009). Esse estudo foi publicado nos Anais do I Congresso Internacional Família, Escola e Sociedade e nele chegamos à conclusão de que a ausência de acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor infantil pode trazer grandes implicações no desenvolvimento das crianças e agravamento dos transtornos do desenvolvimento, uma vez que muitos desvios, ao deixarem de ser diagnosticados precocemente, podem agravar-se à medida que a criança vai se desenvolvendo, repercutindo, muitas vezes, num quadro grave de desenvolvimento, que gera prejuízos futuros para a criança, bem como para a família.

A importância da prevenção de deficiências também é ressaltada por Enumo e Trindade (2002), quando analisam que um terço da população é constituído por mães e filhos, que os agravos a eles influem direta ou indiretamente sobre todo o resto da população, e que as causas de muitas deficiências encontram-se antes, durante e após o parto, as ações de cuidados com a saúde reprodutiva da mulher e com recém-nascidos, o atendimento ao parto, o controle de doenças transmissíveis e da subnutrição de gestantes e

recém-nascidos, assim como melhorias na qualidade da assistência ao parto deveriam ser temas de estudos voltados para a prevenção de deficiências.

Neste contexto de priorização às ações preventivas e ao atendimento integral, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde, no âmbito do SUS, afirmando uma decisão política e institucional de reorganização dos serviços e ações de saúde no Brasil (BRASIL, 2007b; ROSA; LABATE, 2005). Assim, consideramos neste estudo o Programa Saúde da Família como uma proposta de reorientação assistencial à saúde em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, ou seja, descentralização, com direção única em cada esfera de governo e atendimento integral, com prioridade para as ações preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e com participação da comunidade através do controle social (BRASIL, 2001a).

O Programa Saúde da Família valoriza, dentre outros princípios, o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, numa determinada área, resgatando relações de compromisso e co-responsabilidade (FRANCO; MERHY, 1999); o trabalho multidisciplinar, envolvendo profissionais de várias áreas; a ênfase na promoção da saúde e a prevenção de agravos; a atenção à família como núcleo agregador de pessoas e setor prioritário de focalização de atenção à saúde.

Assim, o Programa Saúde da Família, em cartilha intitulada *A Pessoa com Deficiência e o Sistema Único de Saúde* (BRASIL, 2007a), publicada pelo Ministério da Saúde através do Departamento de Ações Estratégicas, constitui-se na porta de entrada de atenção a esses pacientes na Rede Básica de Saúde e de acesso a serviços de complementação diagnóstica e intervenção de caráter preventivo.

Com a inserção no mestrado em Saúde Coletiva, do Programa de Pós-Graduação da UEFS e a realização do Estágio Docência na Unidade Saúde da Família da Matinha, Distrito da zona rural de Feira de Santana – BA, fomos instigados a ampliar a temática da prevenção de deficiências. Este estágio contribuiu para que voltasse o meu olhar para as ações desenvolvidas nos serviços de pré-natal e ACD, visto que ainda percebíamos a existência de algumas contradições e lacunas entre a política, a organização das ações e a atuação das Equipes Saúde da Família (ESF) na atenção à saúde materno - infantil, que são de relevância para a prevenção de deficiências na infância.

As ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a criação do Programa Saúde da Família, representam um dispositivo da política pública brasileira em

atenção à saúde, e esse tem sido foco de interesse de muitos pesquisadores. Entretanto, pouco se tem revelado sobre como os profissionais do PSF atuam frente à prevenção de deficiência infantil, apesar de atuarem no acompanhamento da saúde materno – infantil, nos serviços de Pré-natal e Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (ACD) juntamente pelo fato de que agravos nos períodos pré, peri e pós-natais podem ser determinantes para o desenvolvimento e /ou agravamento de deficiências.

Assim, este estudo consiste na análise das ações que são desenvolvidas pelas Equipes Saúde da Família (ESF) na atenção à saúde materno-infantil e nos limites e possibilidades dessas ações para a prevenção de deficiências na infância¹, num momento em que a incidência de deficiências no Brasil nos assusta e o Sistema Único de Saúde (SUS) reconhece que 70 % desses casos poderiam ser evitáveis ou atenuáveis. Além disso essas ações ocorrem num contexto em que a política pública nacional de saúde identifica a Rede Básica como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e em que ações com o objetivo da promoção da saúde e prevenção de deficiências estão diretamente vinculadas ao trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2007b).

A evolução conceitual ou caracterização de deficiência perpassa por aspectos que vão desde a tentativa de explicações causais místicas, psicológicas, fisiológicas e anatômicas à atitudinal social, ou seja, consideram-se também os direitos e conquistas sociais que as pessoas com deficiência foram adquirindo ao longo do tempo, os quais foram gradativamente incorporados. Assim, no campo da Saúde, deficiência é definida, hoje, de acordo com a Lei 10 690 de 16 de junho de 2003 e do Decreto nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004, como limitação ou incapacidade para o desempenho de atividades, podendo enquadrar-se nas seguintes categorias: física, mental, visual, auditiva ou múltipla (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido, a deficiência é pautada na concepção biomédica de limitações e incapacidades que são responsáveis diretamente pelas restrições e implicações sociais para os deficientes.

Seguindo também o critério de indicação de incapacidades (enxergar e ouvir) e dificuldades (andar, subir escadas), o censo de 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008) identificou como sendo de 14,5% a prevalência de deficiência na

¹ Deficiência na infância: alterações de natureza física, mental ou sensorial que acomete crianças trazendo repercussões no seu desenvolvimento neuropsicomotor.

população brasileira, dado bastante alarmante para o nosso país, uma vez que a Organização Mundial de Saúde apresenta um índice esperado de apenas 10% para países em desenvolvimento, situação na qual o Brasil é classificado.

Isso nos levou à reflexão acerca da relação que poderia haver entre as condições de vida de uma população, como moradia, saneamento básico, saúde, educação, e a prevalência de deficiência. Neste contexto caracterizado sobretudo por desigualdades sócioeconômicas bastante acentuadas nas distintas capitais brasileiras, o estudo *Retratos da Deficiência no Brasil* (NERI et al., 2003) destaca que oito dos nove estados nordestinos apresentam os maiores índices de pessoas com deficiência, destacando-se entre eles o estado da Bahia, onde o IBGE (2008), estima que a população com deficiência seja de 15,64%, número mais elevado que a média nacional.

Assim, do total de pessoas com deficiência no Brasil, 48,1% são de pessoas com deficiência visual, 22,9 % com deficiência motora e 4, 1% com deficiência física, 16, 7% com deficiência auditiva e 8, 3% de deficiência mental. Contudo, o Ministério da Saúde ressalta que 70% desses casos poderiam ser evitados ou atenuados, uma vez que na deficiência mental, 40% dos casos graves poderiam ser evitados, bem como 60% das visuais através de medidas preventivas (BRASIL, 2008c; 2007a).

As medidas preventivas, principalmente nos países em desenvolvimento, constituem-se numa importante estratégia das políticas públicas de saúde para a prevenção de deficiência, tendo como principal dispositivo, a Atenção Básica à Saúde que, de acordo com a *Política Nacional de Atenção Básica* (BRASIL, 2007b), engloba ações de saúde individuais e coletivas voltadas para a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde a partir das suas áreas estratégicas como a Saúde da Mulher e a Saúde da Criança, sendo orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

Assim, assumimos, neste estudo, a concepção de prevenção de deficiências, levando-se em conta a integralidade das ações e dos serviços, como a adoção de medidas intersetoriais que impeçam o surgimento ou agravamento de deficiências que podem trazer repercussões negativas na qualidade de vida de seus portadores (BRASIL, 2009a).

O Sistema Único de Saúde reconhece que as medidas de prevenção de deficiência envolvem uma série de ações que incluem cuidados primários com a saúde, atenção à saúde

materno-infantil, medidas contra doenças endêmicas e prevenção de doenças adquiridas na relação sujeito-ambiente (BRASIL, 2007a). Dentre essas ações, podem ser destacadas as atividades de educação em saúde, o planejamento familiar, o aconselhamento genético, o acompanhamento do pré-natal, puerpério e pós-natal, como também o seguimento do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Nesse contexto de possibilidades para a implementação de ações preventivas a partir da Atenção Básica à Saúde, fizemos um recorte no estudo da atenção à saúde materno – infantil, no pré-natal e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD) infantil para a prevenção de deficiências, com suporte nos estudos de Brandão (1989), Bobath (1984), Coelho (1999), Nóbrega e col. (2003), que chamam a atenção para as alterações do processo saúde-doença no pré, peri e/ou pós-natal relacionadas à saúde materno-infantil, como causa para a maioria das deficiências ou agravos à mesma, daí a necessidade do desenvolvimento de ações preventivas.

Diante do exposto, constitui-se problema de investigação: **Como são desenvolvidas as ações do Pré-natal e do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento infantil (ACD) para a prevenção de deficiências na infância pela Equipe Saúde da Família (ESF) do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, em Salvador, no ano de 2009?**

Assim, o objeto desta pesquisa consiste na aproximação e investigação *in loco* das ações do Pré-natal e do ACD para a prevenção de deficiências que são desenvolvidas pelas ESF. A delimitação desse objeto de pesquisa está, portanto, vinculada à prática concreta e encontra-se em consonância com o pensamento de Minayo (1999, p. 17) ao mencionar que “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema na vida prática”.

Então, com base no objeto e problemática de pesquisa, estabelecemos os seguintes objetivos:

1 Analisar as ações desenvolvidas pela ESF no Pré-natal e no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) infantil para a prevenção de deficiências na infância.

2 Apontar os limites e as possibilidades das ações desenvolvidas pela ESF, no Pré-natal e ACD para a prevenção de deficiências na infância.

Na perspectiva de operacionalizarmos este estudo elaboramos o seguinte **Pressuposto Teórico:** As ações desenvolvidas pela Equipes Saúde da Família no pré-natal e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD) infantil para a prevenção de deficiências na infância guarda a gênese de raízes históricas socialmente construídas. As ações desenvolvidas no Programa Saúde da Família (PSF), pelas equipes, manifestam-se em práticas reinterativas que ora se traduzem em projetos coletivos ora individuais, envolvendo dimensões variadas que incluem modelos de atenção, políticas públicas de saúde e a concepção de prevenção de deficiências cuja (des) articulação implicará em limites e/ou possibilidades para a prevenção de deficiências na infância.

Logo, para o alcance dos objetivos traçados, iniciamos nossa busca pelas respostas ao nosso questionamento a partir do aporte teórico do estudo, visando dar-lhe sustentação ao analisarmos as ações desenvolvidas pelas ESF na atenção à saúde materno-infantil, que parte de uma abordagem do Programa Saúde da Família enquanto proposta de (re) orientação do modelo assistencial, iniciando com as propostas do Campo da Saúde Coletiva que contribuíram com elementos como a territorialização, a adscrição da clientela, a articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, o vínculo, o acolhimento, a responsabilização, sendo tais aspectos gradativamente incorporado ou problematizado ao ser contemplado na prática cotidiana das ESF.

Após abordarmos o PSF, tendo em vista a problematização das ações das ESF no pré-natal e no ACD, buscamos discorrer sobre as políticas públicas de atenção à saúde materno-infantil, dividindo-as, para uma melhor compreensão didática, em políticas de atenção à Saúde da Mulher e políticas de atenção à Saúde da Criança, com o objetivo de compreender o que norteiam as práticas dos profissionais das ESF na atenção a estas duas populações, tendo em vista a prevenção de deficiências na infância a partir destas.

Assim, iniciamos a nossa reflexão acerca das pessoas com deficiência buscando contextualizar sócio-historicamente as diferentes concepções de deficiência que irão configurar os modelos médicos e sociais da produção da deficiência com os quais encontramos convergências e divergências com os modelos médico-hegemônico e o PSF. Tendo em vista que o nosso olhar é para as ações desenvolvidas pelas ESF na atenção materno-infantil para a prevenção de deficiências na infância, buscamos compreender as possíveis causas para a ocorrência de deficiências em crianças. Como estamos nos referindo a limites e possibilidades e dada a amplitude das ações desenvolvidas pelas ESF,

procuramos não nos deter apenas em uma deficiência, visto que uma ação pode configurar-se como possibilidade e/ou limite para a prevenção de mais de uma deficiência.

Para dar conta de responder à nossa problemática da pesquisa, o nosso percurso metodológico se deu através dos pressupostos da pesquisa qualitativa que, a partir das técnicas de coleta de dados, entrevista semi-estruturada e da observação sistemática possibilitou-nos apreender as ações desenvolvidas pelas ESF na atenção à saúde materno-infantil, para a prevenção de deficiências na infância, bem como seus limites e suas possibilidades.

Assim, no capítulo seguinte, apresentamos, analisamos e discutimos os dados apreendidos a partir das seguintes categorias de análise: O agir das ESF na atenção à Saúde materno-infantil, que foi subdividida em duas subcategorias: O agir das ESF na atenção pré-natal e O agir das ESF no ACD; por fim, discorreremos sobre os limites e as possibilidades dessas ações para a prevenção de deficiências na infância.

No último capítulo, trazemos uma síntese do estudo, tecendo considerações finais acerca do nosso objeto de estudo, vislumbrando, de forma reflexiva a partir do apontado pelos profissionais, os limites e as possibilidades para a prevenção de deficiências na infância.

Com isto, esperamos que esse novo estudo contribua com essa mesma vida prática, que dela parte e a ela retorne, servindo para produzir dados que possam subsidiar gestores locais na elaboração e implementação de projetos, programas e ações de atenção integral à saúde materno-infantil e à prevenção do acometimento de deficiência na infância, dentro de sua área de abrangência, possibilitando, ainda, a vinculação entre estudos dessa natureza e a organização dos serviços de saúde.

2 APORTE TEÓRICO DO ESTUDO

2.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA DE (RE) ORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

A discussão acerca dos modelos de atenção à saúde remete-nos, inicialmente, à compreensão conceitual da palavra modelo. Paim (2003) define modelos de atenção como uma combinação de técnicas e tecnologias que orienta a saúde, destinados à resolução dos problemas da população, considerando-se seus aspectos epidemiológicos, históricos e sociais, não concebidos apenas como um produto ou norma a ser seguido.

Já Teixeira (2003) contextualiza modelos de atenção sob três perspectivas: gerencial, relacionada à reorganização das ações e dos serviços; organizativa, que leva em conta a hierarquização dos níveis de complexidade; técnico assistencial, relacionada às relações entre os sujeitos da prática e seus objetos de trabalho. Contudo, a relação sinérgica entre essas três dimensões é que possibilitaria uma efetiva transformação nos modelos de atenção à saúde.

Assim, apreendemos que a constituição de um modelo de atenção à saúde depende do direcionamento político para a organização do sistema e de como esse se reflete na organização dos processos de trabalho em saúde. Neste sentido, corroboramos com Teixeira (2006) ao afirmar que nenhuma proposta ou modelo sozinho dá conta de provocar mudanças, sendo necessário um redirecionamento no conteúdo das práticas dos trabalhadores, a partir da realidade local em todas as suas dimensões gerencial, organizativa e técnica assistencial.

A forma de operar os serviços de saúde é definido por Mehry (2005) como um processo de produção do cuidado, sendo necessário para isso as tecnologias dura, leve/dura e leves. As duras dizem respeito aos conjuntos de máquinas e equipamentos usados pelos profissionais nas ações assistenciais; já as leve/duras referem-se aos saberes e práticas profissionais e as leves, às relações entre os diversos membros que compõem o processo de cuidar. Assim, estas tecnologias irão influenciar a configuração dos modelos de atenção, uma vez que influenciam o modo de operar os serviços de saúde e a produção do cuidar.

Se hoje temos um modelo de atenção à saúde no Brasil que aspira a ser universal, democrático, com ações integrais e envoltas de participação popular e controle social, atribuímos essa conquista às lutas políticas que tiveram início com os movimentos sociais que emergiram em nosso país, no início da década de 70, como forma de resistência à ditadura militar instalada.

Esses movimentos se organizavam como uma forma de estratégia coletiva de resistência que se legitimava na luta pela implantação de um Estado Democrático de Direito (MONTEIRO; COIMBRA; MENDONÇA FILHO, 2006).

Foucault (1990) contrapõe-se a esta concepção de poder enquanto “propriedade de uma classe” que foi conquistada e está atrelada ao Estado, afirmando estar o poder eminentemente presente nas políticas, técnicas e disciplinas presentes no campo social (MONTEIRO; COIMBRA; MENDONÇA FILHO, 2006).

Dentro dessa perspectiva, podemos encontrar em Foucault (1990) algumas explicações e implicações para a conformação do modelo médico hegemônico-hospitalocêntrico, através do surgimento da Medicina Social e do hospital com a medicalização dos corpos em que “o indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médica.” Reiterando isso, Herzlich (2004) ressalta a crescente medicalização e controle social dos corpos pela medicina a serviço do Estado nos anos 1970.

No modelo biomédico dominante, o foco das ações se dá a partir da explicação e relação causal da doença com agentes endógenos (germes, bactérias, vírus...) ou exógenos (comportamento, fatores do ambiente) (BREILH, 1989 apud BARRETO, 2004). Tal consideração remete-nos à explicação da História Natural da Doença proposta por Leavell e Clark em que haveria uma tríade na origem das doenças, ou seja, hospedeiro-ambiente-agente, sem fazer alusão ao componente social. A ausência do componente social, na realidade brasileira, fomentou inúmeras discussões e críticas ao tecnicismo, reducionismo biológico e perspectiva fragmentária deste modelo, contribuindo, assim, para a entrada das Ciências Sociais, teórica e metodologicamente na Saúde Pública (TAMBELLINI; CAMARA, 1998).

Essas críticas vão dar origem a um movimento de busca pela afirmação de perspectivas teóricas para a organização de modelos de atenção à saúde, que vão se contrapor a esse modelo até então hegemônico.

A atual configuração de reorientação à atenção à saúde, a partir das críticas à ineficiência do modelo médico hegemônico-hospitalocêntrico, surgiu, no Brasil, no período que corresponde ao processo de redemocratização do país, marcado pela movimentação civil organizada, em que as políticas públicas de saúde passaram a ser vistas como uma forma de assegurar o direito de cidadania, tendo em vista a participação popular de forma efetiva e com a busca de autonomia e voz política (LUZ, 2000; ASSIS, 2003).

Aliado a tal processo de movimentação social, de forma ampla e não restrito apenas aos partidos e sindicatos, surge o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que propõe a reorientação da atenção à saúde contemplando a universalização do atendimento, descentralização e diminuição de custos (ASSIS, 2003; PAIM, 2003).

As propostas da Reforma Sanitária Brasileira surgiram durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando foram amplamente debatidos os problemas identificados no sistema de saúde do país: centralização do poder decisório; estrutura inadequada de financiamento; insuficiência de recursos; desigualdade no acesso; dualidade insatisfatória dos serviços; ausência de integralidade e inadequação dos serviços às necessidades da população. Como propostas resolutivas para tais problemas, tivemos a ampliação do conceito de saúde, o reconhecimento desta como direito de todos e dever do Estado, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a participação popular através do controle social e a constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 2003).

O SUS é considerado por Viana e Dal Poz (2005) como um modelo de assistência pública na saúde em virtude de três características: a criação de um sistema nacional de saúde, a proposta de descentralização e as novas formas de gestão, tudo isso a partir dos seus princípios que são a universalidade, a descentralização, a integralidade, a regionalização e a hierarquização.

Diante dos princípios do SUS, buscando-se uma reestruturação na organização dos serviços de saúde, foram propostos modelos alternativos de atenção que superassem as lacunas deixadas pelo modelo médico assistencialista privatista. Esses modelos se propõem a atender a uma demanda organizada e a manter seu foco nas necessidades de saúde da população (PAIM, 2003; TEIXEIRA, 2003; SILVA JUNIOR, 2006).

Como propostas para tais mudanças, tanto a nível macro-político quanto micro, nós tivemos as propostas da Saúde Coletiva.

2.1.1 Re (orientação) do modelo assistencial: as propostas da Saúde Coletiva

As propostas da Saúde Coletiva surgiram a partir do questionamento sobre a ineficiência do modelo médico privatista, no contexto da crise do governo militar durante a redemocratização da sociedade brasileira. Tais propostas foram desenvolvidas por atores sociais das universidades que propunham a articulação destes com o sistema de saúde brasileiro. Dentre as propostas temos os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), o Saudicidade e o Em Defesa da Vida. (BARBOSA, 2000; SILVA JÚNIOR, 2006)

A proposta baiana de Sistemas Locais de Saúde (Silos) surgiu a partir das propostas de um Sistema Único de Saúde descentralizado, universal, eqüitativo e integralizado na oferta de serviços à população, teve como principal diretriz a proposta de reorganização da oferta de serviços à população, de forma integralizada e eqüitativa mediante o processo de regionalização das ações através dos Distritos Sanitários, na medida em que propunha uma melhor compreensão dos problemas locais e adequação dos serviços prestados à demanda local (SILVA JUNIOR, 2006; TEIXEIRA, 2003).

Dessa forma, o processo de distritalização, tem como principal objetivo a melhoria das condições de saúde da população com o aumento da cobertura dos serviços oferecidos, a eficaz inter-relação entre eles e o acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Com isto, Distrito Sanitário foi compreendido como

[...] uma unidade operacional administrativa do Sistema de Saúde, caracterizado pela existência de recursos públicos e privados, articulados por mecanismos institucionais para desenvolver ações integradas de saúde para resolver os problemas majoritários de sua área de abrangência, com a participação da população envolvida (SILVA JUNIOR, 2006, p. 73).

A implementação do modelo de Silos necessitou, sobretudo, da apreensão de conceitos-chaves estruturantes, como o de território, que é inerente à concepção de Distrito Sanitário, sendo justificada e incentivada a sua divisão para melhor evidenciar os problemas e demandas que lhe são peculiares, assumindo a conformação de um mosaico. (SILVA JUNIOR, 2006; TEIXEIRA, 2003)

O Distrito Sanitário visa propiciar a uma população delimitada geograficamente um maior atendimento às suas reais necessidades, mediante ações específicas e objetivas, voltadas para as características sociais, culturais e epidemiológicas de cada território, na medida em que o distrito passou a ser organizado em territórios e sistematizado de forma que pudesse contribuir para o processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

Outro conceito-chave que diz respeito à concepção de Distrito Sanitário é o de problema, que é compreendido como necessidade de saúde, articulador das formas de intervenção e imprescindível para práticas de saúde direcionadas, não fragmentadas e micro localizadas.

Assim, pensar em Distrito Sanitário é, sobretudo, pensar em planejamento local, ou seja, práticas que atendam a uma demanda organizada socialmente, o que implica a necessidade de uma reflexão acerca da representação do processo saúde-doença que envolve as pessoas dentro daquele determinado território, bem como seus ideais políticos, sociais e culturais que estão imbricados na sua vida cotidiana.

Contudo, para Mendes (1999, p. 170)

a cristalização de rotinas nas instituições de saúde e a cultura predominantemente muitas vezes impedem que no processo de análise da situação, ou seja, a identificação, a descrição e a explicação dos problemas de saúde de uma dada população num Distrito Sanitário, distinga-se o que é problema, tendendo-se a confundi-lo com a paisagem, entendida com a realidade aparente do cotidiano das condições de vida, trabalho e saúde de uma população.

Partindo dessa análise, vale ressaltar a reflexão crítica que se contrapõe a tal processo, ou seja, como operacionalizar e implementar práticas dentro desta lógica de distritalização a partir de políticas e programas tão verticalizados.

Outra proposta de reorientação do modelo assistencial foi o Saudicidade, em Curitiba, no período de efervescência de implantação do SUS, quando a Secretaria Municipal de Saúde resolveu reavaliar a forma de atuação de sua rede, sendo considerada ociosa e reprimida. Diante disso, foi instituído o modelo de Distrito Sanitário sob influência da proposta baiana de SILOS, adotando-se o núcleo central de sua metodologia, que foi adaptado à realidade local. Conferiu-se responsabilidade aos chefes de Unidades de Saúde que foram chamados de Autoridade Sanitária Local, sendo estes responsáveis por todos os eventos e condições que interferiam na saúde-doença de uma determinada área de abrangência. (SILVA JUNIOR, 2006)

Com isso, percebemos uma atuação sobre a doença e não sobre a saúde em oposição à concepção de que a urbanização e a qualidade de vida estão imbricadas no processo de adoecimento da população. Diante disso, criticando a ineficiência do setor saúde em lidar com o processo de urbanização acelerado, este modelo propõe a intersetorialidade como aspecto central, pois não pode conceber a resolução de problemas apenas ao nível da saúde.

Contudo, apesar desta proposta adotar a orientação dos Silos para organizar os serviços, critica-se a sua hierarquização em virtude do dinamismo da realidade urbana e da pluralidade das formas de atenção conforme as características da demanda apresentada. (SILVA JÚNIOR, 2006)

Outra proposta alternativa de atenção à saúde foi o modelo Em Defesa da Vida, organizado e desenvolvido pelo Laboratório de Planejamento e Administração (LAPA), na UNICAMP, a partir da articulação entre a academia e os serviços de saúde que tinham a universidade como espaço de produção e construção do Sistema Único de Saúde.

Essa proposta surgiu da inquietação acerca da ausência, na prática, de uma proposta alternativa ao modelo neoliberal, do fato de que os modelos sugeridos não continham propostas para o trabalho médico, visto que objetivavam uma redefinição da clínica e o atendimento ao indivíduo considerando seus aspectos subjetivos e tendo como princípios o vínculo, ou seja, o vínculo que era personalizado entre usuário e equipe, com responsabilização de cada um dos seus membros; o acolhimento que significa desenvolver na equipe a capacidade de solidarizar-se com as demandas do usuário, criando uma relação humanizada, além da responsabilização entre usuários e profissionais (BARBOSA, 2000; SILVA JÚNIOR, 2006) perante o processo saúde doença.

Outra proposta de (re) orientação do modelo assistencial foi o da Vigilância à Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, que teve suas origens nas experiências dos Distritos Sanitários implantados no final da década de 80 e início dos anos 90, tendo como eixos orientadores a reorganização, de forma integralizada e equitativa, da oferta de serviços à população, contribuindo com o processo de regionalização das ações, com possibilidades de uma melhor compreensão dos problemas locais e adequação dos serviços prestados à demanda local (TEIXEIRA, 2006; 2003).

Um dos pontos centrais da Vigilância à Saúde perpassa pela incorporação dos problemas de saúde no direcionamento do planejamento e na programação das ações, sendo

defendido o princípio da integralidade, de modo que venha a garantir a promoção da saúde, a prevenção de riscos e agravos, bem como a assistência e a recuperação do indivíduo.

A concepção da Vigilância à Saúde implica a valorização da regionalização e hierarquização dos serviços destinados a áreas de abrangências delimitadas, a noção de mapas de riscos a partir do perfil epidemiológico e a demanda da população. Esses aspectos irão fundamentar a noção de microáreas, além de vincular a noção de problemas de saúde ao planejamento e às programações em saúde (TEIXEIRA, 2006).

Assim, esse modelo de atenção, visando dar conta da integralidade, reconhece a importância de assumir duas perspectivas: a vertical, em virtude da organização dos serviços por níveis de complexidade, bem como a horizontal em que deve haver uma articulação entre promoção, prevenção, assistência e recuperação, levando-se em conta as necessidades de saúde da população.

Contudo, para Teixeira (2006), mudanças nos modelos de atenção implicam mudanças no processo de trabalho, ou seja, alterações nos meios e objetos de trabalho, nas relações entre trabalhadores e entre estes e os usuários.

Assim, as propostas de mudanças nos modelos de atenção à saúde visam superar a atenção à demanda espontânea, centrada na doença, para ações que levem em conta a prevenção de riscos, agravos e promoção da saúde não apenas no lócus da unidade de saúde, mas na sua área de abrangência, considerado-se não apenas os efeitos mas também as causas e os determinantes sociais. Então, para efetivação de tais mudanças, a nível macropolítico e em comunhão com a proposta da Vigilância à Saúde, foi implementado o Programa Saúde da Família (TEIXEIRA, 2003).

2.1.2 Re (orientação) do modelo assistencial: o Programa Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, tendo como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, quando tiveram início o foco da atenção voltado para a família, a noção de área de cobertura por família e o ir ao encontro das necessidades da população (VIANA; DAL POZ, 2005).

O PSF tem como proposta a reorganização do modelo assistencial da Atenção Básica em substituição ao modelo médico hospitalocêntrico, com ações direcionadas para a família através de medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde, seguindo os princípios do SUS, ou seja, universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade (BRASIL, 2001a; VIANA; DAL POZ, 2005).

Seguindo os princípios da integralidade e hierarquização, o PSF está situado no primeiro nível das ações e serviços do sistema local de saúde, no caso a Atenção Básica à saúde, devendo garantir uma atenção integral aos indivíduos e a suas famílias mediante o sistema de referência e contra-referência quando houver a necessidade de resolubilidade que vá além do que a rede básica oferece.

A conformação de uma rede hierarquizada pressupõe níveis diferenciados de atenção, semelhante a forma de uma pirâmide e por isso chamado de modelo piramidal (CECÍLIO, 1997). Na base, estaria a porta de entrada para os serviços de saúde, no caso a Atenção Básica; no nível acima, as ações de média complexidade como consultórios especializados, ambulatórios e pequenos hospitais e, no topo da pirâmide, os serviços de alta complexidade, como os grandes hospitais (SILVA JUNIOR, 2006), sendo esta relação mediada pelo sistema de referência e contra-referência em que os usuários seriam encaminhados para níveis maiores de atenção mediante a referência, e o retorno desta para o nível de onde partiu pela contra-referência.

Por referência e contra – referência compreende-se o fluxo e contra-fluxo de pacientes e informações gerenciais e tecnocientíficas visando atender aos problemas que transcendam a capacidade resolutiva de cada nível de atenção (MENDES, 1999).

Contudo, Cecílio (1997) aponta fragilidades no modelo piramidal e sugere o acesso do usuário mediante um círculo em que ele entraria no sistema de saúde de acordo com a

sua maior necessidade, visto que estruturar a entrada dos usuários por meio de uma única porta de entrada causa ineficiência em virtude de nem sempre ser a Atenção Básica a maior necessidade do usuário naquele momento, o que compromete o acesso por meio da burocratização do atendimento mediado apenas pelo sistema de referência e contra-referência utilizados pelos profissionais da Atenção Básica e, principalmente, pelas Equipes Saúde da Família (ESF).

As Equipes Saúde da Família são compostas, minimamente, por um médico generalista, um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada Unidade de Saúde da Família pode ter uma ou mais equipes do PSF atuando concomitantemente, assim como outros profissionais também podem ser incorporados às equipes de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2001a). Assim, o trabalho das Equipes Saúde da Família (ESF) é estruturado na perspectiva da multidisciplinaridade, ou seja, numa combinação de saberes que são adquiridos, congregados e instituídos no mesmo espaço, contribuindo para que novas práticas se configurem.

Tendo em vista as lacunas deixadas pelos modelos assistencialistas, o PSF assumiu em caráter substitutivo com a implementação de novas práticas assistenciais em substituição às tradicionais, mediadas por um novo processo de trabalho, tendo por base a Vigilância à Saúde, voltado para uma clientela adscrita e territorializada. Assim, sua área de abrangência é definida a partir da sua cobertura assim como as famílias que acompanha (BRASIL, 2001a).

O PSF aponta para uma nova direção na atenção à saúde, na medida em que propõe uma prática substitutiva ao modelo médico hegemônico tradicional, que é o modelo médico-hospitalocêntrico pautado na doença como enfoque prioritário. Este “novo olhar” sobre a saúde e a coletividade abre espaço, para que novas possibilidades se constituam, na medida em que volta o olhar da equipe para a família e não mais do médico para o indivíduo.

Este novo paradigma da saúde implica a construção de novas práticas culturais em atenção à Saúde e uma reorganização da atenção que combina diferentes saberes, práticas e valores num mesmo espaço.

Schraiber (2005), ao referir-se à equipe do PSF e sua relação com os usuários, ressalta a hierarquização e especialização do processo de trabalho, bem como a disputa de autoridades e conflitos de desempenhos que, muitas vezes, dificultam a resolutividade dos

casos, comprometendo, assim, a integralidade na atenção, em virtude da crescente especialização e subdivisão interna dos casos entre os profissionais. Esta fragmentação do cuidar é reflexo do poder verticalizado do Estado sobre a equipe e mais precisamente sobre a população, legitimado através dos programas e ações específicos.

O olhar vigilante do Estado sobre a população se dá de forma diferenciada, devido à focalização dos distintos programas e ações a serem desenvolvidos por áreas temáticas que englobam gerações, tais como Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Idoso, como as Ações Programáticas. Esta fragmentação do cuidar específico de gerações é reflexo da formação acadêmica de distintas profissões que buscam, através da especificidade, legitimar o seu poder, privilegiando campos específicos em detrimento da saúde da família como um todo. Esse fato exemplifica o que nos mostra Scott (2006), ao afirmar que é muito mais difícil encontrar disciplinas que privilegiem a integração das pessoas em seus grupos familiares e comunitários.

As Ações Programáticas, tendo em vista a promoção, prevenção e recuperação da saúde, foram implementadas visando ao aumento da cobertura de atendimento aos grupos considerados de risco (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005). Nestas ações há uma delimitação do objeto de trabalho que deve se adequar às necessidades de grupos populacionais específicos, como mulheres, crianças, adolescentes, idosos, entre outros (TEIXEIRA, 2006).

Por isso, ao seccionar o Programa Saúde da Família em Ações Programáticas dividindo os grupos por gênero e gerações, corre-se o risco de homogeneizar esta população, sem levar em conta as particularidades e individualidades, focando-se no sujeito e não mais na família.

O PSF está inserido num espaço habitado por uma comunidade e constituído por famílias que estabelecem relações sociais e culturais, pois, tomando por base Scott (2006) e a etimologia sociológica, a palavra “comunidade” deriva da idéia de comunicação total na qual o encontro entre o estrutural, o fluido e o processual produz um ambiente que liberta e potencializa sociabilidades.

A proposta é romper com o modelo médico hegemônico e com o poder que este exerce, contudo coloca-se em questionamento o próprio poder que a equipe exerce sobre a comunidade na qual está inserida na medida em que propõe a construção do projeto

terapêutico em conjunto com o indivíduo, bem como o fato do seu foco ser agora a família e não apenas o sujeito.

A efetivação do Programa Saúde da Família, enquanto uma proposta de reorientação da atenção à saúde e como principal elemento de concretização dos princípios do SUS, implica um redirecionamento da prática cotidiana dos serviços de saúde que propiciem não apenas a complementação do trabalho médico, mas sim uma redefinição da clínica e o atendimento ao indivíduo considerando seus aspectos subjetivos e tendo como princípios o vínculo entre o usuário e a equipe, com responsabilização de cada um dos seus membros, buscando solidarizar-se com as demandas do usuário a partir do acolhimento (SILVA JÚNIOR, 2006).

Como redefinição da clínica, temos a proposta da Clínica Ampliada (CAMPOS; AMARAL, 2007) que propõe uma redefinição do modelo biomédico com priorização das singularidades dos sujeitos e ampliação do objeto de trabalho para que o foco não seja apenas a doença, mas aspectos que implicam riscos e vulnerabilidade à saúde das pessoas, isto é, cujo foco principal seja o indivíduo. Esta redefinição e ampliação da clínica acarreta também a ressignificação e construção de autonomia dos sujeitos aqui assumida como a capacidade dos usuários reelecionarem-se com os aspectos inerentes ao seu processo saúde-doença, bem como as relações que o rodeiam, sendo necessárias, dessa forma, abordagens mais subjetivas.

Assim, em consonância com as propostas da Clínica Ampliada, o Programa Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2007c) propõe, para romper com o tecnicismo do modelo biomédico, a construção de Projetos Terapêuticos Singulares que implica a construção de projetos tanto coletivos quanto individuais, destinados às situações mais complexas, mediante discussões interdisciplinares com a construção de diagnósticos, estratégias e responsabilização entre os profissionais. Assim, esta perspectiva de responsabilização origina a construção de vínculo que pressupõe um acolhimento humanizado.

Para Franco e Merhy (1999), a proposta de um novo modelo de atenção à saúde com um redirecionamento das práticas deve estar imbuído de acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia, sendo o acolhimento compreendido como o acesso universal do usuário, e deve ocorrer com escuta qualificada às necessidades e sofrimento dos usuários, tendo em vista a resolubilidade dos seus problemas.

Com isto, para que o PSF seja de fato um dos principais meios de efetivação dos princípios do SUS rompendo com o tecnicismo, o reducionismo biológico e a perspectiva fragmentária do modelo biomédico, deve-se, sobretudo, não apenas introduzir o componente social no processo saúde-doença, mas também incorporar este “novo olhar” à prática cotidiana, buscando integralidade e resolubilidade nas ações e não apenas sobre o indivíduo, mas sobre a família que assiste.

2.2 AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO – INFANTIL

Pensar em prevenção de deficiência na infância remete-nos à reflexão acerca das políticas públicas de atenção à saúde materno – infantil, uma vez que serão determinantes para a conformação das ações e serviços dispensados principalmente no âmbito da Atenção Básica.

A Rede Básica de Saúde é reconhecida pelo MS, através do Programa Saúde da Família, como a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, centrando sua atenção em atividades programáticas específicas. Tais atividades englobam ações e serviços na atenção à saúde da mulher e da criança, consideradas, neste estudo, como de fundamental importância para prevenir deficiência na infância. Diante disto, reconhecemos o planejamento familiar, a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, as ações de educação e promoção da saúde como importantes dispositivos para prevenir deficiência na infância.

2.2.1 Políticas, programas e ações de atenção à Saúde da Mulher no Brasil

A atenção à Saúde da Mulher constitui-se num importante artifício para a prevenção de deficiências na infância, uma vez que a etiologia da maioria destas encontra-se no período pré – natal.

Embora reconhecendo que a atenção à Saúde da Mulher perpassa por importantes discussões acerca da temática gênero em virtude do foco do objeto deste estudo estar

pautado na atenção à saúde materno-infantil como uma possibilidade de prevenção de deficiências, centraremos nosso foco, neste referencial, na atenção ao pré-natal.

As políticas de atenção à Saúde da Mulher, nas décadas de 1930 a 1970, estavam voltadas para ações e programas materno – infantis verticalizados, sem articulação com outros programas, assumindo uma perspectiva fragmentária com baixo impacto sobre os indicadores da saúde da mulher. Essas ações alocavam a mulher apenas no seu papel biológico e social de mãe e doméstica, responsável pelo cuidado com a família, sem levar em conta as desigualdades sociais de gênero que repercutiam em problemas e agravos à saúde. Os questionamentos e reivindicações acerca dessa problemática culminaram no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004b).

O PAISM foi implementado pelo Ministério da Saúde em 1984, incorporando os princípios e diretrizes do SUS, como a descentralização, hierarquização, integralidade e equidade e abarcando ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, como assistência ginecológica, planejamento familiar, pré – natal, parto, puerpério, climatério, DST, câncer de mama e de colo do útero, além de outras necessidades demandadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004b).

Com o processo de implantação dos SUS e a elaboração da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), considerada de fundamental importância para a consolidação dos princípios do SUS e que objetiva proporcionar maior equidade na distribuição de recursos e acessibilidade da população às ações e serviços de saúde, foi implementado o processo de regionalização com ampliação das responsabilidades dos municípios na Atenção Básica (BRASIL, 2004b; 2001c).

Na Atenção Básica, como responsabilidades e ações estratégicas mínimas exigidas na área de Saúde da Mulher, estão a prevenção ao câncer de colo do útero, o planejamento familiar e o pré – natal. Como atividades específicas para o pré – natal, indicam-se o diagnóstico da gravidez, o cadastramento da gestante no primeiro trimestre, a classificação de risco gestacional desde a primeira consulta, a suplementação alimentar para gestantes com baixo peso, o acompanhamento de pré – natal de baixo risco, a vacinação antitetânica, a avaliação do puerpério, a realização ou referência para exames laboratoriais de rotina, a alimentação e análise de sistemas de informação, além de atividades educativas para promoção da saúde (BRASIL, 2001c). Tais ações foram gradativamente incorporadas ao PSF, com um aumento no acesso a partir da ampliação da cobertura (BRASIL, 2006; 2005).

Inhaia (2005), ao comparar o perfil de atendimento às mulheres na rede básica de saúde do município de Campinas no ano de 2000 e no terceiro ano de implantação do PSF, em 2003, constatou que houve um discreto aumento no número médio de consultas pré – natais no SUS, concluindo que a implantação do PSF contribuiu para uma melhora da equidade de acesso à rede básica de saúde, embora a integralidade tenha sido o maior desafio.

Para o Departamento de Atenção Básica do MS, apesar dos avanços adquiridos com a implantação e ampliação da cobertura do PSF no que diz respeito à assistência pré – natal, como o aumento do número de gestantes atendidas, alguns indicadores revelam um comprometimento da qualidade dessa assistência, como a alta incidência de sífilis congênita e de hipertensão arterial (BRASIL, 2006; 2005) que trazem sérias repercussões para a criança como deficiência auditiva, visual ou mental e paralisia cerebral, respectivamente, além do fato de apenas uma pequena parcela da população conseguir realizar o elenco mínimo das ações do Programa de Humanização do pré – natal e nascimento (PHPN).

Com isto, percebemos fragilidades na atenção pré-natal, o que contribui para a limitação da prevenção de agravos neste período que é de extrema importância para um parto e um crescimento e desenvolvimento infantil adequado.

No acompanhamento do pré-natal é importantíssima a identificação dos riscos a que a gestante está exposta o que direcionará muitas das orientações dadas pelos profissionais, compreendendo risco, neste caso, como a probabilidade de um agravo ocorrer levando-se em conta também a realidade epidemiológica, social e cultural local.

O PHPN tem como objetivo a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré – natal mediante a garantia do acompanhamento do mesmo e de forma integrada com a assistência ao parto e puerpério, através do cadastramento das gestantes (BERGAMASO; GUALDA; OKAZAKI, 2005). Como ações, recomendam-se estímulo à autonomia, vínculo e corresponsabilização da gestante, captação precoce desta, ou seja, até 120 dias da gestação para a realização da primeira consulta do pré-natal, realização de no mínimo seis consultas, prática de atividades educativas, anamnese e exame clínico detalhado, imunização antitetânica, prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais, classificação de risco gestacional a ser realizada na primeira consulta, atendimento às gestantes de risco com garantia de vínculo, acesso, referência e contra-referência, registro em prontuário e no cartão da gestante (BRASIL, 2006; 2005).

Para o MS, os estados e municípios devem dispor de uma rede de serviços organizados, com base no sistema de referência e contra – referência para a assistência obstétrica e neonatal, levando-se em conta os seguintes critérios: vinculação de unidades que prestam assistência pré-natal às maternidades/hospitais; captação precoce das gestantes; garantia de atendimento às gestantes; garantia dos exames complementares necessários; vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal; garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais, assim como atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2005).

A atenção dispensada durante o pré – natal à saúde materno – infantil deve ir além dos aspectos biológicos que envolvem tal período, devendo os profissionais de saúde estar atentos para não centrarem suas ações apenas em atos prescritivos, visto que o apoio às alterações, não só fisiológicas mas psicológicas também, constitui-se num importante fator para a efetivação de vínculo e acolhimento (DUARTE; ANDRADE, 2006). Corroborando com tal perspectiva, Bergamaso, Gualda e Okazaki (2005, p.148) referem a despersonalização da equipe de saúde por meio de atividades programadas e institucionalizadas, não se levando em conta, a adequação da atenção prestada, as reais necessidades da gestante, tão pouco a “necessidade da abrangência da assistência”, imprescindível para a atenção à saúde materno – infantil.

2.2.2 Políticas, programas e ações de atenção à Saúde da Criança no Brasil

A Constituição da República de 1988 em seu capítulo VII – “Da família, da criança, do adolescente e do idoso” assegura como dever da família, da sociedade e do Estado, viabilizar prioritariamente à criança, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência, através de programas de assistência integral à saúde da criança, com aplicação de recursos públicos destinados à saúde materno – infantil, bem como estabelece a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para as portadoras de deficiência, proporcionando acessibilidade e eliminação de preconceitos e obstáculos à inclusão social (BRASIL, 1982).

Assim, cabe ao Estado, por meio da legislação brasileira materializada através do Estatuto da Criança e do Adolescente que reconhece como criança toda pessoa com até 12 anos de idade incompletos, assegurar à criança uma atenção prioritária, garantindo-lhe mediante políticas públicas, garantir-lhes um desenvolvimento digno e harmonioso das suas faculdades mentais, motoras, sociais, morais e espirituais, com preferência de atenção nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2001b). Com isto, reconhecemos o Estado como um importante provedor e mantenedor das necessidades básicas inerentes à Saúde da Criança.

Tais necessidades devem ter como princípios norteadores o planejamento e o desenvolvimento de ações intersetoriais, o acesso universal de todas as crianças às unidades de saúde, o acolhimento humanizado buscando dar resolubilidade às demandas identificadas, a responsabilização com garantia da continuidade da assistência por meio do vínculo estabelecido, a assistência integral com uma abordagem global da criança e do seu contexto sócio - familiar, a equidade com distribuição maior de recursos para as mais carentes, a atuação em equipe, o incentivo à participação familiar em todo o processo que envolve a criança, visando estimular o controle social e a avaliação constante da assistência prestada (BRASIL, 2004a). Contudo, a concretização de tais princípios tornou-se um dos grandes desafios para a gestão e um grande fomentador de pesquisas na área.

A atenção à Saúde da Criança tem sido uma preocupação crescente de pesquisadores e gestores nas três esferas, federal, estadual e municipal, pois é através dos seus indicadores, principalmente o de mortalidade, que se pode ter uma noção do nível de desenvolvimento do município, estado ou país (ENUMO; TRINDADE, 2002; BRASIL, 2008a; 2002a). A diminuição dos índices de mortalidade infantil também vem contribuindo para uma maior atenção à saúde destas crianças, pois, implica a necessidade de uma garantia não mais apenas de sobrevivência, mas também do seu crescimento e desenvolvimento adequado, bem como da sua qualidade de vida (BRASIL, 2002b).

A atenção prioritária e promotora da saúde infantil é assegurada, antes mesmo do nascimento da criança, através do direito à assistência pré e perinatal disponibilizado à gestante pelo Sistema Único de Saúde, devendo ser-lhe garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde que viabilizem a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2001b).

As medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde no Brasil têm contribuído para a redução da mortalidade infantil no país, como é o caso da redução da mortalidade entre menores de cinco anos por doenças infecciosas e parasitárias (DIP), em decorrência

das medidas de Terapia de Reidratação Oral (TRO), do incentivo ao aleitamento materno, da intensificação do Programa Nacional de Imunização, da educação em saúde das mulheres. (BRASIL, 2008a). Contudo, apesar das estatísticas apontarem para uma redução, os índices ainda são altos, pois ainda persistem iniquidades que revelam a necessidade de medidas preventivas que estejam articuladas com os vários níveis de complexidade, promovendo, com isto, uma efetiva assistência integral à saúde da criança sem ter como foco central apenas a doença (BRASIL, 2004a; 2005; PRADO; FUJIMORI, 2005).

Com o propósito de melhorar a assistência à Saúde da Criança, levando-se em conta os aspectos acessibilidade, vínculo, resolutividade e humanização, diversas ações e programas vêm sendo implementados a nível federal, estadual e municipal, como o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (ACD).

Com o objetivo de implementar novas estratégias cujo foco se distancie da assistência pautada apenas na patologia e que contemple a criança no seu desenvolvimento e crescimento, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), na década de 1980, a partir de uma ação das três esferas, federal, estadual e municipal, cuja estratégia inclui redução da mortalidade infantil, humanização e promoção da qualidade da atenção prestada, mobilização social e política, estabelecimento de parcerias, promoção de vida saudável e melhoria da gestão (BRASIL, 2002a, 2006). Essas ações devem ser desenvolvidas na unidade básica de saúde, tendo o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos de idade, através do apazamento de retorno destas ao serviço de saúde (FIGUEIREDO; MELO, 2003).

Corroborando com a noção de integralidade do PAISC e incorporando ações pautadas na promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis bem como os agravos à saúde, foi implementada a estratégia da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), pelo PSF, a partir de 1997, inicialmente em estados nordestinos, onde os índices de morbimortalidade infantil eram altos, sendo posteriormente ampliada para todo o território nacional. Tal estratégia tem por finalidade uma rápida redução da mortalidade infantil, da frequência e gravidade das doenças e das incapacidades resultantes, proporcionando, com isto, um crescimento e desenvolvimento saudável das crianças

menores de cinco anos (BRASIL, 2002a; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2009).

Também, com a intenção de colocar à disposição dos profissionais um instrumento que lhes oferecesse informações fidedignas e baseadas na evidência científica, foi elaborado na Secretaria de Saúde do Município de Belém, capital do Pará, um Manual para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI. Esses instrumento foi reconhecido pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo como finalidade capacitar os profissionais que atuam na atenção primária em desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI. Tal iniciativa contribuiu para o encaminhamento de crianças com alterações no desenvolvimento para tratamento especializado, estando, dentre estas, crianças com algum tipo de deficiência (FIGUEIRAS et al., 2005).

A proposta de prevenção de deficiências a partir do PSF também engloba a estratégia de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil que foi sistematizada pelo Ministério da Saúde através do Manual para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) infantil, possibilitando não só medidas curativas por meio do diagnóstico precoce, mas também ações preventivas como a identificação de crianças consideradas de risco e encaminhadas oportunamente para acompanhamento, além de disponibilizar orientações sistemáticas às mães quanto a importância de estimular os seus filhos em casa (BRASIL, 2002b).

O Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (ACD) consiste numa diretriz técnica-normativa destinada aos profissionais que realizam atenção integral à criança no âmbito da Atenção Básica à saúde, cujo objetivo é contribuir para a melhoria das suas práticas e, conseqüentemente, da qualidade de vida das crianças. (BRASIL, 2002b).

Através da “Agenda de compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, o Estado reitera a necessidade de uma atenção integral à saúde das crianças, desde as unidades básicas de saúde até o mais alto nível de complexidade, com garantia de integralidade na atenção abrangendo as ações de promoção, de tratamento e de reabilitação, e assegurada pelo sistema de referência e contra – referência, por meio das suas linhas de cuidado que pressupõem uma visão global do usuário e uma atenção multiprofissional e integral (BRASIL, 2004a).

Dentre as linhas de cuidado asseguradas pelo Estado como garantia da continuidade e integralidade na atenção a saúde materno - infantil, nos diversos níveis de atenção, temos:

Saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada que tem como foco a prevenção da gravidez indesejada ou de alto risco, identificação e diagnóstico de fatores de risco, doenças ou problemas que podem comprometer a saúde da mulher ou do RN, bem como alterar a evolução normal de uma futura gestação.

Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao RN: busca viabilizar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção prestada a gestante e ao RN.

Triagem neonatal – Teste do Pezinho: promove a divulgação da importância da realização do Teste a partir do 5º dia de vida, para detecção precoce de doenças como o hipotireoidismo, a fenilcetonúria, a anemia falciforme e a fibrose cística, prevenindo, com isto, maiores agravos em decorrência das mesmas.

Incentivo ao aleitamento materno: visa orientar as mães quanto aos benefícios para ela e para as crianças, pois proporciona um crescimento e desenvolvimento saudável, bem como a prevenção de doenças na infância.

Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil: deve fazer parte da avaliação integral da criança de zero (0) a seis (06) anos, com registros na Caderneta da Criança, identificando aquelas de risco e fazendo busca ativa das faltosas.

Imunização: visa atingir a meta de vacinar 95% das crianças que nascem a cada ano através do esquema básico para evitar a circulação de doenças imunopreveníveis.

Atenção às doenças prevalentes: com destaque para as de transmissão vertical, ou seja, da mãe para o feto, como a sífilis, o HIV, a rubéola congênita e o tétano neonatal que podem

comprometer o desenvolvimento neuropsicomotor da criança e causar o desencadeamento de deficiências.

Atenção à saúde mental: deve ser desde o pré – natal ao nascimento da criança, tendo como eixo central o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e possibilita, o mais precocemente possível, a identificação de necessidades especiais.

Atenção à criança portadora de deficiência: deve ser acompanhada e encaminhada, o mais precocemente possível, em virtude de apresentar distúrbios no seu desenvolvimento neuropsicomotor, para serviços de diagnóstico, intervenção precoce, habilitação e reabilitação visando à promoção e prevenção de impedimentos físico, mental ou sensorial e de agravos secundários (BRASIL, 2004a).

Em virtude da maioria das deficiências poderem ser prevenidas ou atenuadas por meio de procedimentos simples e de baixo custo que englobem desde a assistência materna até a atenção à saúde da criança, tais linhas de cuidado representam importantes aspectos que devem ser enfocados na prevenção de deficiências.

Os fatores de risco para o aparecimento e/ou agravamento de deficiências podem ser agrupados em três categorias: pré-natal, peri-natal e pós-natal. Os pré-natais referem-se a infecções congênicas (TORCH – toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes), doenças de base materna, hipertensão arterial materna, diabetes materna, uso de medicamentos pela mãe, oligo ou polidramnia. As perinatais consistem em: hipertensão arterial materna, toxemia gravídica, asfixia perinatal, circular de cordão, anestesia, fórceps. Entre as pós-natais estão distúrbios metabólicos, convulsões, icterícia, infecções, desconforto respiratório, PIG (pequeno para a idade gestacional)/ GIG (grande para a idade gestacional), prematuridade (BRANDÃO, 1989; FIGUEIRAS et al., 2005).

Nóbrega e outros (2003, p. 184) reiteram essa perspectiva ao nos trazer que

[...] a história patológica da mãe, sua situação socioeconômica, sua história obstétrica anterior, assim como dados relacionados ao pré-natal, ao trabalho de parto e ao pós – parto podem apontar indícios de comprometimento sensorio-motor e cognitivo da criança recém-nata.

Visto isto, destacamos a importância da atenção à saúde materno – infantil, uma vez que a etiologia da maioria das desordens neurológicas infantis encontra-se nos fatores pré,

peri e/ou pós-natais, daí a necessidade de anamnese, investigação e acompanhamento detalhado do binômio mãe-filho (BRANDÃO, 1989; BOBATH, 1984; COELHO, 1999; NÓBREGA et al., 2003).

2.3 DEFICIÊNCIA, SOCIEDADE E SAÚDE

Discutir sobre o papel estratégico que têm as ações realizadas pelo Programa Saúde da Família na atenção à saúde materno – infantil dentro da perspectiva da reorientação da atenção à saúde, no âmbito do SUS, tendo em vista a prevenção de deficiência pelo mesmo, só é possível se considerarmos que temos, hoje, outros modelos para explicar a noção de deficiência, a etiologia dessas deficiências, bem como as conquistas sociais adquiridas por esse grupo ao longo da história da humanidade, e que foram aos poucos reconhecidas, precisando ser, contudo, garantidas como direitos sociais.

A noção de deficiência foi sendo construída, modificada e reconstruída historicamente, em virtude das modificações sociais impostas pelos homens e pela necessidade do surgimento de novas relações com o meio social (LANCILLOTTI, 2003). Para Oliveira (2007), as distintas abordagens sobre deficiência e os indivíduos deficientes ignoravam a produção social das mesmas, restringindo a explicação da deficiência a um desvio da norma (biológico) estabelecida ou mesmo apresentando justificativas místicas para as suas causas, como dádiva ou castigo divino.

Cada forma de conceber a deficiência produz práticas sociais distintas na relação indivíduo e sociedade. Conceber a deficiência como condição mística implica em reconhecê-la como um castigo divino, com exclusão daqueles que eram considerados impuros, atribuindo – lhe, assim, um caráter negativista; já conceber a deficiência como um predeterminismo biológico implica reconhecer a lesão do corpo como principal causa para a segregação asilar em instituições médico - curativas destinadas apenas a recuperar o corpo desviante dos padrões de normalidade pré – estabelecidos. Contudo, considerar a deficiência como uma produção social reconhece que a mesma decorre não apenas de aspectos místicos, tão pouco apenas de lesões e limitações ocasionadas ao corpo, mas, sobretudo, como uma forma de reação coletiva ao convívio com a adversidade humana.

Então, reconhecendo que as concepções sobre a deficiência modificam-se e moldam-se ao estilo de vida e ideologia de cada época, propomo-nos trazer uma breve análise sócio-histórica acerca da deficiência, ao longo do tempo, iniciando pelas sociedades mais primitivas até chegarmos à concepção atual, com o objetivo de compreender a conformação

que foi tomando a deficiência, o que contribuiu para a implementação de políticas, programas e ações no campo da saúde nos dias atuais.

Encontramos em Lancillotti (2003) que, nas comunidades primitivas, os deficientes eram abandonados à própria sorte em virtude de serem considerados um peso para a comunidade a qual pertenciam, visto que o meio de sobrevivência se dava pelo nomadismo e pela dependência do que a natureza oferecia; assim, cada um era responsável pela sua própria sobrevivência. Esta autora também assinala que, nas sociedades escravocratas, a partir de Platão que propunha a divisão entre corpo e mente, as atividades intelectuais como o ato de governar, mandar era designado aos homens livres, e as atividades corporais, consideradas degradantes, eram realizadas pelos escravos, homens robustos e sãos; com isto, as pessoas que eram consideradas imperfeitas eram excluídas e abandonadas. Tal perspectiva excludente era legitimada também por Aristóteles que a justificava por uma necessidade de controle demográfico.

Na Idade Média, com a dicotomia de não mais corpo e mente, mas sim corpo e alma, dentro de uma concepção teológica, o abandono daqueles considerados imperfeitos foi substituído pelo asilamento, constituindo-se numa solução alternativa tanto para a moral cristã que assegurava os cuidados aos desviados, como para a conveniência social pelo não incômodo por parte dos considerados desviantes (LANCILLOTTI, 2003).

Assim, com a transição da sociedade feudal, marcada por guerras, fome, insurreições, crise ideológica, para a capitalista, a concepção da deficiência passou a ser abordada sob a ótica da dependência e da produtividade. Então, aqueles que necessitavam, em virtude da sua incapacidade do auxílio do outro ou que não podiam participar do processo de produção e acumulação de riquezas era tutelado pelo Estado numa instituição asilar, dividindo este espaço os deficientes, os loucos, os doentes e os miseráveis.

Nesse sentido, as modificações impostas pelo capitalismo, a partir da concepção de corpo produtivo versus improdutivo, no século XX, contribuíram com a concepção orgânica-biologicista e determinista da deficiência.

A concepção de normalidade, neste período, estava atrelada ao ponto de vista da produtividade do sujeito, apresentava finalidades capitalistas e pautadas na visão biomédica que fundamentava suas ações na ideologia de normalizar o sujeito deficiente, fora dos padrões estabelecidos, sendo a deficiência considerada como uma tragédia pessoal, em consequência natural a uma lesão no corpo. Neste contexto, a perspectiva da deficiência,

enquanto limitação corporal e de ordem individual, contribuiu para que, no campo das políticas públicas de saúde, fossem priorizadas medidas e ações sanitárias e de reabilitação, ficando as de promoção, prevenção e inclusão social de lado (DINIZ, 2007).

A exclusão social dentro da lógica biomédica colaborou para o surgimento de inúmeros estudos, políticas e projetos, abrindo discussão sobre a importância do componente social na análise da deficiência na sociedade. Como nos mostra Diniz (2007, p. 17): seria um corpo com lesão o que limitaria a participação social ou seriam os contextos pouco sensíveis à diversidade o que segregaria o deficiente?

Diante de tal prerrogativa achamos oportuno também trazer um questionamento, anterior à visão que a autora apresenta, analisando como é produzido esse “corpo com lesão”, quais seriam as causas que levam a deficiência, causas estas que, muitas vezes, são de responsabilidade tanto da sociedade quanto do Estado. Embasamos tal afirmativa ao corroborarmos com o *Relatório sobre deficiências, incapacidades e desvantagens* (COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 2004). Esta pesquisa realizada em vinte e uma cidades brasileiras comprovou que as deficiências e incapacidades atingem mais frequentemente, as camadas sociais menos favorecidas, existindo uma clara relação entre elas e o grau de desenvolvimento social, o nível de renda e a pobreza de uma determinada população. Assim, as causas das deficiências possuem uma relação direta com as condições sócio-econômicas e de saúde de uma população.

Diante dessas análises, podemos perceber que temos dois modelos conceituais para a deficiência, que são o modelo médico e o modelo social (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004). Para o modelo médico, a deficiência constitui-se num problema em nível individual causado diretamente por alguma doença, trauma ou problema de saúde e que a opressão social, pela qual passam os deficientes, seria uma consequência natural da lesão. Já no modelo social, a deficiência constitui-se num problema originado pela sociedade e não meramente um problema individual, culminando numa espécie de opressão conjunta vivenciada por todos os deficientes, independentemente da lesão e limitação, (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004; DINIZ, 2007).

Nesse sentido, no campo das políticas públicas, as concepções pautadas nos dois modelos vão ter uma grande influência, uma vez que são elas que irão direcionar as ações a serem implementadas, principalmente no campo da saúde, no que diz respeito ao indivíduo deficiente.

Para o modelo médico, o cuidado às incapacidades dos deficientes tem por finalidade a cura por intermédio único e exclusivo das suas ações e, no campo político, a principal resposta se daria a partir das reformulações das políticas de saúde. Contudo, no modelo social, a resposta aos problemas estaria na ação coletiva voltada para as modificações ambientais imprescindíveis para a participação social dos deficientes com influência direta nas políticas públicas, principalmente no que diz respeito aos direitos humanos dos deficientes; assim, a incapacidade passava a ser uma questão política (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004). Para o modelo social, o que impedia a participação dos deficientes no convívio social não era a deficiência, mas as barreiras sociais, arquitetônicas, de transporte, entre outras.

Com isso, a concepção de deficiência passa a ser compreendida como uma forma de produção social, resultado da interação da lesão com o contexto social, ou seja, a causa da segregação não está nas limitações funcionais impostas pela deficiência e sim nas barreiras sociais que dela decorrem.

Tal prerrogativa abre discussão para a necessidade de uma atenção que vá além de cuidados biomédicos e que incluam as injustiças e iniquidades sociais que perpassam a questão da deficiência em nossa sociedade.

A concepção biomédica levou às várias classificações categóricas das deficiências, considerando-as como física, mental, sensorial, bem como a graduações de intensidade, ou seja, leve, moderada, grave, o que colaborou para a subdivisão dos deficientes em grupos (DINIZ, 2007). Isso contribuiu para a apropriação dos deficientes pelo Estado e, conseqüentemente, pelas políticas, programas e ações.

A legitimidade de tal afirmativa é claramente visualizada através da Organização Mundial de Saúde (OMS), que, em 1980, catalogou deficiências e lesões de forma semelhante à Classificação Internacional de Doenças (CID), visando unificar a linguagem e atenção biomédica, relacionando deficiência, lesão e doença, como a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Limitações (ICIDH). De acordo com a ICIDH, a deficiência constitui-se em qualquer restrição ou falta resultante de uma lesão na habilidade de executar uma atividade da maneira ou forma considerada normal para os seres humanos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004; DINIZ, 2007).

Para a ICIDH, a deficiência era uma conseqüência da doença que impunha limitação e restrição social aos indivíduos acometidos, ou seja, era a incapacidade que culminava em

segregação e exclusão social. Contudo, tal concepção foi amplamente discutida e questionada, pois reduzia a deficiência a um processo meramente biológico com ausência da sua relação com o contexto social.

Tais questionamentos, levantados principalmente pelo meio acadêmico e por movimentos sociais de deficientes, contribuíram para que houvesse uma revisão da ICIDH, em 2001, que culminou com a elaboração da Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF). Para a CIF, a deficiência passou a ser compreendida como o resultado de um relacionamento complexo entre as condições de saúde de um indivíduo e os fatores pessoais e externos (DINIZ, 2007, p. 49).

A CIF propõe uma integração entre os modelos médico e social, na medida em que considera múltiplas causalidades para a deficiência, bem como a importância da diversidade de olhares pautados na multidisciplinaridade, somando-se a isto os diversos aspectos sociais e assumindo uma perspectiva biopsicossocial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004; DINIZ, 2007).

Corroborando com tal perspectiva, ou seja, de que a deficiência engloba aspectos biopsicossociais, e com Lancillotti (2003), ao afirmar que existem especificidades que são pertinentes a cada tipo de deficiência, ressaltamos a importância, para fins didáticos, explicativos e reflexivos de expor algumas das deficiências com suas respectivas causas e implicações na infância, visando iniciar um diálogo com o nosso objeto de estudo, ou seja, a prevenção de deficiência pelo PSF a partir da atenção à saúde materno – infantil.

2.3.1 A deficiência e suas interfaces no campo da saúde

A possibilidade de acolhimento e reconhecimento de grupos populacionais vulneráveis, bem como de fatores de risco para agravos a esta mesma população, abre discussão para a possibilidade de se pensar na prevenção de deficiências dentro das políticas públicas de saúde, ao considerarmos seus portadores como específicos, vulneráveis e susceptíveis, além de excluídos, dentro da perspectiva da acessibilidade, vínculo, resolubilidade e integralidade nas ações e serviços de saúde.

Embora esta abordagem destine-se aos tipos de deficiências e suas interfaces no campo da saúde, não pretendemos limitá-la ao reducionismo biologicista, mas reconhecer que tais conhecimentos, aliados às perspectivas de acessibilidade, vínculo, resolubilidade e integralidade nas ações e nos serviços de saúde, são importantes para a análise das ações desenvolvidas pelas ESF na atenção à saúde materno-infantil, para a prevenção de deficiências na infância, seus limites e possibilidades,

Os direitos das pessoas deficientes, como uma conquista social e de saúde, estão assegurados através da Constituição Brasileira de 1988 que determina como competência federal, municipal e estadual o cuidado à saúde, a assistência pública, a proteção e a garantia dos direitos dos deficientes, (BRASIL, 2008c) sendo, a partir daí, abertos espaços, através de leis e decretos que legitimam os direitos dos deficientes no campo da saúde.

Nesse sentido, foi promulgada, em 1989, a Lei nº 7.853/89 que dispõe sobre o apoio aos deficientes e a sua integração social, atribuindo, como competências para o setor de saúde, a criação de uma rede de serviços especializados em habilitação e reabilitação, a garantia de atendimento domiciliar para o deficiente grave, a garantia do acesso dos deficientes aos serviços de saúde e à adequada assistência, o desenvolvimento de programas de saúde destinados aos mesmos com a participação social e também como a promoção de ações preventivas (BRASIL, 1989).

Diante do exposto, abrimos destaque para a promoção de ações preventivas asseguradas pela Lei, pois sugere, como principais medidas para tal, o planejamento familiar, o aconselhamento genético, o acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, a nutrição da mãe e da criança, a identificação e o controle da gestante e do feto de alto risco, a imunização, as doenças do metabolismo e seu diagnóstico além do encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência.

Nesta perspectiva de abordagem da prevenção de deficiência no âmbito da saúde, tivemos o Decreto nº 3.298/99 que compreende por prevenção de deficiência as ações e medidas orientadas a fim de evitar as causas das deficiências que possam ocasionar incapacidade, e as destinadas a evitar sua progressão ou derivação em outras incapacidades (BRASIL, 2008c).

Corroboramos com Enumo e Trindade (2002), Moraes, Magna e Marques – de – Faria (2006), ao aludirem à possibilidade e necessidade da prevenção de deficiências, a nível de baixa complexidade, apontando, sobretudo para que isto se efetive através de programas e

ações exequíveis e resolutivos e mostrando a necessidade de implementação de pesquisas acerca da avaliação do conhecimento e das atitudes preventivas de profissionais e usuários.

Ao refletirmos sobre a possibilidade de prevenção de deficiência no âmbito da Saúde Pública, comungamos com Enumo e Trindade (2002) ao discorrerem que a prevenção de deficiência deveria ser uma preocupação constante de governantes e administradores, trazendo, como efetivação para a mesma, não apenas conhecimento técnico-teórico, mas, sobretudo, uma sistematização sobre as causas prováveis. Ressaltamos também a importância não só da sistematização das possíveis causas, mas também de uma articulação destas causas com as condições de vida da população.

Assim, ao abordamos a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil, assumimos a perspectiva de prevenção de deficiências como a adoção de medidas intersetoriais que inibam o surgimento ou o agravamento de deficiências que podem trazer repercussões negativas na qualidade de vida de seus portadores (BRASIL, 2009a).

A realização de ações intersetoriais visa superar a fragmentação das políticas públicas de modo que incida sobre os determinantes sociais promovendo, com isso, saúde e sendo contemplada para o PSF pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007b; GIOVANELLA et al., 2009), visto que a complexidade dos problemas de saúde da população necessita de uma abordagem diferenciada sobre suas causas com a incorporação de uma visão interdisciplinar, de modo que a saúde seja reconhecida como uma produção social, econômica e política, além da necessidade de ações mais amplas para além do setor saúde.

Com isto ressaltamos a importância da realização de ações intersetoriais para a prevenção de deficiências, sobretudo para aquelas que estão diretamente relacionadas não apenas aos aspectos físicos/fisiológicos, mas principalmente às questões psicossociais e ambientais.

Assim, iniciamos nossa abordagem acerca das possíveis causas para a deficiência com a deficiência mental, pois, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, para países em desenvolvimento, como no caso o Brasil, essa deficiência é a de maior prevalência na população, ou seja, aproximadamente 50% dos casos, sendo atribuídas quatro causas básicas para a mesma, no caso a subnutrição, as doenças transmissíveis, os acidentes por atos de

violência e a baixa qualidade da assistência perinatal (GIL, 2004; ENUMO, TRINDADE, 2002).

Enumo e Trindade (2002), em estudo realizado na Grande Vitória-ES, ao investigarem as ações² de prevenção da deficiência mental dirigidas a gestantes e recém-nascidos, no âmbito da saúde pública, não encontraram em nenhuma das Secretarias programas específicos para a prevenção de deficiência mental nas áreas de Assistência à Mulher e à Criança. A maioria das ações preventivas também não era realizada, ocorrendo apenas no momento do parto, quando os principais riscos já estavam presentes, sem nenhuma identificação prévia destes. Já nos Centros de Saúde, 51,7% das ações de Prevenção Primária (Ações realizadas antes do problema acontecer subdivididas em Promoção da Saúde e Proteção Específica) não eram realizadas, sendo as de Prevenção Secundária (Ações realizadas logo após o problema subdivididas em Diagnóstico Precoce e Tratamento imediato) (LEAVELL; CLARK, 1976) também não. Também não eram feitas avaliações dos efeitos das medidas preventivas adotadas o que tornava mais difícil expor aos gestores a importância e relevância de tais ações.

Assim, apesar da condição complexa da etiologia da deficiência mental que envolve múltiplos fatores, ela é passível de prevenção através de políticas, medidas e ações que a contemplem. Gil (2004) aponta como medidas de prevenção no período pré – natal as condições adequadas de saneamento básico, os cuidados especiais em regiões de risco radiativo, o planejamento familiar, o aconselhamento genético pré-natal, o acompanhamento da gestação através do pré-natal; como medidas perinatais, o atendimento (médico – hospitalar) de qualidade na situação de parto, o atendimento de qualidade ao recém-nascido e o Teste do Pezinho; já como medidas pós – natais, as condições adequadas de saneamento básico, serviços de puericultura apropriados e a prevenção de acidentes domésticos.

Contudo, existem barreiras no âmbito da Saúde Pública para que a identificação de tais fatores se constituam numa importante ação para a prevenção de deficiência, como nos mostra Moraes, Magna e Marques – de – Faria (2006) em pesquisa realizada a respeito do conhecimento e percepção dos profissionais de saúde sobre a prevenção da deficiência mental que evidenciou, por parte dos profissionais, um desconhecimento de que a deficiência mental poderia ser prevenida, bem como insegurança em relação às orientações

² Controle de fontes radioativas odontológica, hospitalares e industriais, fornecimento de métodos de controle de natalidade para grupos de riscos para DM, triagem em massa para diagnóstico precoce de erros inatos do metabolismo e programa de detecção precoce e triagem populacional para identificar crianças com risco para deficiência mental.

sobre os efeitos teratogênicos de drogas, doenças e agravos de prevalência elevada como o álcool, a citomegalovírus, o diabetes mellitus.

No que concerne à deficiência visual, cerca de 75 % dos casos poderiam ser evitados, caso fossem adotadas medidas preventivas eficientes nas áreas de educação e saúde, além de serem disponibilizadas informações à população (MAGALHÃES, 2009). Contudo, para que isto se efetive, faz-se necessária uma análise da mediação estabelecida na interação adulto/criança visto que, para Enumo, Cunha e Canal (1992), esta constitui-se num importante fator influenciador do desenvolvimento de crianças com deficiência visual, devendo-se considerar, prioritariamente, o oferecimento de um ambiente cheio de experiências e que contemple a promoção do desenvolvimento infantil como um todo.

Pensar na promoção do desenvolvimento infantil como um todo leva-nos também a refletir sobre quais os aspectos que poderão interferir nesse desenvolvimento, bem como no surgimento de deficiências, em específico, a visual, nesta fase de vida. Com isto, é primordial a prevenção da deficiência visual na infância a partir da identificação das principais causas no tocante a saúde materno-infantil, tais como a retinopatia da prematuridade em decorrência de parto prematuro; a catarata congênita, em consequência da rubéola materna ou de outras infecções durante a gestação e o glaucoma congênito, que tanto pode ser hereditário como causado por infecções no período pré-natal (GIL, 2004).

Corroborando com esse autor, encontramos, em outros estudos, (AGUIAR; CARDOSO; LUCIO, 2007; MAGALHÃES et al., 2009) a necessidade da prevenção da deficiência visual, pois quando as alterações visuais na infância são detectadas tardiamente, o desenvolvimento neuropsicomotor da criança pode ser comprometido. Esses estudos também apontam para a possibilidade de prevenção da deficiência visual em crianças, a partir da atenção à saúde materno-infantil, visto que as principais causas estão no período pré-natal, como a toxoplasmose, a citomegalovírus, a rubéola e a sífilis (TORCH).

Tendo em vista a prevenção dos agravos que comprometem o desenvolvimento infantil e na perspectiva da inclusão social das pessoas com deficiência visual a partir do diagnóstico precoce, reabilitação precoce e proteção à saúde infantil, em maio de 2006, durante a 59ª Assembléia Mundial de Saúde, ocorrida em Genebra, foi implementada a realização do Teste do Reflexo Vermelho, também conhecido como Teste do Olhinho, a partir da Resolução da Organização Mundial de Saúde (OMS), que considera a deficiência visual infantil como uma das cinco prioridades (MAGALHÃES et al., 2009).

O Teste do Olhinho³ possibilita a identificação precoce de alterações visuais como a catarata congênita e o retinoblastoma, sendo considerado um teste simples, acessível, de baixo custo e que pode constituir-se numa importante estratégia para a prevenção de deficiências na infância. Contudo, para que isto se efetive, faz-se necessária uma articulação entre os diversos níveis de atenção dos serviços de saúde, ou seja, atenção básica, média e da alta complexidade, tendo em vista a atenção integral à saúde materno-infantil, a partir da articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação.

Ao analisarmos a deficiência auditiva, vemos que ela interfere no processo de maturação psicológica, de aprendizagem, desenvolvimento, bem como nas relações sociais, o que poderá contribuir para o processo de segregação e exclusão social. Assim, corroborando com tal perspectiva, Silva, Queiros, Lima (2006) assinalam que, em crianças com deficiência auditiva, há a necessidade de um diagnóstico e intervenção precoce adequados, uma vez que, caso isto não ocorra, a aquisição e o desenvolvimento da linguagem podem ficar prejudicados (GIL, 2004).

Contudo, para que haja uma efetiva intervenção e diagnóstico precoces através do ACD, faz-se necessária a identificação de fatores de risco para a deficiência auditiva no tocante à saúde materno-infantil. Gil (2004) aponta as seguintes causas, no período pré-natal, como a consanguinidade, as doenças infecto-contagiosas (rubéola, sífilis, citomegalovírus, toxoplasmose, herpes), a ingestão de remédios ototóxicos e de drogas, o alcoolismo materno, a desnutrição/subnutrição/carências alimentares, a pressão alta, a diabetes e exposição à radiação, sendo também apontado por Bee (1997) a rubéola materna como a sua principal causa. Já as perinatais decorrem da pré-maturidade, pós-maturidade, anóxia, fórceps e infecção hospitalar. E, como pós – natais, estão a meningite, o uso de remédios ototóxicos em excesso ou sem orientação médica, a sífilis adquirida, o sarampo, a caxumba, a exposição contínua a ruídos ou sons muito altos e traumatismos cranianos.

Tiensoli e outros (2007), ao estimarem a prevalência de deficiência auditiva em crianças num hospital público de Belo Horizonte – MG e investigar a sua associação aos fatores de risco, encontraram que 51,7 % das mães das crianças com alterações auditivas apresentaram alguma intercorrência gestacional, sendo a hipertensão a principal e, nas crianças avaliadas, como fatores estavam o baixo peso (inferior a 1500 gramas), a

³ Também conhecido como Teste do Reflexo Vermelho consiste na percepção do reflexo vermelho que aparece ao ser incidido um feixe de luz sobre a superfície retiniana e para que este reflexo possa ser visto é necessário que o eixo óptico esteja livre, sem nenhum obstáculo à entrada da luz na pupila.

prematuridade, a hiperbilirrubinemia, o uso de medicamentos ototóxicos e as convulsões neonatais.

Em estudo realizado na Associação de Pais e Amigos dos Deficientes Auditivos do Estado da Bahia (APADA) - centro de referência para o atendimento a crianças e adolescentes deficientes auditivos, que teve por objetivo caracterizar o perfil etiológico da deficiência, encontrou - se como principal fator etiológico responsável pela deficiência a rubéola materna, sendo responsável por 32% dos casos, seguidos de 20% pela meningite, 15% de causa idiopática, 9% por prematuridade, 6% por hereditariedade e icterícia neonatal, 4% por otite média crônica e 2% por uso de misoprostol na gestação, sarampo, ototoxicidade e caxumba. Tais achados indicam a necessidade de medidas preventivas no tocante à saúde materno-infantil, como ações de profilaxia da rubéola materna e vacinação ampliada das crianças contra a meningite bacteriana (SILVA; QUEIROS; LIMA, 2006).

Pela Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (BRASIL, 2004c), instituída pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 2.073/GM de 28 de setembro de 2004, é competência da Atenção Básica a realização de ações que promovam a saúde auditiva, priorizando-se a prevenção e identificação precoce dos problemas auditivos com encaminhamento para níveis de maior complexidade quando necessário.

A prevenção e identificação precoce dos problemas auditivos podem ser feitas mediante a realização do Teste da Orelhinha⁴, que consiste num teste de triagem neonatal para a detecção precoce de alterações auditivas, visando minimizar os efeitos de uma descoberta tardia dessa deficiência que muito repercute no desenvolvimento infantil.

Contudo, embora a realização desse teste seja imprescindível para a detecção precoce de alterações auditivas na criança, existem alguns indícios sugestivos de deficiência auditiva que podem ser observados nas crianças precocemente, como o bebê não acordar ou não se assustar com um barulho forte e súbito, o choro intermitente, a ausência de localização ou a busca por uma fonte sonora e a hipoatividade. Já nas crianças maiores, pode-se observar o aparecimento tardio das primeiras palavras (3 ou 4 anos), ausência de resposta ao chamado verbal, excesso de comunicação gestual (GIL, 2004). Tais aspectos

⁴ Consiste no teste de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) realizado durante o sono da criança, com a colocação de um fone na orelha externa do bebê em que há a produção de um estímulo sonoro, sendo a captação deste som registrado num computador, que verifica se as partes internas da orelha, no caso a cóclea, estão funcionando.

devem ser considerados através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD) da criança realizado pelo PSF.

Como as estimativas têm mostrado que as taxas de mortalidade infantil no Brasil diminuíram, em virtude da implantação do PSF em algumas regiões brasileiras, isto significa que as crianças deficientes têm tido uma maior sobrevivência, necessitando com isto de um aporte técnico para a garantia e melhoria da sua qualidade de vida, como nos chama a atenção Amorim e outros (2006), sobretudo para aquelas cuja deficiência decorre das malformações congênitas do SNC, abrindo discussão para a possibilidade e a importância da sua prevenção também.

Embora a prevalência de crianças deficientes com malformações congênitas⁵ seja semelhante em países desenvolvidos e nos países em desenvolvimento, a sua repercussão se dá de forma diferenciada, em virtude da carência de serviços nesses países, o que compromete o prognóstico dessas crianças. Nos países em desenvolvimento como no caso o Brasil, existem aspectos que favorecem ou agravam o aparecimento de anomalias congênitas, como os níveis econômico e de escolaridade baixos, doenças infecciosas e carenciais, prática frequente de automedicação, condições ambientais inadequadas, trabalhos insalubres durante a gravidez e escassos recursos para a saúde (SCHÜLER - FACCINI, 2002).

Amorim e outros (2006) ao avaliarem o impacto das malformações fetais na mortalidade peri e neonatais numa maternidade escola na cidade de Recife, encontraram um predomínio das malformações do sistema nervoso central, tais como meningomielocèle e hidrocefalia associadas à pré-maturidade e ao baixo peso, com alta taxa de mortalidade neonatal.

Em pesquisa realizada no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueiras, em Recife - Pernambuco, identificaram também, como principais malformações do SNC, a hidrocefalia e microcefalia, associado ao baixo peso ao nascer, sendo sua incidência alta quando comparada aos países desenvolvidos (PACHECO et al., 2006).

Como medidas preventivas para estas malformações do SNC, recomendam - se a suplementação vitamínica e de ácido fólico e o controle da diabetes materna, consideradas

⁵ Dentro do quadro de deficiência na infância temos a paralisia cerebral e aquelas decorrentes de malformações congênitas do Sistema Nervoso Central, como meningomielocèle e hidrocefalia.

medidas simples, de baixo custo e com alta eficácia, bem como o rastreamento das gestantes com encaminhamento precoce para unidades de maior complexidade que as da Atenção Básica (AMORIM et al., 2006).

Assim, reforçamos a necessidade de uma atenção à saúde materno – infantil contemplando ações que possibilitem prevenir deficiências ou agravos ainda na infância, tais como a suplementação de ferro e ácido fólico, o controle da diabetes materna, o acompanhamento do peso e da pressão arterial nas gestantes.

Ao analisarmos sobre as possíveis causas para os diversos tipos de deficiência, estamos nos referindo às ações que devem ser realizadas no âmbito da saúde pública no tocante a saúde materno – infantil na Atenção Básica e no PSF. Tal concepção é reforçada por Moraes, Magna e Marques – de – Faria (2006, p. 688) ao nos trazer que

Pediatras, ginecologistas-obstetras, clínicos gerais e médicos do PSF, ou ainda enfermeiros, por manterem contato mais freqüente e precoce com esses pacientes, passam a ter uma grande responsabilidade no manejo do caso. Estando bem preparados para identificar os fatores de risco, conduzir eficientemente a investigação inicial e fazer o encaminhamento correto para os especialistas, poderão se constituir em um poderoso instrumento de prevenção da deficiência [...].

Contudo, para que tais ações se constituam em medidas imprescindíveis para prevenir deficiência na infância, devem estar pautadas na integralidade das ações e dos serviços de saúde, no acolhimento, vínculo e responsabilização/resolubilidade diante das necessidades dos indivíduos.

A integralidade, de acordo com Alves (2005), relaciona-se tanto às práticas quanto à organização dos serviços, contrapondo-se ao reducionismo e percepção fragmentária dos indivíduos, uma vez que deve contemplar as necessidades mais abrangentes destes. Nesta perspectiva, Mattos (2001, p. 57) traz que

[...] a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional.

Como necessidades mais abrangentes que olham os usuários para além do reducionismo biológico, temos o acolhimento, o vínculo e a responsabilização/resolubilidade.

Para Merhy (2006), o acolhimento consiste numa relação humanizada que devem ter os trabalhadores e serviços de saúde para com aqueles que os procuram, sendo o distanciamento e a frieza diante dos problemas do outro seu maior empecilho. Com isso, o acolhimento torna-se parte do processo da criação de vínculo entre profissionais e usuários e

implica uma relação próxima entre equipe e usuários, com sensibilização e responsabilização perante o sofrimento do outro, seja este individual ou coletivo, buscando-se a autonomia dos usuários.

Esta responsabilização perante o sofrimento deve ser entendida como buscar soluções para as necessidades do outro, o que sugere ações resolutivas, seja do profissional ou do serviço, durante o processo de cuidar. Assim, “ter ação resolutiva não se limita a ter uma conduta, mas além disso, coloca as possibilidades de usar tudo o que se dispõe para eliminar o sofrimento e as causas reais do problema do paciente” (MERHY, 2006, p. 139).

3 O CAMINHO METODOLÓGICO DO ESTUDO

A Ciência é uma produção cultural humana que busca compreender uma realidade que nunca se esgota, ou seja, uma forma de produção do conhecimento com base na análise de um objeto real através do uso de métodos científicos. Entendemos, assim, a pesquisa como uma atividade básica da ciência na sua indagação e construção desta realidade. Para tanto, esta atividade de investigação se inicia por uma questão, por um problema, por uma pergunta científica (MINAYO, 1999).

Para Minayo (2004), metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade. Portanto, enquanto abrangência de concepções teóricas de abordagem, a teoria e a metodologia caminham juntas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para abordar a realidade neste estudo, dentro do universo das técnicas de pesquisa, foi feita a opção pela pesquisa qualitativa a partir de questões que não podem ser quantificadas. Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes (MINAYO, 1999).

A pesquisa qualitativa em saúde, segundo Minayo (1999), possibilita uma apreensão de significados e intencionalidades presentes nas ações e relações sociais, dotadas de subjetividade e construídas historicamente através do cotidiano, da vivência e do senso comum.

Assim, a abordagem qualitativa de natureza descritiva nos permitiu aumentar a experiência em torno do problema investigado, além de descrever e analisar os acontecimentos, as situações e o que pensam as pessoas investigadas acerca do objeto estudado (TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 2004).

Tal compreensão nos trouxe o entendimento objetivo do cotidiano, das relações estabelecidas pelos atores sociais, possibilitando um transformar e um repensar da prática, visto que o campo da saúde é considerado como um fenômeno de alta significação (MINAYO, 1999).

3.2 CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

Minayo (1999, p. 105) conceitua campo como o “recorte espacial que corresponde à abrangência [...] do recorte teórico correspondente ao objeto de investigação”. Assim, a escolha do campo da pesquisa permitiu-nos dialogar com a realidade que queríamos investigar; por isso, definimos como campo de estudo, as Unidades Saúde da Família (USF), do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, da cidade de Salvador-BA.



FIGURA 1: Município de Salvador
FONTE: opiniaoweb.com/viagens/page/2/

Salvador, capital da Bahia, possui uma extensão territorial de 707 Km², com uma organização político – administrativa compreendendo 18 Regiões Administrativas (RA) e 12 Distritos Sanitários (DS): Centro Histórico, Itapagipe, São Caetano/ Valéria, Liberdade, Brotas, Barra/Rio Vermelho, Boca do Rio, Itapoã, Cabula/Beiru, Pau da Lima, Subúrbio Ferroviário e Cajazeiras, com uma população residente, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde (BAHIA, 2009) no ano de 2009, de 2.998.058 habitantes. Sua população

é composta, na sua maioria, por negros, correspondendo aproximadamente a 83% da população do município, com um aumento dos grupos populacionais mais jovens, na faixa etária de 15-29 anos, nos últimos anos (SALVADOR, 2008a).

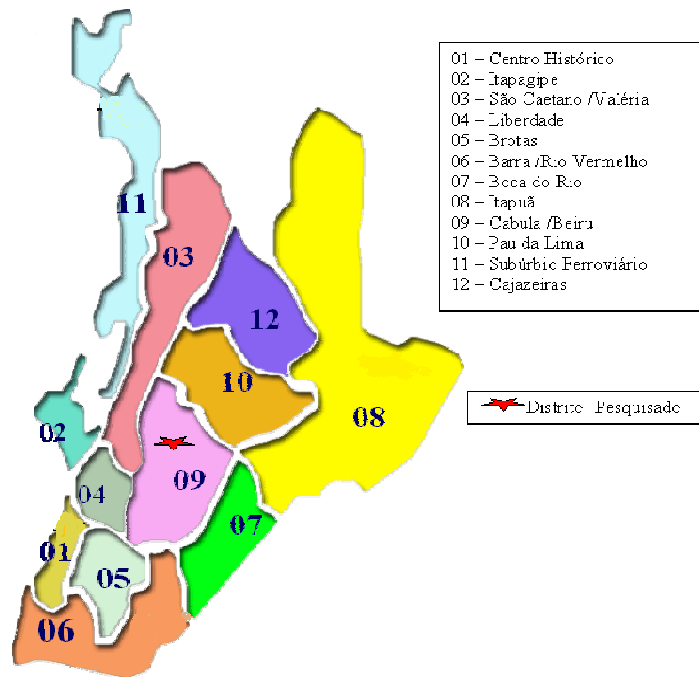


FIGURA 2: Distritos Sanitários de Salvador

FONTE: Salvador, 2004.

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a população feminina é predominante nos Distritos Sanitários, sendo no ano de 2009 um total de 1.592.440 mulheres, para um total de 1.405.618 homens (BAHIA, 2009).

A cidade de Salvador integra a Região Metropolitana de Salvador, ao lado dos municípios de Camaçari, Dias D' Ávila, Lauro de Freitas, Itaparica, Madre de Deus, São Francisco do Conde, Simões Filho e Vera Cruz. No seu perfil sócio – econômico apresenta um cenário de alta desigualdade social em que os 20% mais ricos se apropriam de 70% da renda, ao passo que os 20% mais pobres apenas de 1,6% do que é produzido. Com relação à situação de saneamento básico, 96,7% dos moradores possuem abastecimento de água, ou seja, 73,9% com rede geral de esgoto e 93,1% com coleta de lixo. Já no que diz respeito às condições de moradia, apenas 59% apresenta condições adequadas, ou seja, domicílios particulares permanentes, com rede geral de abastecimento de água e de esgoto ou fossa

séptica, coleta de lixo por serviço de limpeza e até dois moradores por dormitório (SALVADOR, 2008a).

3.2.1 O Sistema Local de Saúde

A organização do sistema local de saúde de Salvador segue a lógica da distritalização, subdividido em doze Distritos Sanitários (DS), sendo que cada um deles é composto por Unidades Saúde da Família com uma equipe mínima de enfermeiro, médico, agentes comunitários de saúde (ACS) e auxiliar ou técnico de enfermagem. Possui 170 Equipes Saúde da Família, 788 agentes comunitários de saúde com uma população cadastrada de 397.958 pessoas e uma cobertura de 12,17% da população.

O município de Salvador possui um total de 1.213 estabelecimentos de saúde, sendo 325 do SUS, representando 43,1% da rede de estabelecimentos registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os estabelecimentos do SUS destinam-se em maior número, à Atenção Básica (centros de saúde/unidade básica), e uma menor presença em relação aos serviços especializados e à assistência hospitalar (SALVADOR, 2008a).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde 2006 – 2009, a Vigilância da Saúde constitui-se como modelo de atenção à saúde, no município, tendo como principais características a intervenção sobre danos, riscos ou determinantes dos problemas de saúde da população, a ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos, a utilização do conceito de risco, a articulação entre ações de promoção, prevenção e cura, a atuação intersetorial e territorializada, além de intervenção sob a forma de operações. Tal modelo reconhece o PSF como principal estratégia de reorientação, valorizando propostas alternativas como o acolhimento, a oferta organizada, as Cidades Saudáveis e as Ações Programáticas. Como eixos programáticos prioritários tem-se a Saúde da Criança e a Saúde da Mulher (SALVADOR, 2008a).

Dentre os problemas do estado de saúde segundo grupos populacionais específicos apontados no Plano Municipal de Saúde 2006 – 2009 destacam-se, para as crianças, as infecções respiratórias agudas, escabiose, verminose, pneumonias, problemas oftalmológicos, violência / maus tratos, violência sexual, carência alimentar / fome/

desnutrição, desmame precoce, cárie / doença periodontal, trabalho na infância, abuso e exploração sexual, uso de drogas e uso de crianças no tráfico de drogas. Já para as mulheres são predominantes a cárie e a doença periodontal em gestantes, gravidez não planejada, aborto, DST, violência, câncer de mama e de útero (SALVADOR, 2008a).

O Plano Municipal de Saúde de Salvador (2006-2009) apresenta no seu Módulo Operacional II, a Atenção Básica à Saúde, os seguintes objetivos para o município: humanizar o atendimento; contribuir para a garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente; reduzir a morbimortalidade infantil por doenças imunopreveníveis, afecções do período neonatal e acidentes; desenvolver ações de controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e escabiose na população infantil; reduzir a frequência da desnutrição grave e moderada em crianças, incluindo a redução da incidência do baixo peso ao nascer e o controle da deficiência de ferro e de vitamina A; implementar o programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e garantir o atendimento integrado ao portador de deficiência (SALVADOR, 2008a).

Para tais objetivos, recomendam-se as seguintes ações a serem realizadas: implantação da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2007c) em todas as unidades de saúde; reorganização das unidades para que haja garantia do acolhimento dos usuários nos DS; estabelecimento de prioridades para as crianças nos serviços de saúde; vacinação de menores de um ano; melhoria da atenção pré – natal, parto e assistência neonatal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a seis anos; prevenção de distúrbios nutricionais e metabólicos; implementação do planejamento familiar e assistência ao pré – natal nos DS; articulação com as maternidades para a melhoria da acessibilidade, acolhimento, qualidade da atenção e humanização ao parto; elaboração e implantação de projeto para a organização da rede de atenção ao portador de deficiência física nas unidades de saúde.

3.2.2 O Distrito Sanitário Cabula/ Beiru – recorte espacial do estudo

O Distrito Sanitário (DS) Cabula / Beiru localiza-se na cidade de Salvador-BA, tem uma extensão territorial de 25, 89 Km² e uma população de 429. 033 habitantes (201.149

homens e 227.884 mulheres), sendo o mais populoso, inclusive, em crianças de zero a um ano (7.230) e de um a quatro anos (28.741). Possui onze Equipes Saúde da Família (ESF), contando com sessenta e nove Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que, no total de 421.648 moradores, 28.135 cadastrados no PSF, perfazendo uma cobertura de 8,9% da população local. Conta também com 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS), três Unidades Saúde da Família (USF), dois Pronto Atendimento (PA), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dois hospitais da rede SUS, sendo um Geral e um Psiquiátrico (SALVADOR, 2008b).

As Unidades Básicas de Saúde desenvolvem atividades de atenção básica e de média complexidade, sendo oferecidos os seguintes serviços: Controle da Diabetes Mellitus, Saúde Bucal, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Nebulização, Posto de coleta laboratorial, Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Endocrinologia, Pneumologia e Gastroenterologia (SALVADOR, 2008b).

As três Unidades Saúde da Família (USF de Saramandaia, USF de Arenoso, USF de Barreiras) são compostas por uma equipe mínima (um enfermeiro, um médico, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar ou técnico de enfermagem). A Unidade de Saramandaia possui quatro equipes, a de Barreiras quatro equipes e a de Arenoso três, totalizando onze (11) ESF (SALVADOR, 2008c; SOUZA; MOLESINI; OLIVEIRA, 2008).

A escolha pelo Distrito Sanitário Cabula/ Beiru justifica-se por ser o mais populoso, inclusive em número de crianças, bem como pela necessidade de continuarmos o trabalho nesse campo, uma vez que já fez parte de outros estudos nossos, *Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor infantil na Estratégia Saúde da Família* (SOUZA; MOLESINI; OLIVEIRA, 2008) e *Education, Health and Handicap-Occurrence Prevention at the Family Health Program* (SOUZA et al., 2009), o que nos levou a ampliar a temática culminando neste estudo.

Como critérios de inclusão fez parte deste estudo uma equipe mínima de cada USF do DS Cabula/Beiru que realizava atenção à saúde materno-infantil nos serviços de Pré-natal e Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil (ACD). Como critério para elegibilidade da equipe, foi contemplada apenas a que estava completa no período da coleta de dados e que aceitou participar da pesquisa.

QUADRO 1 - Distribuição das ESF do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, do município de Salvador, em julho de 2009.

UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA	NÚMERO DE ESF	NÚMERO DE ESF - COMPLETA
ARENOSO	03	01
BARREIRAS	04	02
SARAMANDAIA	04	00

FONTE: Informações obtidas junto ao Distrito Sanitário Cabula / Beiru, em julho de 2009.

Assim, fizeram parte da pesquisa apenas as USF Arenoso e Barreiras pois, na USF Saramandaia, durante o período da coleta de dados, não havia nenhuma equipe composta, sendo, por isso, excluída do estudo.

Como na Unidade Saúde da Família – Barreiras havia mais de uma equipe completa estabeleceu-se como critério de inclusão/exclusão a que possuía mais tempo de formação, uma vez que o vínculo e a interação entre a equipe constituem dispositivos importantes para a efetividade das ações.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Estabelecemos como critérios de inclusão para a escolha das equipes, apenas as que realizavam atenção à saúde materno - infantil, nos serviços de Pré-natal e Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) e que estavam completa no período da coleta de dados e que aceitaram participar da mesma.

Como sujeitos participantes do estudo, foram delimitados dois grupos de sujeitos:

Grupo I: profissionais (médicos, enfermeiros, agentes comunitários e auxiliar ou técnico de enfermagem) que compunham as ESF, que estavam completas, realizavam ações na atenção à saúde materno-infantil (pré-natal e ACD), estavam trabalhando no período da pesquisa e que aceitaram participar da mesma.

Grupo II: usuárias cadastradas nas ESF, que utilizavam os serviços de Pré – natal ou ACD e que aceitaram participar da pesquisa. Para as que estavam utilizando o serviço de Pré-natal, no caso as gestantes, apenas fizeram parte as que iniciaram o pré –natal no primeiro trimestre da gestação. Tal escolha como critério decorre do fato de, além de ser o preconizado pelo MS (BRASIL, 2005), reconhecermos a importância da prevenção desde o início da gestação, uma vez que o primeiro trimestre constitui-se numa fase de maior maturação neurológica para o feto, sendo que adversidades neste período representam um grande risco para que a criança venha a desenvolver futuramente alguma alteração. No ACD, apenas foram selecionadas as usuárias que fizeram o pré-natal na USF, visto a importância do seguimento da atenção à mãe e à criança pela ESF como dispositivo para a prevenção de deficiências na infância.

Como amostragem do estudo, seguimos os princípios de Minayo (2008) para a abordagem qualitativa utilizando o critério de saturação em que há uma preocupação maior com o aprofundamento, a abrangência, a diversidade, e menor com a generalização e com a representação numérica.

Dessa forma, fizeram parte do estudo, a partir dos critérios estabelecidos, quinze profissionais e dez usuárias, totalizando vinte e cinco participantes. A caracterização destes sujeitos está disposto nos quadros 2 e 3.

QUADRO 2 - Grupo 1 - Caracterização dos profissionais das ESF do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, jul./nov., 2009.

IDENTIFICAÇÃO	SEXO	IDADE	FORMAÇÃO	FUNÇÃO/ CARGO	EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL	ATUAÇÃO NO PSF	TITULAÇÃO
Enfermeira – A	F	32	Enfermeira	Enfermeira	11 anos	05 anos	Especialização em Nefrologia e Programa Saúde da Família (PSF)
Médica – A	F	28 anos	Médica	Médica	10 meses	10 meses	Nenhuma
Téc. de enfermagem – A	F	24 anos	Téc. em enfermagem	Téc. em enfermagem	02 anos	02 meses	-----
ACS – 1A	F	40 anos	Segundo grau completo	ACS	03 anos	03 anos	-----
ACS – 2A	F	33 anos	Segundo grau completo	ACS	03 anos	03 anos	-----
ACS – 3A	F	35 anos	Segundo grau completo	ACS	11 anos	03 anos	-----
ACS – 4A	F	33 anos	Segundo grau completo	ACS	03 anos	03 anos	-----
Enfermeira – B	F	28 anos	Enfermeira	Enfermeira	06 anos	06 anos	Esp. em Saúde Pública; Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea.
Médico – B	F	38 anos	Médica	Médica	10 anos	09 anos	Residência em Medicina Social pelo Instituto de Saúde Coletiva
Auxiliar de enfermagem – B	M	33 anos	Auxiliar de enfermagem	Auxiliar de enfermagem	11 anos	04 anos	-----
ACS – 1B	F	43 anos	Segundo grau completo	Ag. Com. de Saúde	04 anos	04 anos	-----
ACS – 2B	F	35 anos	Segundo grau completo	ACS	04 anos	04 anos	-----
ACS – 3B	F	41 anos	Segundo grau completo	ACS	05 anos	05 anos	-----
ACS – 4B	F	31 anos	Segundo grau completo	ACS	04 anos	04 anos	-----
ACS – 5B	F	47 anos	Segundo grau completo	ACS	04 anos	04 anos	-----

Os profissionais que compunham as ESF – A encontravam-se numa faixa etária de 28 a 40 anos, sendo apenas um do sexo masculino; a enfermeira possui especialização em Nefrologia e PSF, com onze anos de experiência profissional na profissão e cinco anos de atuação em PSF; a médica é recém-formada, tem dez meses de formação, o mesmo tempo de experiência em PSF e não possui titulação; a técnica de enfermagem tem dois anos de formação e dois meses de experiência em PSF; já os ACS possuem todos segundo grau completo, sendo que uma tem onze anos de experiência como ACS, pois trabalhava no Programa de Agentes Comunitários (PACS) e os outros têm uma média de três anos de experiência como ACS, coincidindo com o tempo de experiência em PSF e a existência da unidade.

Na ESF – B, a enfermeira possui seis anos de formação com o mesmo tempo de experiência em PSF e mestrado em Família na Sociedade Contemporânea; já a médica possui dez anos de formação com residência em Medicina Social e nove anos de experiência em PSF; o auxiliar de enfermagem possui onze anos de formação com quatro anos de experiência em PSF e os ACS todos têm segundo grau completo e, em média, quatro anos de experiência na profissão e o mesmo tempo em PSF.

QUADRO 3 - Grupo 2 Caracterização dos usuários das ESF do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, jul./nov., 2009.

IDENTIFICAÇÃO	IDADE	ESCOLARIDADE	OCUPAÇÃO	TEMPO RESIDE NA ÁREA	TEMPO QUE FREQUENTA A USF
Usuária – 1B	22 anos	Segundo grau	Secretária	02 anos	01 ano
Usuária – 2B	36 anos	Ensino médio	Dona de casa	12 anos	01 ano
Usuária – 3A	20 anos	Segundo grau incompleto	Dona de casa	02 anos	01 ano
Usuária – 4A	21 anos	Segundo grau incompleto	Estudante	21 anos	05 meses
Usuária – 5A	26 anos	Segundo grau	Dona de casa	26 anos	04 anos
Usuária – 6B	21 anos	Estudante – 8ª série	Estudante	13 anos	01 ano
Usuária – 7B	26 anos	2º grau	Doméstica	26 anos	04 anos
Usuária – 8A	28 anos	5ª série	Dona de casa	10 anos	04 anos
Usuária – 09A	24 anos	Primeiro grau	Dona de casa	05 anos	01 ano
Usuária – 10B	32 anos	Segundo grau	Recepcionista	05 anos	01 ano

As usuárias estão numa faixa etária compreendida entre vinte e um anos a trinta e seis anos, sendo que a maioria possui segundo grau incompleto e tem, como ocupação, dona de casa ou estudante. O tempo que residem na área, varia de dois à 26 anos, sendo que o tempo que frequentam a USF, para a maioria coincide com o tempo de existência da unidade, ou seja, em média quatro anos.

3.4 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

As técnicas de coletas de dados utilizadas foram a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática.

Minayo (1999) considera a entrevista um instrumento privilegiado da pesquisa qualitativa, pois a fala dos atores sociais envolvidos constitui-se numa possibilidade de revelação das condições estruturais, sistemas de valores, normas, símbolos e representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

A entrevista pode ser estruturada ou fechada, semi – estruturada e livre ou aberta, sendo as duas últimas as mais utilizadas na pesquisa qualitativa sendo compreendida como

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987, p. 146).

Assim, fizemos a opção pela entrevista semi – estruturada, pois ela valoriza a presença do pesquisador (TRIVIÑOS, 1987), possibilitando um leque de explanação por parte dos pesquisados sem perder de vista o foco da pesquisa.

Com isso, realizamos a entrevista semi - estruturada com os trabalhadores das ESF e as usuárias, sendo estas gravadas após o consentimento dos sujeitos do estudo. Após a coleta dos dados, as falas foram transcritas na sua íntegra, para posterior trabalho de análise, sendo preservada a identidade dos sujeitos.

Servo (2001) ressalta que este tipo de entrevista implica a utilização de um roteiro cujo objetivo é orientar o pesquisador e o pesquisado em torno da temática abordada. Tal aspecto permite que não haja um distanciamento do objeto de estudo e nem dos objetivos propostos.

No roteiro da entrevista para o Grupo I – ESF (APÊNCICE - A), consideramos os objetivos delimitados para o estudo, sendo enfocados os seguintes: quais e como são desenvolvidas as ações no Pré-natal e no ACD; o entendimento dos profissionais sobre as atividades desenvolvidas no Pré-natal e ACD para a prevenção de deficiências na infância; os limites e as possibilidades do Pré-natal e do ACD para a prevenção de deficiências na infância. Já no roteiro para o Grupo II – usuários (APÊNDICE - B), foram abordadas as ações desenvolvidas no Pré-natal/ ACD; as orientações/informações/encaminhamentos recebidos durante o Pré-natal/ACD; os conhecimentos sobre os cuidados consigo e com a criança que contribuem para evitar que a criança tenha no futuro algum problema mental, sensorial, motor ou de interação social.

Minayo (2008, p.276) ao citar Malinowski (1978, p.55), ressalta a importância da apreensão de vários níveis da realidade que não podem ser obtidos apenas por meio de perguntas ou documentos quantitativos, mas, sobretudo, pela observação real e sugere os seguintes aspectos que devem ser analisados numa determinada realidade empírica: o conjunto de regras formuladas ou implícitas nas atividades dos componentes de um grupo social; a forma como essas regras são obedecidas ou transgredidas; o aspecto legal e o aspecto íntimo das relações sociais; as tradições, costumes e o tom e a importância que lhes são atribuídos; as idéias, os motivos e os sentimentos do grupo na compreensão da totalidade de sua vida, sejam eles verbalizados ou evidenciados em gestos e atitudes por meio de suas categorias de pensamento.

A observação sistemática nos permitiu, através do contato direto com os sujeitos da pesquisa em seu próprio contexto, obter dados da sua realidade em consonância com o nosso objeto de pesquisa, ou seja, a atenção à saúde materno – infantil.

A escolha por esta técnica decorre da mesma possibilitar uma apreensão real do contexto dos sujeitos e objeto pesquisado, não se detendo apenas nos discursos obtidos nas entrevistas, constituindo-se, assim, conforme Minayo (2008) numa complementação às entrevistas. Com isso, foi possível apreender situações a que não teríamos acesso apenas através dos discursos dos profissionais das ESF e usuários atendidos.

A observação ocorreu a partir de tópicos que contemplassem o objeto de estudo e que partissem da realidade empírica. Assim, para a sua realização, foi elaborado um roteiro norteador (APÊNDICE - C) a fim de que ocorresse de forma sistematizada, focalizando as ações realizadas na atenção à saúde materno-infantil nos serviços de Pré – natal e ACD e a interrelação equipe-usuário.

As ações realizadas pelas ESF na atenção à saúde materno infantil e observadas estão dispostas no quadro 4.

QUADRO 4 - Ações desenvolvidas pelas ESF do Distrito Sanitário Cabula/Beiru, julho-novembro de 2009, na atenção à saúde materno-infantil.

CATEGORIA PROFISSIONAL	AÇÕES DESENVOLVIDAS ESF - ARENOSO	AÇÕES DESENVOLVIDAS ESF - BARREIRAS
Médico	Pré-natal	Pré-natal
Enfermeiro	Pré-natal	Pré-natal
Médico	ACD	ACD
Enfermeiro	ACD	ACD
ACS	Visita domiciliar	Visita domiciliar
Técnico/ auxiliar de enfermagem	Sala de vacina	Sala de vacina
Equipe	-----	Sala de espera
		Oficinas com gestantes

Como toda observação deve ser registrada, fizemos a opção pela utilização do Diário de Campo que consiste num instrumento em que o investigador registra todas as informações que não são obtidas através do emprego de outras técnicas, como o comportamento, os gestos, as expressões, as percepções, as angústias e os questionamentos que dizem respeito ao tema da pesquisa (MINAYO, 2008; 2004).

3.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA E SISTEMÁTICA PARA A COLETA DE DADOS

Inicialmente, foi encaminhado pelo Programa de Pós – Graduação da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) um ofício à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador informando sobre a intenção de realizarmos a coleta de dados da pesquisa nas Unidades Saúde da Família do Distrito Sanitário Cabula/Beiru e solicitando autorização para a realização da mesma.

Após a autorização da SMS, buscando respeitar os aspectos éticos de pesquisa com seres humanos e proteger os sujeitos participantes, esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, atendendo à Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 que regulamenta tal atividade (BRASIL, 1996) e aos princípios da ótica do indivíduo e das coletividades, atendendo aos quatro princípios básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça que visam assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, os sujeitos da pesquisa e o Estado. Assim, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais (MOSER, 2006).

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, sob CAEE nº 0073.0.059.000-09 (ANEXO - A), retornamos à SMS de Salvador com o ofício de aprovação, e solicitamos autorização para procedermos à coleta de dados através da entrevista semi-estruturada e da observação sistemática nas USF do Distrito Sanitário Cabula-Beiru. Após autorização desta Secretaria (ANEXO - B) a mesma nos encaminhou ao Distrito Sanitário Cabula-Beiru, de onde aguardamos encaminhamento para as Unidades Saúde da Família do referido distrito.

Assim, a coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEFS, a autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador e o encaminhamento do Distrito Sanitário Cabula-Beiru para as suas Unidades Saúde da Família.

Após o encaminhamento do Distrito Sanitário Cabula-Beiru para as USF, foi feita antes da coleta de dados, uma visita ao campo da pesquisa para um contato inicial no qual foi exposto o propósito da pesquisa, visando uma aproximação e familiaridade da equipe

com a nossa presença nas unidades, bem como um levantamento das USF com suas respectivas equipes, composição, tempo de vinculação e distribuição dos serviços oferecidos na atenção à saúde materno-infantil que seriam observados, no caso o pré-natal e o ACD. Em seguida, foi feito o agendamento das datas das entrevistas e das observações sistemáticas.

As entrevistas foram realizadas concomitantes às observações sistemáticas do trabalho das equipes selecionadas para o estudo, utilizando roteiro dirigido (APÊNDICE - C), buscando identificar as ações descritas e desenvolvidas na atenção à saúde materno-infantil.

Durante a coleta de dados, foi apresentado e solicitado aos profissionais das ESF e às usuárias um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCL) (Apêndice D) no qual foram explicitados os objetivos do estudo, as técnicas e os instrumentos de investigação, bem como os riscos, os benefícios e seus fins acadêmicos e científicos.

Visando assegurar o anonimato dos participantes do estudo e o sigilo das informações fornecidas, optamos por identificá-los como equipe A e equipe B, visto que trabalhamos apenas com duas equipes, sendo cada categoria profissional vinculada à sua respectiva equipe. Assim, temos enfermeira A e enfermeira B, médica A e médica B, técnico ou auxiliar de enfermagem A e técnico ou auxiliar de enfermagem B. Como os agentes comunitários de saúde são mais de um, utilizamos, além da letra da sua equipe, um número, assim: ACS 1 - 4A e ACS 1 – 5B. As usuárias também são identificadas da mesma forma, ou seja, Usuária 1- 5A (cadastrada e atendida pela equipe A) e Usuária 1- 5B (cadastrada e atendida pela equipe B).

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise e interpretação dos dados, utilizamos a análise de conteúdo temático proposto por Bardin (2009) e definida como

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens (BARDIN, 2009, p. 44).

Para tanto, essa técnica estabelece três etapas, a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados para a análise do material coletado (BARDIN, 2009; MINAYO, 1999), sendo trabalhada da seguinte forma:

1ª ETAPA - PRÉ-ANÁLISE

A pré-análise consistiu na ordenação dos dados obtidos através das entrevistas e das observações e que conduziram a um plano de análise a partir da operacionalização e sistematização das ideias iniciais (BARDIN, 2009), de modo que direcionassem o desenvolvimento das etapas seguintes, contemplando os objetivos propostos e evidências para o estudo.

No primeiro momento dessa etapa, buscamos ouvir as entrevistas realizadas com o Grupo I (profissionais) e o Grupo II (usuários) através de gravação em áudio com o uso de um mp10, visando avaliar a qualidade do material e a possível necessidade de retorno ao campo ou não, o que não foi necessário. Posteriormente, foi feita a transcrição na íntegra dessas entrevistas, digitação e pequenas correções linguísticas, contudo, sem alterar o sentido nem o caráter espontâneo dos discursos dos sujeitos participantes.

Ainda nesta etapa, fizemos a ordenação dos dados obtidos através da observação sistemática e registrados no Diário de Campo, sendo digitados e organizados por Unidade Saúde da Família, respectiva equipe e ação desenvolvida para, posteriormente, serem articulados esses dados com as entrevistas.

Após as transcrições e digitação de todo o material, fizemos a leitura flutuante, que consiste num contato exaustivo com o material deixando-se invadir por impressões e orientações, ou, conforme Minayo (1999), deixando-se impregnar pelo conteúdo que já dava indícios dos temas emergentes.

Posteriormente, procedemos à segunda etapa que foi a exploração do material.

QUADRO 6 Síntese das entrevistas do Grupo II – usuários - Distrito Sanitário Cabula/Beiru, Salvador – BA.

NÚCLEOS DE SENTIDO	Usuária 1A	Usuária 2^a	Usuária 3A	Usuária 4A	Usuária 1B	Usuária 2B	Usuária 3B	Usuária 4B
Ações realizadas pela ESF								
Orientações recebidas pela ESF								

3ª - ETAPA - O TRATAMENTO DOS RESULTADOS

Esta etapa consistiu na articulação entre os dados categorizados, a partir da apreensão dos núcleos de sentido com o marco teórico da pesquisa, visando identificar convergências, divergências e complementariedade, tendo em vista os seus objetivos.

Segundo Minayo (2004), as categorias consistem num conjunto de elementos, classificados ou seriados que se agrupam em torno de um conceito. Nesta pesquisa, as categorias e subcategorias apreendidas a partir dos dados foram:

Categoria 1: O agir das Equipes Saúde da Família na atenção pré-natal e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (ACD)

Subcategoria 1: O agir das Equipes Saúde da Família na atenção pré-natal.

Subcategoria 2: O agir das Equipes Saúde da Família no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (ACD)

Categoria 2: Limites e possibilidades das ações desenvolvidas pelas Equipes Saúde da Família na atenção pré-natal e no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (ACD)

A partir da delimitação das categorias e subcategorias de análise, foram analisadas as ações desenvolvidas pelos profissionais, bem como suas subjetividades implícitas em suas falas, pois elas veiculam uma afirmação, uma opinião, um posicionamento ou uma ação sobre o tema que lhes foi apresentado.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste capítulo analisamos e discutimos as categorias apreendidas a partir da coleta dos dados, discorrendo sobre a organização dos serviços e das ações na atenção à saúde materno – infantil, nas Equipes Saúde da Família estudadas e analisando as ações desenvolvidas pelas Equipes Saúde da Família (ESF) no Pré-natal e no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento infantil (ACD) e os limites e as possibilidades destas ações para a prevenção de deficiências na infância.

4.1 O AGIR DAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Esta categoria apresenta as diretrizes e orientações que direcionam a organização da ação das Equipes Saúde da Família (ESF) na atenção a saúde materno-infantil como suporte para a possibilidade de prevenção de deficiências na infância.

Para a compreensão das ações das equipes, compreendemos que elas não se dão de forma isolada ou descontextualizada, apresentamos, mesmo que de forma breve, os pressupostos que dão suporte à organização dos serviços de saúde dentro do contexto estudado, as Unidades Saúde da Família do Distrito Sanitário Cabula/Beiru da cidade de Salvador, Bahia, e em seguida, entramos no conteúdo das práticas e na organização do processo de trabalho dessas equipes. Por fim, apresentamos as duas subcategorias apreendidas nesta categoria. Na primeira, destacamos o agir das ESF, englobando as ações que são desenvolvidas na atenção ao pré-natal e, na segunda, o agir das ESF no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (ACD), ambos enquanto perspectiva de possibilidade para a prevenção de deficiências na infância.

Na cidade de Salvador, contexto onde este estudo foi realizado, diante do desafio de re-organização do modelo de atenção a saúde, as características da Vigilância à Saúde foram incorporadas à organização dos serviços. Nesse sentido, a organização do trabalho das ESF segue a lógica da distritalização, ou seja, as Unidades Saúde da Família (USF) estão inseridas num Distrito Sanitário, no caso o Cabula/Beiru, que tem por base a identificação dos

problemas compreendidos como necessidade de saúde da população, atendendo aos princípios da regionalização e hierarquização dos serviços destinados às áreas de abrangência delimitadas (SALVADOR, 2008a).

Na prática, a relação entre as USF e o DS se dá de forma hierarquizada, em que as USF estão subordinadas ao Distrito Sanitário e este, à Secretaria Municipal de Saúde. No âmbito específico deste estudo, essa hierarquização se constitui da Secretaria Municipal de Salvador, dos seus 12 DS e das USF pertencentes a cada um dos Distritos. Apenas para lembrar, esse estudo foi realizado em um dos doze (12) Distritos Sanitários da cidade de Salvador, sendo que foram estudadas duas (02) Equipes Saúde da Família dentre as onze (11) equipes deste DS por atenderem aos critérios de inclusão estabelecidos no estudo.

O modelo da Vigilância à Saúde sustenta-se a partir da organização das práticas de saúde sobre um determinado território, com articulação entre promoção, prevenção, assistência e recuperação, considerando as necessidades de saúde da população. Destarte, esse modelo, ao dialogar com as ações programáticas e com a Promoção da Saúde, passou a ser a referência para o Programa Saúde da Família (TEIXEIRA, 2006), além de reconhecer a importância da priorização dos vínculos das equipes de saúde com a família, da acessibilidade e do acolhimento dos usuários pelos serviços de saúde (PAIM, 2009).

As Unidades Saúde da Família, por meio do Programa Saúde da Família, além de estarem na vanguarda do movimento de reorganização dos serviços na atenção básica e universalização do acesso, exigem a materialização de novas práticas em atenção à saúde, principalmente as que estão centradas nas ações de prevenção e promoção da saúde. No entanto, o fato de ter orientações prescritivas comuns como referência para a organização da atenção à saúde, isso não garante aos serviços prestados à população a implementação da mesma forma no trabalho desenvolvido pelas ESF, visto que, para garantir essa nova organização da Atenção Básica à saúde, há uma necessidade também de re-organização no conteúdo das práticas dos profissionais (TEIXEIRA, 2006; 2003).

Nas ESF estudadas, ambas as equipes tentam organizar suas ações em coerência com os pressupostos da distritalização, da Vigilância da Saúde e do Programa Saúde da Família. No que se refere ao recorte do estudo sobre a saúde materno-infantil, identificamos convergência nos discursos dos entrevistados quanto à organização dos serviços estarem pautadas na verticalização das Ações Programáticas em Saúde, ou seja, há uma preocupação em seguir as diretrizes das políticas públicas centrais, a partir de uma demanda organizada em que as necessidades de saúde da população são focadas de acordo com grupos populacionais

específicos divididos por ciclos de vida, como mulheres e crianças, com dias específicos para atendimento a cada um desses grupos.

Criança também é marcada dentro do consultório a gente encaminha para a remarcação na recepção, nem sempre isso acontece às vezes não tem vaga é uma complicação (Enfermeira B).

Esses dias eu marquei um consulta, num dia de manhã, fora do horário de ACD e onde tinha horário (Enfermeira A).

Encontramos convergência dos discursos com as observações realizadas quanto ao agir das ESF, pois suas ações eram organizadas e planejadas de acordo com o grupo populacional a ser atendido naquele dia específico, sem alternância ou mobilidade no agendamento que era feito pela recepção.

Ações Programáticas foram implementadas visando aumentar a cobertura do atendimento aos grupos populacionais considerados de risco; contudo, na prática, observa-se que a ausência de flexibilização e atenção às demandas de saúde dentro desta lógica tem contribuído para que essas necessidades de saúde não sejam atendidas criando assim uma demanda reprimida (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Embora as duas equipes estejam alocadas no mesmo Distrito Sanitário que segue a concepção do município na forma de organização dos serviços através da proposta da Vigilância da Saúde (SALVADOR, 2008a), observamos formas distintas na organização das práticas das equipes. A Equipe B organiza suas práticas pautando-se na territorialização, na adscrição da clientela e na multidisciplinaridade, ao passo que a Equipe A, embora esteja organizada também dessa forma, convive com o conflito dos profissionais que a compõe por atuarem de modo distinto, ou seja, os agentes comunitários de saúde (ACS) e a enfermeira estão adequados a essa proposta, no entanto o atendimento médico dá-se de modo desarticulado a ela, centrando suas ações em práticas assistenciais e curativistas, desterritorializadas e focadas em queixa conduta.

[...] então tudo é feito em equipe. A gente tem uma reunião semanal de equipe onde são discutidos os problemas, cada agente comunitário coloca os problemas de seus pacientes, a gente enquanto consultório coloca, discute, tenta trazer resolutividade (Enfermeira B).

[...] ela faz consulta ambulatorial sozinha acha que a gente não sabe nada e isso é uma coisa que dificulta porque, às vezes, eu pego alguma coisa que eu não posso intervir e tenho que mandar o paciente marcar porque eu não tenho condição de chegar e conversar com ela. Entendeu? A gente não consegue fazer essa coisa girar,

a minha consulta é numa, a dela é em outra. A gente pouco se comunica, não tem condições de discutir um caso clínico com ela (Enfermeira A).

Os fragmentos dos discursos acima divergem no que diz respeito às ações realizadas pelas ESF e convergem com as observações feitas acerca do agir das equipes. Na ESF – B pudemos presenciar, durante uma consulta pré-natal de enfermagem, que a profissional pede licença à usuária e sai da sala em busca da médica para retirar a dúvida, discutindo em conjunto qual a melhor conduta a ser adotada. Contudo, essa ação diverge da que observamos nas ESF – A, quando, durante uma consulta de pré-natal de enfermagem, há uma recusa por parte da médica em atender uma paciente que foi agendada erradamente pela recepção e que, em virtude da alteração em um dos pré-natais da usuária, a enfermeira tenta discutir o caso com a médica e viabilizar o atendimento à usuária, não tendo, contudo, êxito.

A ausência de comunicação entre a equipe, bem como a não realização de reuniões, vão de encontro à proposta do PSF de atenção multidisciplinar e em equipe às famílias (BRASIL, 2007c), o que pode comprometer a integralidade das ações, o desenvolvimento de habilidades para o processo de tomada de decisões e também o discernimento para o agir tomando como referência o discernimento, a prioridade e a atitude perante cada situação, que são aspectos imprescindíveis não só para a prevenção de deficiências, mas para tudo o que é inerente à família.

O processo de tomada de decisões pelas ESF no que se refere à prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil, deve ser prioritário, uma vez que mães e filhos somam um terço da população sendo que o que acomete esta fase da vida repercutem em parte da vida de toda a população (ENUMO, 1993; ENUMO; TRINDADE, 2002).

O cuidar dicotomizado e a demora na tomada de decisões no que diz respeito às necessidades de saúde dos usuários, fragmentando-os, e a crescente especialização profissional podem trazer implicações para a prevenção de deficiências na infância, visto que a exposição a riscos e/ ou a presença de agravos podem, na maioria das vezes, repercutir – se, de forma rápida e insidiosa, ferindo o princípio da integralidade.

Assim, a integralidade das ações pressupõe a necessidade de superação das dicotomias no exercício profissional como a hierarquização e especialização do processo de trabalho, a disputa de autoridades e conflitos na realização das ações, o que exige uma articulação entre o fazer de um profissional com as especialidades dessa profissão, bem como deste com os demais membros das equipes (SCHRAIBER, 2005; SILVA JUNIOR, 2006).

Para que se efetivem mudanças no modelo assistencial, com (re) orientação no conteúdo das práticas tendo em vista a articulação entre promoção, prevenção, cura e reabilitação, é necessária uma ressignificação do trabalho em equipe, tendo em vista a importância da comunicação como um dos principais dispositivos para a implementação da interdisciplinaridade, o que favorece a identificação do objeto de trabalho da equipe e consequentemente, a focalização das ações na família e não apenas nos procedimentos (MARQUES; SILVA, 2004).

Além das ações na organização dos serviços uma das grandes preocupações dos gestores do sistema de saúde e dos pesquisadores da área de Saúde Coletiva deve ser com os conteúdos das práticas dos trabalhadores da saúde, em especial da atenção básica. Uma das diretrizes centrais para o desenvolvimento do trabalho nas ESF, com mudanças no conteúdo das práticas é o pressuposto da visão da coletividade, da multidisciplinaridade, a partir de ações articuladas, tendo como foco primordial a família como núcleo agregador e respeitando as suas dimensões sociais e culturais.

4.1.1 O agir das Equipes Saúde da Família na atenção pré-natal

A possibilidade de identificação da gestante no início de sua gestação tem como pressuposto o acesso dessas a uma atenção integral, através do pré-natal, como também a priorização de ações preventivas como o cadastramento da gestante no primeiro trimestre, a classificação de risco gestacional desde a primeira consulta, a suplementação alimentar para gestantes com baixo peso, o acompanhamento de pré – natal de baixo risco, a vacinação antitetânica, a avaliação do puerpério, a realização ou referência para exames laboratoriais de rotina, a alimentação e análise de sistemas de informação, além de atividades educativas para promoção da saúde (BRASIL, 2001c).

A atenção pré-natal, em virtude da implementação do Programa Saúde da Família e do aumento da sua cobertura, vem apresentando avanços no que diz respeito ao crescimento no número de gestantes atendidas, com a captação das mesmas ainda no primeiro trimestre de gestação, o que sugere uma discreta melhora no acesso à Atenção Básica, mas isso nos conduz-nos a uma reflexão acerca da integralidade da ação pelas ESF, tendo em vista a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil.

O agir das Equipes Saúde da Família na atenção pré-natal foi apreendido através das ações desenvolvidas na atenção às gestantes que se inicia, na maioria das vezes, com a captação precoce das gestantes pelos agentes comunitários de saúde que, em virtude de estarem inseridos na comunidade, têm a possibilidade de conhecer de perto a realidade das famílias que eles acompanham e com quem convivem, encaminhando as gestantes para a USF, como nos referem as enfermeiras das equipes A e B.

Na maioria das vezes é o ACS que sinaliza quando tem uma gestante na área; aí, eu já marco uma consulta. Nem espero a paciente vir procurar, entendeu? [...] pra pegar cedinho, né? (ENFERMEIRA A).

O pré-natal a gente faz o seguinte, como a gente tem os Agentes Comunitários, toda gestante que é identificada por eles, eles já marcam a primeira consulta com o enfermeiro e as consultas subsequentes são remarçadas no dia da consulta [...] (ENFERMEIRA B).

Há uma coerência interna entre as falas das enfermeiras sobre o vínculo entre a comunidade e a organização do serviço, caracterizada pela complementariedade nas falas e um fluxo semelhante na organização do serviço, além de uma coerência externa entre essas e a fala da usuária três (03) atendida pela Equipe B, quando relata sua trajetória no acesso ao serviço da USF, e com a do agente comunitário de saúde ao descrever o seu agir na atenção à gestante.

O nosso primeiro passo é identificar a gestante na área [...] é marcar o pré-natal para evitar os riscos para ela e para a criança (ACS – 1B).

Foi quando eu descobri que tava grávida. Na mesma semana, falei com a agente de lá da rua. [...] aí ela pegou me encaminhou logo que eu tava atrasada. Na mesma semana ela deu um jeito e eu vim logo tava com início de CMV (citomegalovírus). Assim, eu não sei falar o nome [...] só sei que podia nascer, ou cego ou surdo ou doente do cérebro (Usuária 3A).

Identificamos uma coerência entre as falas das enfermeiras, da ACS e das usuárias dos serviços, no que se refere à atenção às gestantes. Com isso percebemos que os ACS aparecem, no contexto estudado, como elo entre a comunidade e os serviços oferecidos pela USF, a partir da captação precoce das gestantes, o que possibilita um encaminhamento imediato e uma intervenção nos agravos, contribuindo, desta forma, para a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à mãe e ao bebê desde o pré-natal.

O trabalho dos ACS, mediante as visitas domiciliares, se constitui como uma ação importante para a atenção de qualidade ao pré-natal, visto que essas visitas aparecem como alternativa dentro da ESF para desenvolver ações de promoção de saúde, prevenção e

identificação de fatores de risco e agravos à gestação e, conseqüentemente à criança. O fato de estarem inseridos na comunidade, de manterem vínculos com as gestantes permitindo a captação precoce, o conhecimento e a visualização in lócus da realidade em que essas estão inseridas, o diálogo permanente com as mesmas, além do acompanhamento sistemático tanto na unidade de saúde quanto no domicílio com o apoio da ESF pode materializar essa possibilidade de atendimento de qualidade (BRASIL, 2005).

Após a identificação das gestantes ainda na comunidade pelos ACS, o seu acesso à USF se dá por meio de agendamento prévio, realizado na recepção pelos ACS ou pelas próprias usuárias, sendo que a primeira consulta é feita com a enfermeira da equipe, sob a alegação de que esse procedimento facilita o fluxo e otimiza o atendimento. Com isso, a gestante é cadastrada, são feitas as primeiras orientações sobre os cuidados com a gravidez, além da solicitação de exames pré-natais que serão observados na consulta seguinte, realizada com a médica no caso das ESF estudadas.

Então, a gente tenta fazer mais ou menos o que o Ministério preconiza, diferente apenas que não é a primeira consulta com o médico. A primeira consulta é com o enfermeiro, porque a gente já solicita um exame, já cadastra. Quando vai para o médico, já vem com o resultado do exame, fica mais fácil (Enfermeira B).

[...] elas chegando, são examinadas e a gente solicita todos os exames pré-natais, fazemos orientações quanto à alimentação dando o enfoque na alimentação saudável. Evitar uso de medicações sem prescrição de um profissional e a importância do pré-natal em si, de ter esse acompanhamento mensal. [...] é feita toda uma orientação, por exemplo: a criança está com rubéola, não se aproximar, essas questões. Tem bicho em casa, ter um cuidado de não estar naquele contato direto por causa da toxoplasmose e aí vai, a questão do uso de medicamentos (Médica B).

Então, ela falou para eu evitar ficar em lugares que tenha cachorros e gatos, lavar bem as mãos, comer frutas, não comer verduras cruas, essas coisas [...] (Usuária 4A).

Portanto, há uma convergência no agir dos profissionais evidenciados nos fragmentos dos discursos acima e nas observações realizadas durante as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal no que se refere às orientações quanto à prevenção de possíveis agravos à gestação visando à prevenção de agravos à saúde materno-infantil.

Essas ações, como as orientações quanto à alimentação adequada, ao contato com animais domésticos, à importância do acompanhamento mensal no pré-natal, à automedicação, à vacinação durante a gestação, à realização precoce dos exames laboratoriais, são imprescindíveis desde a primeira consulta, uma vez que buscam desenvolver medidas preventivas para a saúde materno-infantil. Através dessas medidas, são realizadas as

primeiras orientações para a prevenção dos fatores de risco que vão ser fundamentais para evitar o aparecimento e/ou agravamento de deficiências, principalmente as referentes às infecções congênitas (TORCH – toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes). O acometimento de uma dessas intercorrências pode comprometer o desenvolvimento sensório – motor, cognitivo, afetivo e social da criança e, por conseqüência, dar origem a deficiências na infância.

Compreendemos que a organização e a sustentação dos serviços apreendidos na fala dos profissionais do PSF da Equipe B demonstram uma preocupação de que sua atuação seja sobre os possíveis agravos à saúde materno-infantil, estendendo-se prioritariamente as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Tais ações são de extrema importância para o desenvolvimento da gestação, para a saúde materna e para a prevenção de danos ao bebê (físicos, neurológicos, sensoriais), que podem ocasionar deficiências na infância, uma vez que a maioria das deficiências (física, mental, auditiva ou visual) tem como etiologia as doenças infecto-contagiosas, como a toxoplasmose, (ENUMO; TRINDADE, 2002; GIL, 2004; MORAES; MAGNA; MARQUES – DE – FARIA, 2006; SILVA; QUEIROS; LIMA, 2006), referida pela médica B, e que podem ser prevenidas a partir das orientações citadas como ações desenvolvidas pela equipe, que podem ser identificadas tanto na fala dos membros da equipe quanto na fala das usuárias.

Estudos chamam a atenção para a alta prevalência de toxoplasmose em gestantes acompanhadas durante o pré – natal pela rede pública de saúde, uma vez que a transmissão vertical, ou seja, da mãe para o filho, ocasiona comprometimentos graves para a criança como a coriorretinite e a hidrocefalia. Para minimizar ou até mesmo evitar essa incidência, são sugeridas medidas preventivas durante a gestação, como o acompanhamento das gestantes susceptíveis pela rede básica de saúde, bem como um acompanhamento sistemático das crianças provenientes dessas gestações acometidas (MARGONATO et al., 2007; STELLA, 2004). Essas ações de acompanhamento das genitoras em situação de risco e crianças provenientes de gestações acometidas por essa infecção se constitui a partir da atenção à saúde materno-infantil no PSF em procedimentos simples, de baixo custo e com alto poder de resolubilidade para a prevenção de deficiências na infância, tendo em vista ser essa infecção uma causa significativa de deficiência na infância (BRASIL, 1989).

Assim, a busca por fatores de risco à saúde mediante ações preventivas como o processo de promoção e educação em saúde encontra-se em conformidade com o princípio da integralidade, o que propicia uma relação profissional-usuário que vá além da visão reducionista e que supere o olhar simplesmente sobre a doença (ALVES, 2005).

Quando analisados os serviços e os pressupostos que orientam as ações na atenção à saúde materno-infantil, dentro do princípio da integralidade, tendo em vista a prevenção de deficiências na infância, na equipe A não encontramos a mesma coerência com as ações observadas na Equipe B, principalmente no que concerne a realização de promoção de ações preventivas e organização de ações antecipando-se as demandas.

O discurso da médica da Equipe A acerca do seu agir na atenção à gestante diverge da nossa observação sobre os procedimentos desenvolvidos durante a sua consulta. Essas são centrados numa ação assistencial, focadas na realização de procedimentos técnicos e prescritivos com a finalidade de investigar e identificar sinais e sintomas que possam trazer complicações à gestação, não havendo, como dito, uma preocupação como a promoção, prevenção e educação em saúde das gestantes. As falas das usuárias 4 e 8 reiteram que ações desenvolvidas pela médica A estão centradas numa prática assistencial em saúde, relegando a segundo plano o desenvolvimento de ações para a educação em saúde e prevenção.

[...] quando o resultado dos exames está pronto, elas vêm pra mim no final, lá no final. Calculo a idade gestacional pela DUM, pela data da última menstruação ou pelo ultrassom mais precoce, comparo o peso, a pressão pra ver se está subindo, o peito, os medicamentos que ela está fazendo uso. Aí, normalmente, eu pergunto três perguntas básicas: perdeu líquido, se a urina está normal, porque se tem infecção urinária na gestante, tem que tratar logo, se o movimento fetal está presente, o exame físico, enfatizando a região abdominal mesmo, verificar a altura de fundo uterino, a posição do feto, BCF (batimentos cardíofetais) e edemas nos membros inferiores se tem presença ou não; sempre verificar os exames sorológicos, o tipo sanguíneo, também, tem que constar (Médica A).

Com a médica [...] ela sempre falava pra eu não tomar medicamento. Se eu sentisse alguma coisa procurar ela, que ela sabia o medicamento, porque grávida não pode tomar qualquer medicamento, só (Usuária 8A).

[...] ela só mesmo passou, que eu estava sentindo enjoô ainda, ela novamente passou Buscopam para eu usar, só. Orientação não teve não [...]. A enfermeira me dá mais orientação, a médica, às vezes que eu me consultava com ela, não (Usuária 4A).

Embora as usuárias tenham referido que as consultas médicas estejam voltadas para a identificação de sinais e sintomas de adoecimentos, como, em uma consulta clínica, e não em ações de atenção à saúde de forma mais ampla, essas mesmas usuárias relataram encontrar orientações sobre prevenção, promoção e educação em saúde em outros profissionais da equipe, como a enfermeira.

Assim, a partir desta divergência de olhares, reconhecemos a necessidade de ações que incorporem aspectos subjetivos na atenção às famílias e mais precisamente às gestantes, não

desconsiderando, contudo, as ações técnicas supracitadas pela médica A, pois também são de extrema importância para a prevenção de agravos à gestação, visto que podem comprometer o desenvolvimento da criança ou provocar intercorrências perinatais como anóxia, hipóxia, eclâmpsia, entre outras, durante o parto. Essas complicações na gravidez estão entre as maiores causas de deficiências em crianças, contudo os procedimentos técnicos, como anamnese e exame físico, devem estar articulados às ações de promoção e educação em saúde, reconhecendo a integralidade dessas ações, também como imprescindíveis para a prevenção de deficiências na infância.

Assim, para a prevenção de deficiências, reconhecemos a importância de uma abordagem tanto objetiva quanto subjetiva dos aspectos inerentes à saúde materno-infantil. Nesta perspectiva, encontramos convergência entre a Classificação de Funcionalidades, Deficiência e Saúde (CIF) e a proposta de uma atenção a partir da Clínica Ampliada, uma vez que a primeira não desconsidera a existência da lesão, propondo uma integração entre o modelo médico e social da deficiência, compreendendo esta como um resultado complexo da relação multicausal entre os diversos fatores sociais, econômicos, emocionais e ambientais (DINIZ, 2007; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

A proposta da Clínica Ampliada aponta para uma necessidade de ampliação do objeto de trabalho, cujo foco não seja meramente a doença, devendo-se ampliar o enfoque das ações para que não se considerem apenas os aspectos clínicos, mas que sejam somados, a ela os problemas de saúde, compreendidos como situações que aumentam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas, bem como as dimensões sociais e subjetivas (CAMPOS; AMARAL, 2007).

Assim, o agir das ESF na atenção pré-natal, tendo em vista a possibilidade de prevenção de deficiências, deve lançar o seu olhar tanto para os aspectos clínicos e objetivos quanto para as questões subjetivas que envolvem esta fase da vida das mulheres, com uma escuta humanizada que propicie a criação de vínculos, “justificando a atenção para além de um útero gravídico” (DUARTE; ANDRADE, 2006, p. 125).

As ações prestadas às gestantes pelas ESF, na assistência pré-natal, não devem ser focadas apenas na realização de procedimentos técnicos – biologicistas - prescritivos, uma vez que tal comportamento inibe a criação de vínculo, confiança e segurança a partir de um acolhimento e escuta humanizada, que são os grandes norteadores do trabalho no Programa Saúde da Família, dificultando a relação profissional e usuário (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Para que haja uma atenção pré-natal de qualidade, é imprescindível o acolhimento da gestante, que se inicia com a chegada da mesma à unidade de saúde, de modo que ela possa ter a garantia de uma atenção integral e resolutiva em todo o sistema de saúde, bem como uma escuta livre de julgamentos ou preconceitos, aberta e sensível às demandas da família, uma vez que a confiança é totalmente depositada na ESF (BRASIL, 2005; DUARTE; ANDRADE, 2006).

O acolhimento e a humanização são percebidos, nos serviços de saúde, através das relações diárias entre a equipe de saúde e os usuários, e são evidenciados, na prática cotidiana, através do chamamento pelo nome do usuário, da informação sobre os procedimentos e condutas, do incentivo quanto à presença do acompanhante, da escuta com valorização do discurso do usuário, bem como, da garantia da privacidade (BRASIL, 2005).

Outra ação realizada pelas ESF, tendo em vista a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno – infantil e que diverge do preconizado, é a suplementação de ferro e ácido fólico, importantes dispositivos para evitar a ocorrência de alterações no desenvolvimento infantil, além da antecipação das condutas, exames e prescrições desde o planejamento familiar, o que é evidenciado nos discursos abaixo.

Eu, particularmente, faço algumas coisas que dizem que não é para fazer, mas eu faço. Por exemplo: Se eu aprendi que a mulher, quando ela programa a gestação, ela necessita começar o uso do ácido fólico, né? Para ter uma boa formação do tubo neural, evitar lábioleporino, né. Que o ácido fólico previne isso; por que eu vou deixar pra dar ácido fólico a essa gestante só com vinte semanas no programa do governo? [...] Eu pego e boto todo mundo no programa quando chega, tendo vinte semanas ou não. Depois se essa criança nasce com lábioleporino, por exemplo, olha a dificuldade pra fazer um encaminhamento, pra fazer uma cirurgia, fazer um tratamento, qualquer coisa que seja. Pode ser uma besteira, a gente tem dificuldade de encaminhar, não tem um sistema que funciona (Enfermeira A).

[...] quando a mulher ela já nos procura falando sobre..., dizendo sobre a vontade de engravidar então uns três meses antes, a gente já introduz o ácido fólico e já passa as orientações e as outras prescrições (Enfermeira B).

A convergência dos discursos das enfermeiras com as observações por nós realizadas, nas quais houve uma horizontalização das diretrizes e programas ministeriais verticais propostos adequando-os às necessidades locais das famílias assistidas, contribui para a prevenção de deficiências na infância, visto que as ações não ficam restritas apenas ao cumprimento de normas prescritivas com intervenções pontuais e isoladas, mas, sobretudo, vão além da mera responsabilização técnica com importante tomada de decisão.

A atenção integral e humanizada em saúde requer que os profissionais das ESF, tenham poder de decisão na organização do seu processo de trabalho, visto que possibilita um maior equilíbrio nas relações entre os membros da equipe e destes com os usuários, imputando autonomia e não limitando o trabalho a simples execução (BRASIL, 2007c; CAMPOS; AMARAL, 2007).

Assim, a tomada de decisão pelas enfermeiras, ao prescreverem e orientarem as gestantes quanto à utilização do ácido fólico e do sulfato ferroso, possibilita a prevenção de deficiências na infância uma vez que a sua utilização evita deformidades na formação do tubo neural e que poderão configurar-se numa hidrocefalia, anencefalia, e microcefalia (AMORIM et al., 2006; PACHECO et al., 2006; SCHÜLER – FACCINI, et al., 2002), que são deficiências que comprometem o desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

Uma das ações que são desenvolvidas pela equipe B, com bastante êxito, e que não acontecem com o mesmo êxito na equipe A são as oficinas com as gestantes, ações essas observadas e relatadas pelas usuárias e pelos profissionais.

A gente tem um grupo de gestante que é feito, são cinco meses de grupo cada mês se fala sobre um assunto e tem um profissional responsável incluindo todos os profissionais da unidade (Enfermeira B).

Um reunião das gestantes que tem aqui também, que eles reúnem as gestantes e ensina como dar banho, como cuidar do umbigo, como a posição certa pra amamentar, como deve ser o resguardo durante o parto cesário ou normal (Usuária 6B).

Eu tento conversar muito porque a gente já tentou fazer grupo de gestante. A gente começou uma época até bem, depois parou. Então, como eu não faço o grupo, eu tento tirar o que eu perco de orientação, mesmo do grupo, eu tento fazer aqui no consultório (Enfermeira A).

Identificamos que as duas enfermeiras das equipes reconhecem a importância da ação desenvolvida através das oficinas com as gestantes para a prevenção e promoção da saúde, pois assim convergem na temática, contudo divergem na implementação da ação em virtude do contexto desfavorável. Como contexto desfavorável, apontamos a interação, a organização do serviço e a ausência de articulação da própria ESF.

Nessas Oficinas realizadas com as gestantes pela equipe B, observamos que as usuárias são convidadas pelos agentes comunitários de saúde, durante as visitas domiciliares, a participarem, reforçando inclusive a necessidade para aquelas que não compareceram. Nas Oficinas são abordados temas como alterações corporais e emocionais em decorrência da gestação, higiene, alimentação, parto, puerpério e cuidados com o RN.

As Oficinas são organizadas com a finalidade de desenvolver ações de promoção e educação em saúde e a prevenção de agravos à saúde materno-infantil, fatores estes fundamentais que, associados ao direito das pessoas de acesso às políticas sociais, podem contribuir para a prevenção de deficiências na infância.

Assim, reconhecemos a importância das ações de educação em saúde como importante instrumento que possibilita a prevenção de deficiência na infância, uma vez que estimulam as usuárias a compreenderem o processo gestacional, com identificação de sinais de riscos e agravos, assim como facilita o seguimento das orientações recebidas a partir do intercâmbio de informações e experiências entre elas e a equipe de saúde (BRIENZA, 2005; BRASIL, 2005; DUARTE; ANDRADE, 2006).

As ações de educação em saúde são imprescindíveis para a prevenção de deficiências na infância, uma vez que se configuram numa prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem as ESF, e, assim priorizam a relação educativa e horizontal com os usuários, valorizam as trocas pessoais e os saberes populares, mediados pelos diálogos, não tendo como foco apenas as mudanças de atitudes e adoção de hábitos saudáveis à vida (ALVES, 2005).

Também observamos, como ações de promoção e educação em saúde tendo em vista a prevenção de agravos durante a gestação desenvolvidas pela equipe B, a Sala de Espera onde a temática abordada com as gestantes foi o Controle da Dengue, sendo abordadas as medidas para evitar a proliferação da mesma na comunidade, ressaltando a importância da multiplicação das informações na comunidade onde residem e passando orientações sobre o surgimento de sinais e sintomas. Além disso, também foram realizadas medidas de controle e prevenção para a Influenza h1n1 para as gestantes, com sugestão de que devem evitar a permanência em locais aglomerados e fechados. Assim, ao chegarem à USF, elas eram orientadas a aguardarem a chamada para a consulta na área externa da unidade.

Ambas as ações são importantes medidas para a prevenção de deficiências em crianças a partir da atenção à saúde materno – infantil, uma vez que tanto a dengue quanto a influenza h1n1 representam risco para a gestação e para o bebê, podendo ambas ocasionar abortamento espontâneo, parto pré-termo e complicações perinatais.

Considerando a realidade epidemiológica local, no acompanhamento do pré-natal é importantíssima a identificação dos riscos a que a gestante está exposta, o que direcionará muitas das orientações dadas pelos profissionais, risco aqui compreendido como a probabilidade de um agravo ocorrer.

Assim, a adoção de medidas realizadas pela ESF – B, no que diz respeito às ações supracitadas, estão em consonância com a realidade epidemiológica local, sendo convergente com o modelo de atenção assumido em Salvador, no caso a Vigilância da Saúde, que pressupõe a articulação entre promoção, prevenção e cura a partir da necessidade de saúde local, uma compreensão dos problemas locais e uma adequação dos serviços prestados à demanda epidemiológica local com a incorporação da noção de risco (SILVA JUNIOR, 2006; TEIXEIRA, 2003).

Quanto à realidade local, no que diz respeito aos casos com intercorrências gestacionais ou consideradas de risco já citados, tendo em vista que tais acontecimentos poderão repercutir de forma negativa no desenvolvimento da criança, são apontados casos de toxoplasmose, citomegalovírus, sífilis e diabetes materna além das gestantes usuárias de drogas, que requerem atenção em virtude da repercussão para o feto.

Sim, toxoplasmose, a gente já teve um caso [...]. A gente já pegou também bebê com sífilis e diabetes materna (Enfermeira B).

Toxoplasmose [...] (Enfermeira B).

[...] gestante usuária de droga, a gente tem muito aqui. Os bebês às vezes nascem raquíticos, nascem com problemas (ACS 1-A).

A atenção às intercorrências supracitadas pelos profissionais das equipes em estudo constitui-se em importantes dispositivos para a prevenção de deficiências na infância, uma vez que apresentam as principais causas de deficiências em crianças, como a deficiência mental de maior prevalência na população brasileira (ENUMO; TRINDADE, 2002; GIL, 2004) e a visual, pois provocam alterações no desenvolvimento neuropsicomotor que, muitas vezes, só aparecem quando a criança entra na vida escolar, daí a importância de ater-se a tais complicações ainda no período pré-natal.

A toxoplasmose possui elevada prevalência, devendo ser identificada precocemente, tendo assim, a possibilidade de prevenir alterações no desenvolvimento da criança, pois a sua repercussão é muitas vezes letal para o bebê (MARGONATO et al. , 2007; STELLA, 2004).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), a sífilis congênita constitui-se num importante marcador da qualidade da assistência materno-infantil em virtude da sua repercussão negativa para a criança, pois quanto mais precoce é a infecção na gestante maior será o comprometimento fetal. Contudo, com uma assistência efetiva há a possibilidade de

redução do risco de transmissão transplacentária por conta da simplicidade diagnóstica e terapêutica.

Embora as políticas e os indicadores apontem para uma melhora na cobertura do pré-natal, esses mesmos indicadores revelam fragilidades na qualidade desta assistência prestada às gestantes, em virtude da alta incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial, sendo imprescindível para a prevenção a investigação, monitoramento e acompanhamento da rubéola, hepatite B, toxoplasmose, HIV/AIDS (BRASIL, 2006; 2005; INHAIA, 2005).

Estudos revelam (BEE, 1997; MUSSEN, 1995) que o uso de drogas durante a gestação pode comprometer gravemente as crianças, em virtude da transmissão transplacentária, podendo ocasionar descolamento prematura da placenta, e, conseqüentemente, trabalho de sofrimento fetal, parto prematuro e baixo peso ao nascer, o que pode repercutir na vida da criança sob a forma de deficiências de aprendizagem e problemas comportamentais.

As ações desenvolvidas pelas ESF, tendo em vista a prevenção de deficiências na infância, devem contemplar medidas que englobem a prevenção, o monitoramento e o acompanhamento dos fatores de risco pré-natais, como as infecções congênitas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes - TORCH), a hipertensão arterial materna, diabetes mellitus e o uso de substâncias durante a gestação, pois podem interferir de forma negativa, no desenvolvimento infantil (BRANDÃO, 1989; FIGUEIRAS et al., 2005).

O conhecimento da realidade local permite a identificação dos possíveis riscos e agravos à gestação, devendo ser encaminhadas para o pré – natal de alto risco aquelas que apresentam risco real, ou seja, quando existe a presença de fatores clínicos complexos, e aquelas que estão expostas a fatores preveníveis que exigem ações mais complexas (BRASIL, 2005). Assim, para os casos com intercorrência acompanhados pelas ESF, do estudo, é referido o encaminhamento para unidades de referência.

Roberto Santos [...] (Médica B).

O IPERBA e a Maternidade José Maria de Magalhães Neto, são algumas referências (Médica A).

Assim, as principais referências para intercorrências gestacionais para as equipes em estudo são o Hospital Roberto Santos, o Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) e a Maternidade Prof. José Maria de Magalhães Neto.

Após serem encaminhadas, os profissionais referem que as pacientes preferem permanecer com o acompanhamento também na USF como mostram a convergência dos depoimentos a seguir.

Quando é da área com ACS normalmente, também, ficam aqui. Normalmente, elas voltam porque a gente conversa muito no pré-natal, né? E, quando elas vão para esses serviços de referência, às vezes, a paciente fala pra mim: ‘Eu não quero ficar lá, não, o médico nem olha na minha cara’ (Enfermeira A).

Fui encaminhada pro IPERBA. Porque minha gravidez foi de risco, porque eu tenho diabetes e o primeiro filho foi lá. Eu vim algumas vezes, quando não caía marcação igual à data de lá. Às vezes na mesma semana de eu ir pro IPERBA eu vinha aqui, pra tirar algumas dúvidas, porque aqui eu recebi mais contato do que lá, pra falar com a enfermeira, porque lá o médico só fazia os exames, só me examinava [...] (Usuária 5A).

A equipe B também sinaliza a continuação do pré-natal na USF pelas gestantes que foram encaminhadas para o pré-natal de risco:

A gente não perde o contato de forma nenhuma. Sempre aqui e num centro de referência de alto risco (Médica B).

Às vezes, elas ficam com acompanhamento lá e mantêm o acompanhamento aqui também, sendo que a gente sempre pede que a preferência seja do pré-natal de alto risco pra que elas não associem de que o atendimento é aqui (Enfermeira B).

Referenciar as gestantes para um pré – natal de alto risco é de extrema importância, visto que há um limite nas ações desenvolvidas na Atenção Básica, necessitando, assim, de atendimento na média e alta complexidade. Contudo, para que haja integralidade na atenção à gestante, deve, além da referência, haver a contra-referência, para que as equipes possam ter um retorno do encaminhamento feito bem como das condutas adotadas e àquelas que a ESF deverá adotar.

Os estados e municípios devem dispor de uma rede de serviços organizados, tendo como base o sistema de referência e contra – referência para a assistência obstétrica e neonatal, devendo levar-se em conta os seguintes critérios: vinculação de unidades que prestam assistência pré-natal às maternidades/hospitais; captação precoce das gestantes; garantia de atendimento às gestantes; garantia dos exames complementares necessários; vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal; garantia de atendimento das

intercorrências obstétricas e neonatais; atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2005).

No que diz respeito à contra-referência, todas as equipes referem-se à sua ausência, apontando inclusive, como uma falha do sistema, a necessidade de constituição e efetivação da rede de serviços no SUS segundo depoimentos de enfermeiros e médicos:

Então essa é uma dificuldade grande. A referência de Salvador é muito, muito complicada; contra-referência nem se fala, é muito difícil porque a gente nunca recebe. Essa organização de rede é algo fundamental e primordial para a gente melhorar a saúde pública que é uma dificuldade que a gente passa (Enfermeira B).

Não temos esse sistema de ligação. Não, nunca recebi contra-referência de nada, de nada, muito pelo contrário, sempre que eu faço, eu falo para elas: 'Oh! Chega lá você pede ao médico para preencher desse lado aqui. Tá vendo que está em branco? É para ele preencher e você trazer para mim. Pra eu saber o que foi que fez.' Mas nunca veio (Enfermeira A).

A ficha de referência/contra-referência? Não (risos). Eu já recebi pouquíssimas vezes. Mas não é uma rotina, não, de receber a contra-referência (Médica B).

Contra-referência? Não, nunca recebi nenhuma (Médica A).

Podemos apreender, a partir da convergência entre os discursos dos profissionais de ambas as equipes, e também de acordo com as nossas observações, que, na cidade de Salvador, contexto do estudo, o sistema de referência e contra-referência continua falho, sendo também encontrado e apontado por nós em outro momento (SOUZA; MOLESINI; OLIVEIRA, 2008). Isso nos sugere uma falta de efetividade das ações, indo de encontro aos princípios do SUS como a integralidade, uma vez que as ações de promoção da saúde, prevenção de riscos, cura e reabilitação devem estar articuladas em todos os serviços do sistema de saúde e mediadas pela diretriz da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde.

Neste sentido, o sistema de referência e contra – referência é imprescindível para a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil, uma vez que há um limite das ações no agir das equipes no que concerne às gestantes, principalmente aquelas consideradas de alto risco e que devem ser encaminhadas o mais precocemente possível para unidades de maior complexidade tendo em vista a resolubilidade na atenção.

As gestantes que devem ser encaminhadas para o pré – natal de alto risco são aquelas que apresentam risco real⁶, ou seja, quando existe a presença de fatores clínicos complexos, e aquelas que estão expostas a fatores preveníveis que exigem ações mais complexas. As gestantes que são encaminhadas para o pré-natal de alto risco, podem retornar às UBS de origem quando a situação já estiver resolvida. Assim: “a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema (...), observando a realização das orientações prescritas pelo serviço de referência” (BRASIL, 2005, p. 20).

Contudo, o PSF não deve apenas encaminhar o usuário, mas também compartilhá-lo com outras unidades, uma vez que se constitui como equipe de referência responsável pelas famílias adscritas (BRASIL, 2007c; 2005). Daí, o projeto terapêutico desse usuário deve ser discutido em conjunto pelas duas equipes, a ESF e a referenciada, em virtude da complementariedade das visões, ou seja, enquanto o Programa Saúde da Família tem uma visão ampliada da complexidade do adoecer do usuário, bem como das situações inerentes a toda a família, o centro de referência tem uma visão mais focalizada na problemática apresentada pelo usuário.

Dentro dessa perspectiva de seguimento e complementariedade das ações desenvolvidas pelas ESF é que sinalizamos para a importância da atenção à saúde materno-infantil como uma possibilidade de prevenção de deficiências na infância, iniciando com a atenção pré-natal e dando seguimento no ACD.

4.1.2 O agir das Equipes Saúde da Família no ACD

O crescimento e o desenvolvimento infantil se dão a partir da interação da criança com o ambiente, na medida em que esta integra os estímulos internos e externos, dando respostas psicomotoras em cada etapa do seu desenvolvimento. O desenvolvimento segue um ritmo e sequências semelhantes, na maioria das crianças; no entanto, em algumas, pode transcorrer de forma mais lenta, podendo ser um indício de uma alteração (sensorial, neurológica ou física) e

⁶ GESTAÇÃO DE ALTO RISCO: desnutrição ou anemia grave, uso de drogas ou psicofármacos, diabetes, cardiopatias, nefropatias, doença mental ou neurológica, história de feto nati-morto, neomorto, baixo peso, prematuro, crescimento intra-uterino retardado ou malformação, intercorrências como infecção do trato urinário de repetição, doença hipertensiva da gestação, malformação fetal, são casos que devem ser encaminhados para um serviço de pré-natal especializado (BRASIL, 2005).

estar relacionada a uma deficiência, o que justifica a implementação de uma atenção mais sistemática e integral desde o nascimento.

Como acompanhamento sistemático na atenção à criança desde o nascimento, preconiza-se o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento infantil (ACD), nos serviços de Atenção Básica à saúde, que visa incrementar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde no cuidado à saúde da criança, tendo em vista a integralidade na atenção, constituindo, assim, como um dos focos do atendimento a ser prestado em toda a rede básica de saúde, em primazia pelo Programa Saúde da Família (BRASIL, 2002b).

O agir das Equipes Saúde da Família na atenção à criança inicia-se com a visita puerperal realizada por um dos membros da equipe em que são avaliados a mãe e o recém-nascido, conforme encontramos nos trechos dos discursos abaixo.

Quando a gestante tem o neném, no puerpério a gente faz a visita puerperal, aí já avalia o neném, a gestante já deixa a primeira consulta marcada, aí ela vem com a criança e a gente começa o acompanhamento a partir daí (Enfermeira B).

Logo que a mãe, ela pari, sempre que possível, a enfermeira vai, na primeira consulta de puerpério na casa. Infelizmente, agora, não está sendo possível; então, a gente é orientada pra que essa mãe traga o bebê aqui (ACS – 2B).

Contudo encontramos divergência entre o que é preconizado, o que é relatado e o que é feito, no que diz respeito à visita puerperal.

É, foi suspenso devido à situação trabalhista deles, eles não têm nenhum vínculo com a prefeitura, então, no caso de um acidente eles não têm, assim, como ser cobertos. Então, eles decidiram não fazer visita domiciliar por esse motivo (ACS – 2B).

[...] elas vêm logo após o parto (Médica B).

Assim que ela nasceu, no dia que ela saiu de lá do hospital, eu trouxe ela logo para cá (Usuário – 1B).

Há uma convergência entre a fala da usuária e dos profissionais com as nossas observações nas quais percebemos que a visita puerperal, importante tanto para a mãe quanto para a criança, não está consolidada, sendo justificada a não realização em virtude da relação trabalhista e das unidades estarem inseridas numa área onde se convive com a violência agravada e gerada pelo tráfico de drogas, o que exige da gestão um posicionamento mais efetivo, pois sinaliza para uma precarização da relação de trabalho.

O reflexo disso compromete o agir das equipes não só na atenção à criança, mas em todas as ações inerentes à comunidade, visto que ficam restritas apenas à realização in lócus, na unidade de saúde, contrariando o princípio do PSF de aproximação com a comunidade por ocasião das visitas domiciliares e da realização de atividades extramuro, como a visita puerperal.

No entanto, embora essa visita não venha se realizando, ela constitui-se numa medida importante de atenção à saúde materno – infantil, pois possibilita não só prevenir deficiências, mas também impedir o agravamento das mesmas, visto que deve ser realizada nos primeiros dias após o parto, ainda na primeira semana após a alta do bebê, dando seguimento à atenção à mãe e à criança, o que permite a identificação dos RN classificados como de risco e o encaminhamento precoce para avaliação (BRASIL, 2005).

A identificação dos RN considerados de risco mediante a realização da visita puerperal é imprescindível para a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção a saúde materno infantil no PSF, uma vez que tais riscos como: residência em área de risco; baixo peso ao nascer (menor que 2.500g); prematuridade (idade gestacional menor que 37 semanas); asfixia grave com APGAR (primeiros sinais vitais do bebê) menor que sete no quinto minuto; crianças com intercorrências ou internadas nas maternidades ou em unidades de assistência; RN de mãe adolescente; RN de mãe com baixa instrução, podem provocar alterações no desenvolvimento infantil (BRASIL, 2005; 2002b; FIGUEIRAS et al., 2005).

Após a visita puerperal, tendo em vista a promoção da saúde da criança e a prevenção de agravos, preconiza-se (BRASIL, 2005; 2002b) que o retorno à unidade ocorra nos primeiros quinze dias de nascimento para iniciar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pelos profissionais.

O agir das ESF no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é realizado precocemente e prioritariamente pela enfermeira, sendo as crianças encaminhadas para consulta médica apenas quando surge algum agravo, como convergem os discursos abaixo.

A criança é acompanhada mensalmente até os dois anos (Enfermeira B).

Quem faz este acompanhamento mais mensal é a enfermeira. Ela encaminha pra mim quando tem alguma alteração nesse crescimento e desenvolvimento, ou surge algum agravo de saúde (Médica B).

Normalmente, elas fazem acompanhamento com a enfermeira (Médica A).

Encontramos uma divergência positiva entre o que é realizado e o que é preconizado, pois, para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil tendo em vista a qualidade da atenção prestada como possibilidade de promoção da saúde infantil e prevenção a agravos no crescimento e desenvolvimento, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) estabelece, no seu *Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança*, consultas mensais nos dois primeiros meses, bimensais nos próximos quatro meses, trimestrais até um ano e semestral no segundo ano de vida.

O acompanhamento precoce das crianças nos dois primeiros anos de vida é imprescindível para a prevenção de deficiências, pois quanto menor é a idade, maior é a sua vulnerabilidade para a ocorrência de distúrbios no desenvolvimento (BRASIL, 2002b), além dos dois primeiros anos de vida ser um marco para as aquisições motoras, cognitivas, sensorial e social, em virtude de ser o período de maior maturação do sistema neurológico, organização dos sistemas musculares, sensoriais e motores, interação da genética com o meio ambiente, aspectos inerentes ao desenvolvimento neuropsicomotor da criança (DELLA BARBA, 2007).

Assim, as enfermeiras das ESF do estudo têm uma responsabilidade importante na prevenção e/ou agravamento de deficiências em crianças a partir do seu agir, visto que é o profissional que acompanha as crianças de forma sistemática e mensal, e, dada a evolução processual, dinâmica e sequencial do desenvolvimento infantil com aquisições que vão mudando de um mês para o outro, possibilita a detecção o mais precocemente possível de alterações no desenvolvimento da criança, o encaminhamento para avaliação e intervenção, se necessário.

Quanto aos procedimentos realizados durante as consultas de enfermagem no ACD, há uma convergência entre o agir desses profissionais, as observações realizadas e o discurso das genitoras.

A gente vai verificar fontanelas, perímetros, peso, altura, a proporção com a amamentação, órgãos genitais, orientação sobre higiene, verificação das vacinas praticamente isso (Enfermeira B).

Em relação ao bebê, pesa, mede o comprimento, mede a cabeça, né, que é o cefálico, o corpinho. Também, orienta em questão de alimentação, amamentação, como proceder com a criança até um ano ou mais (Usuária 8A).

Assim, percebemos nestas convergências que as ações de enfermagem são focadas no monitoramento do peso, altura, perímetros cefálico e abdominal, incentivo ao aleitamento materno e vacinação. Com isto, tais discursos e ações corroboram com outros estudos

(FIGUEIRAS et al., 2003; FIGUEIREDO; MELO, 2003; NÓBREGA, 2003; SOUZA; MOLESINI; OLIVEIRA, 2008; SOUZA et al., 2009), nos quais, embora o enfermeiro realize contato mensal com a criança acompanhando-a desde o pré-natal da mãe, a observação do desenvolvimento neuropsicomotor infantil não é foco da sua atenção, prevalecendo aspectos referentes ao desenvolvimento ponderal, como peso e altura, bem como aspectos referentes às doenças prevalentes na infância, não se dando conta que suas ações devem ser realizadas de forma que contemple a integralidade, mediante a inclusão não só de dados objetivos, mas que contemplem a subjetividade, como a interação da criança com o meio social.

Nas ações desenvolvidas pelos ACS, também observamos, durante as visitas realizadas, que também são priorizadas as queixas clínicas, o peso, a vacinação e o incentivo ao aleitamento materno que na atenção à criança também são de extrema importância, pois contribuem para o desenvolvimento adequado. Contudo, a própria evolução desse desenvolvimento também não é observada por estes profissionais, embora apenas uma das ACS ressalte a sua importância.

[...] peso a criança, vejo se tem alguma vacina atrasada, vejo se a vacina está em dia, olho o cartão né? Comparo o dela, com o meu espelho (ACS – 1A).

Quando elas têm o bebê, eu oriento na questão do banho, da higiene, sempre pego no pé ao máximo pra elas amamentarem (ACS – 2B).

Mas a gente tem que observar essas coisas. Eu acho importante porque eu fazia isso com minha filha também, então, se dentro daquela idade a criança não está desenvolvendo, então alguma coisa tem de errado, tem que observar [...] menino parado demais, não tem movimento nenhum, que não ri, que não chora, é bom? Não é estranho? Se já está na idade de rir, de chorar e não faz nada disso, tem que observar (ACS – 1B).

As fragilidades observadas nos profissionais das ESF em estudo acerca dos aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor infantil comprometem o encaminhamento precoce para intervenção, podendo trazer sérias repercussões para o desenvolvimento da criança em questão (BOBATH, 1984; COELHO, 1999; FIGUEIRAS et al., 2005; MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007).

O crescimento e o desenvolvimento infantil podem sofrer alterações em virtude tanto dos fatores intrínsecos como genéticos, metabólicos e por malformações, quanto por fatores extrínsecos como a alimentação, a saúde, a higiene e o cuidado com a saúde. Assim, os dados antropométricos, como peso e altura, bem como alimentação adequada, aleitamento materno e

vacinação são considerados fundamentais para a promoção da saúde infantil e a prevenção de possíveis agravos à mesma (BRASIL, 2002b).

Embora tenhamos ressaltado a importância do acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor infantil, não desconsideramos os aspectos abordados como peso, altura, perímetros, alimentação e vacinação, pois também constituem-se em importantes medidas que deve ser avaliadas para que deficiências possam ser prevenidas, pois baixo peso, desnutrição, meningite, poliomielite, entre outros, constituem agravos ao desenvolvimento infantil.

A avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor infantil foi apenas ressaltado pela médica A, contudo o seu discurso diverge da sua ação, pois, analisando as consultas observadas, percebemos que elas eram realizadas com base na queixa-conduta, focando-se nos aspectos clínicos da criança e nas doenças prevalentes da infância, havendo, assim, convergência com o discurso da usuária.

[...] eu vejo o DNPM que a gente chama de desenvolvimento da criança, quando é que está firmando, se já está pegando objetos com a mão, se está engatinhando, então, esse é o DNPM (Médica A).

A médica só foi a primeira vez, porque ela ficou com uns carocinhos, aí a enfermeira pegou e pediu pra a doutora dar uma olhadinha nela e foi só essa vez e pronto (Usuária 08A).

Embora reconheçamos que a atenção às doenças prevalentes na infância pelas ESF seja imprescindível para a saúde da criança, este não deve ser apenas o foco da ação, visto que representa uma visão reducionista médico-centrada, baseada apenas na realização de procedimentos, comprometendo a integralidade da atenção à criança.

Um dos grandes desafios para a prevenção de deficiências na infância a partir das ações realizadas pelos profissionais das ESF é a superação da visão médico-centrada na produção do cuidar delas, com isto fazendo-se necessária uma reorganização do trabalho das equipes com a construção de novos saberes e práticas em saúde (MATTOS, 2001; ROSA, LABATE, 2005) tendo em vista a integralidade das ações.

Assim, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil tendo em vista a prevenção de deficiências na infância e a integralidade na atenção, deve ser realizado independentemente da queixa ou doença que motive a busca pelo serviço de saúde. Nesse contexto, “a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho, nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar

as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional” (MATTOS, 2001, p. 57).

Tendo em vista a atenção a este grupo populacional específico, no caso crianças, e a abordagem deste estudo, durante as entrevistas foram apontados pelos profissionais casos de crianças com deficiência nas famílias a que assistem.

Uma criança que nasceu com as perninhas atrofiadas e hoje ela faz fisioterapia acompanhada por ortopedista. A gente encaminhou pra fazer cirurgia pra consertar, não sei, uma má formação mesmo (Enfermeira B).

Não tenho criancinha, só mais velha, e retardo mental é o mais comum (Médica A).

Eu tinha uma criança que era obesa e que teve muita dificuldade pra andar, mas eu acho que pelo excesso de peso mesmo (Enfermeira A).

Só tem um bebê que eu sinto que não é normal e ela tem assim um rosto como se tivesse alguma deficiência, não é rosto de uma criança normal, não sei se é algum retardamento assim na mente, ela não acompanha as outras crianças da idade dela, veio andar agora com dois anos (ACS – 1A).

Percebemos que a detecção de alterações no desenvolvimento e deficiências em crianças está vinculada a um critério de visibilidade do problema, como uma deformidade ou a ausência de uma habilidade motora, o que evidencia fragilidades no agir destes profissionais na atenção à criança tendo em vista a prevenção de deficiências.

A atribuição dos critérios de visibilidade do problema para a identificação de desvios no desenvolvimento infantil, bem como de deficiências, contribui para uma não detecção precoce, como relata a médica A com relação aos casos de deficiência mental apenas em crianças mais velhas. Tal fato converge com outros estudos (SOUZA; MOLESINI; OLIVEIRA, 2008; SOUZA et al., 2009), ao relacionarem o diagnóstico tardio com o fato de os profissionais conceberem problemas de desenvolvimento infantil e/ou deficiências, sempre como casos clássicos de livros ou, muitas vezes, só percebendo – os quando a criança entra na vida escolar.

Como referência para acompanhamento das crianças que apresentam alguma alteração no desenvolvimento infantil, foram referidos O Hospital Martagão Gesteira, o Hospital das Clínicas e o Hospital Roberto Santos.

São os que mais a gente encaminha, Martagão Gesteira, CHR e Roberto Santos (Médica B).

Contudo, a contra-referência continua sendo uma falha do sistema, agora com relação aos casos de crianças com alteração no desenvolvimento e que foram encaminhadas para outro nível de complexidade do sistema.

Não, eu que sempre pedia para ela trazer pra mim receita, relatório, tudo. Não temos este contato (Enfermeira A).

A ausência da organização do sistema de referência e contra-referência aponta para uma fragilidade na constituição da rede de serviços em Salvador, comprometendo a integralidade da atenção à saúde da criança tendo em vista a prevenção de deficiência na infância, convergindo com os nossos achados na subcategoria: O agir das ESF na atenção pré-natal.

Isso diverge do preconizado para o ACD, visto que, ao ser detectada uma alteração no desenvolvimento neuropsicomotor que pode ser sugestiva de algum tipo de deficiência, seja ela motora, cognitiva ou sensorial, a criança deve ser encaminhada para a rede especializada em distúrbios do desenvolvimento infantil para uma avaliação mais específica e com retorno desta para o serviço de origem (BRASIL, 2002b).

Corroboramos com Moraes, Magna e Marques - de - Faria (2006), quando afirmam que os profissionais das Equipes Saúde da Família constituem-se num poderoso instrumento para a prevenção de deficiências, em virtude do contato frequente e precoce com os pacientes, estando capacitados para a identificação dos fatores de risco, a detecção precoce dos casos e o encaminhamento para a rede especializada.

Depreendemos com isso o quão é importante o ACD, ao atentar para os aspectos neuropsicomotores, assim como, para as etapas do desenvolvimento infantil, uma vez que quanto mais cedo se detecta uma alteração mais precoce é o encaminhamento e, conseqüentemente, a intervenção no desenvolvimento da criança, prevenindo muitas vezes o agravamento de algumas deficiências.

Outra ação que merece destaque quando abordamos a prevenção de deficiências a partir do agir das ESF, diz respeito às orientações dadas às genitoras quanto aos estímulos oferecidos à criança em vista à prevenção de distúrbios do desenvolvimento infantil. Contudo, essa ação não está evidenciada nas observações nem nos discursos das usuárias.

Não, diretamente não, eu faço alguns exercícios que eu via na época a médica fazendo com meu outro filho, mexer a perna, levantar, botar de bruço pra ela ir se movimentando (Usuária 5A).

Não, ainda não. Eu assisto o Rede Bahia Revista, e lá está passando uma série agora de neném que vai até um ano. A menina tem a mesma idade dela, aí todo mês passa, aí todo mês eu assisto, aí eu aprendi algumas coisas, sabe? Para estimular ela a ficar sentadinha, colocar ela de pernas abertas, apoiar as mãos assim no meio, estimular ela com brinquedo, botar ela no chão, eu aprendi varias coisas (Usuária 1B).

Está tendo agora uma reportagem na Globo que está acompanhando uma menininha, não sei se você já assistiu, passa, não sei o que Revista, dia de domingo. Aí eu venho acompanhando ela, aí a menininha é mais do que ele um mês, não dois meses, aí eu venho acompanhando, aí tudo que ela faz ou assim tá fazendo, às vezes ele já faz. (Usuária 3A).

Com isso, percebemos que, além dos aspectos neuropsicomotores não serem avaliados, ou seja, a reação das crianças aos estímulos oferecidos, tão pouco as mães são orientadas em relação à importância destes estímulos para o desenvolvimento da criança, na medida em que referem estar acompanhando o desenvolvimento dos seus filhos, assim como os estímulos que devem oferecer, por meio de um programa de televisão.

Embora a consulta para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil constitua uma importante estratégia para a prevenção de deficiências na infância, ela não deve apenas ser um momento de coleta de dados, mas um momento de orientações às famílias quanto à importância dos estímulos para o desenvolvimento da criança. Assim, as orientações quanto à prevenção de problemas no desenvolvimento infantil, devem integrar as ações realizadas pelas ESF.

O acompanhamento no ACD também deve proporcionar, além de um acompanhamento sistemático das crianças, ações de educação em saúde, levando-se em conta o contexto social, cultural e econômico dessas crianças e suas famílias.

Como medidas preventivas a serem desenvolvidas pelas equipes Saúde da Família na Atenção Básica tendo em vista a prevenção de deficiências na infância, sugere-se a necessidade de uma Vigilância do Desenvolvimento infantil, com avaliação ampla e sistemática da criança, a triagem de fatores de riscos para o seu desenvolvimento, bem como a análise dos fatores psicossociais no contexto familiar (DELLA BARBA, 2007; MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007; SOUZA; MOLESINI; OLIVEIRA, 2008).

Contudo, para que tais ações sejam efetivadas, é necessário que o foco da atenção à saúde da criança, vá além da demanda clínica e que não sejam centralizadas em ações pontuais e isoladas. Com isto ressaltamos a necessidade de uma integralidade das ações na atenção à criança no ACD, que ultrapasse o oferecimento da “cesta básica de saúde” preconizado e extrapole as ações que estão baseadas apenas nos indicadores de morbimortalidade, mas que, sobretudo, sejam ações que contemplem a família como contexto

privilegiado do desenvolvimento físico, mental, psicológico e social da criança (MOLINARI; SILVA; CREPALDI, 2005).

4.2 OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E NO ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL (ACD)

A categoria referente aos limites e às possibilidades das ações desenvolvidas pelas Equipes Saúde da Família (ESF) na atenção pré-natal e no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento infantil (ACD) como para a prevenção de deficiências na infância levamos a reconhecer que a prevenção de deficiências perpassa pela análise de um contexto multifatorial e multideterminado que vai além do determinismo biológico, envolvendo as condições psicossociais, econômicas e ambientais que necessitam ser levadas em conta pelos serviços de saúde.

Para tanto, uma política pública para a prevenção de deficiências precisa desenvolver ações que englobem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, possuindo também um alcance que proporcione a melhoria das condições de vida e saúde da população, como acesso ao trabalho, educação e lazer.

Ao apreendermos a categoria **Os limites e as possibilidades das ações desenvolvidas pelas Equipes Saúde da Família (ESF) na atenção pré-natal e no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento infantil (ACD)** para a prevenção de deficiências na infância, a partir dos dados coletados, não pretendemos apenas estabelecer relações de causa e efeito entre o que é e/ou o que deve ser feito e o agravo que pode surgir, mas refletir acerca das necessidades dos usuários dentro do modelo de atenção que temos hoje, que muitas vezes direciona a prática no cotidiano dos serviços de saúde incidindo sobre a saúde da população.

Optamos pela divisão da abordagem desta categoria de análise na qual, num primeiro momento, discorreremos sobre os limites e, posteriormente, sobre as possibilidades, apenas para uma melhor compreensão didática pelo leitor, visto que alguns limites são apontados pelos profissionais das ESF como possibilidades e algumas possibilidades como limites.

A partir das informações coletadas, **os limites**, apreendidos a partir das ações desenvolvidas pelas Equipes Saúde da Família na atenção pré-natal e no Acompanhamento do

Crescimento e Desenvolvimento infantil (ACD) como dispositivos para a prevenção de deficiências na infância, direcionam para a **necessidade de uma organização da rede de serviços, a co-responsabilidade, a necessidade de Educação Permanente, a falta de unicidade da ESF e o contexto sócio-econômico das famílias.**

Na análise dos limites das ações realizadas pelas ESF na atenção à saúde materno-infantil no PSF, encontramos total convergência do discurso dos profissionais com as dificuldades vivenciadas no cotidiano, apreendidas mediante a observação sistemática, no que diz respeito à **organização da rede de serviços**, sendo que fica mais evidente com a demora no recebimento dos resultados dos exames pré-natais, principalmente quando se trata das sorologias para as TORCHS (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis).

A dificuldade grande hoje em dia, é a questão laboratorial. Essa demora que é crucial para o acompanhamento da gestante pra gente evitar essas complicações, essas seqüelas (Médica B).

[...] têm dificuldade de fazer o exame e, às vezes, chega ao final da gestação e não receberam os exames ainda (Enfermeira A).

Eu fiz exame, mas ficou faltando para eu trazer, porque ficou pra dar dentro de um mês, mas não chegou. Foi em março, e até hoje não recebi. Só recebi o do tipo de sangue, só (Usuária 6B).

As observações realizadas também convergem com os discursos apresentados, uma vez que presenciamos, durante as consultas pré-natais nas duas ESF participantes do estudo, gestantes com quarenta semanas de gestação sem ter ainda recebido o resultado dos exames específicos para detecção das doenças do grupo das TORCH (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes) realizados no primeiro semestre da gestação.

A realização dos exames durante a gestação possibilita a detecção precoce de doenças infecto contagiosas (TORCH) que podem trazer repercussões para o crescimento e o desenvolvimento da criança, originando às vezes, quadros graves de deficiências, podendo comprometer desta forma o crescimento e desenvolvimento infantil.

A demora na entrega dos resultados de exames realizados por gestantes nos serviços públicos de saúde também é uma realidade encontrada em outros estudos (MARGONATO et al., 2007; STELLA, 2004) que apontam como consequências o comprometimento da identificação precoce de gestantes com infecções agudas e com risco de acometimento fetal, havendo com isto, um limite na confirmação diagnóstica, visto que, quando o exame confirma a presença de alterações, faz-se necessária a realização de outro exame de confirmação que, em virtude da demora no recebimento do primeiro pode interferir na efetividade do

tratamento, aumentando o risco de alterações ou até mesmo perda do bebê, além da causar ansiedade nas gestantes.

A demora no recebimento dos exames pré-natais pelas gestantes atendidas pelas ESF, tendo em vista a prevenção de deficiências na infância, diverge da Política Nacional da Atenção Básica (2007b), uma vez que esta preconiza que a Atenção Básica, mediante o Programa Saúde da Família, deve garantir assistência básica e integral, assegurando ao usuário o acesso ao apoio diagnóstico e terapêutico.

Assim, a demora no recebimento dos resultados pelas gestantes que estão no grupo populacional específico, dentro da óptica das Ações Programáticas em Saúde (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; TEIXEIRA, 2006; 2003), remete-nos à reflexão acerca da efetividade da **organização da rede de serviços**, da integralidade e da resolubilidade no município em estudo, no caso Salvador, que organiza suas ações dentro do modelo da Vigilância da Saúde, propondo uma articulação entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e tendo como eixos programáticos prioritários mulheres e crianças (SALVADOR, 2008a).

A **organização da rede de serviços** em Salvador, é apontada, pelos profissionais das ESF, como um dos limites para a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno - infantil no PSF, sendo referida, como principal causa, a ausência de efetivação do sistema de referência e contra-referência.

Outra dificuldade que eu posso dizer pra você é a referência. A gestante vai esse mês e ela só consegue marcar um retorno muitas vezes pra dois meses depois (Enfermeira B).

Eu acho que algumas coisas a gente não consegue fazer, não por falta de vontade, mas por todo o sistema, de verdade, não funcionar. Você pede para ir numa nutricionista, não consegue marcar. Você pede um exame, muitas vezes não consegue fazer pelo SUS (Enfermeira A).

E aí chega na média complexidade e alta, aquela imagem negativa dos postos de saúde. Então, são os grandes empecilhos, hoje em dia, de a gente lidar com saúde coletiva, é essa questão da assistência da rede, que deixa a desejar muito ainda (Médica B).

Também encontramos convergência no que se refere à ausência de efetividade na constituição da rede de serviços em Salvador, apontado como um dos limites à prevenção de deficiência na infância, a partir da atenção à saúde materno-infantil, sendo as maiores dificuldades vivenciadas pelas usuárias na acessibilidade a níveis de maior complexidade que a Atenção Básica.

Fui pra duas maternidades, aí não me aceitaram. Aí chegando na terceira maternidade, eu fiquei, viram que tava passando da hora, aí me aceitaram. Porque, realmente, ele quase passou, ele teve que tomar soro, porque ele nasceu todo inchado, inchado e roxo, quase passando do mês (Usuária 9A).

A ausência da efetivação do sistema de referência e contra-referência, que foi idealizado a partir da hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, é vivenciada pelas gestantes e, muitas vezes dificulta o seu acesso à rede de saúde, comprometendo a assistência à saúde materno-infantil, o que contribui para a possibilidade de ocorrências de deficiências e/ou alterações no desenvolvimento infantil, contrariando dessa forma, os princípios da integralidade e comprometendo a resolubilidade.

A ausência do sistema de referência e contra-referência na atenção a saúde materno – infantil no PSF, como o encaminhamento das gestantes para a maternidade pode refletir em deficiências futura nas crianças, uma vez que, a demora do encaminhamento pode ocasionar sofrimento fetal, em decorrência de hipóxia, anóxia, hipoglicemia, entre outros, com possibilidades de sérias repercussões para o desenvolvimento da criança e /ou a ocorrência de deficiências na infância (BEE, 1997; BOBATH, 1984; COELHO, 1999).

Um dos equívocos da regionalização e hierarquização proposto através do modelo piramidal é estruturar o acesso do usuário aos serviços de saúde, mediado apenas pelo sistema de referência e contra-referência, reconhecendo a Atenção Básica como a única porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Embora, seja por meio da sua estruturação que o encaminhamento de muitos pacientes para outros níveis de complexidade seja possível, (CIAMPONE; JULIANI, 1999) a transferência de responsabilidades através dos níveis de complexidade termina limitando o acesso do usuário e comprometendo a resolubilidade na atenção (CECÍLIO, 1997; MERHY; BUENO, 2008).

A resolubilidade do sistema tem que ser garantida através da incorporação tecnológica e, principalmente, pela responsabilização dos profissionais e serviços para com a saúde de sua população, não devendo a hierarquização dos serviços ser um instrumento apenas de transferência de responsabilidades entre as unidades do sistema.

Esta relação hierarquizada dos serviços de saúde, muitas vezes, transpõe os serviços, para a relação profissional-usuário no cuidado à saúde em que o saber técnico, muitas vezes, sobrepõe o saber popular, implicando uma relação verticalizada e autoritária. Tal conduta pode acarretar um comprometimento da autonomia dos usuários frente ao seu processo saúde-doença, bem como a co-responsabilidade entre profissionais e usuários no cuidado em saúde.

Um outro limite nas ações das ESF, apontado pelos profissionais para a prevenção de deficiências na infância consiste na **co-responsabilidade** entre usuário e profissional.

As pacientes seguirem, fazerem a parte delas, a questão da co-responsabilidade de fato (Enfermeira B).

A questão de educação, também, da nossa comunidade, viu? A valorização, que a gente percebe que aquelas que valorizam mais, que percebem a mensagem da importância do pré-natal pra evitar esse tipo de coisa, elas agilizam mais, elas buscam mais (Médica B).

Eu acho que é mais resistência com relação a seguir a orientação, porque às vezes tem mãe que é muito difícil (ACS – 1A).

Para que haja, de fato, uma efetiva autonomia do usuário frente ao seu processo de saúde-doença, é imprescindível a apreensão do sentido de **co-responsabilidade** tanto por profissionais quanto pelos usuários.

Contudo a noção de **co-responsabilidade** não deve confundir-se com a de que os usuários devem seguir prescritivamente as orientações dadas pelas equipes, pois são imbuídas apenas de um saber científico, como observamos na convergência das falas dos profissionais citadas acima, quando deveriam ser orientações pautadas no reconhecimento da importância de levar-se em conta a história de vida e o conhecimento pregresso e popular dos usuários (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009).

Por outro lado, a ausência da **co-responsabilidade** pode constituir-se num dos limites para a prevenção de deficiências na infância a partir das ações desenvolvidas pelas ESF na saúde materno-infantil, uma vez que deve estar diretamente relacionada com a concepção de autonomia, ou seja, com a capacidade do usuário relacionar - se com a rede de dependência, de agir sobre si e sobre o contexto no qual está inserido (CAMPOS; AMARAL, 2007)). Com esses aspectos encontramos convergência a partir do relato da usuária abaixo.

Eles passaram o teste da orelhinha e da visão só que eu não fiz não, porque eu não sabia onde era; também tem que fazer logo no começo (Usuária 9A).

Assim, para que esta **co-responsabilidade** se efetive, é necessário que profissionais e usuários estejam imbuídos de uma autonomia sobre as suas ações, bem como clareza do que deve e pode ser realizado dentro do seu processo de trabalho e saúde-doença. Para isso, as ESF devem proporcionar estratégias que ressaltem a importância da participação da população no planejamento das ações visto que o trabalho entre PSF, família e comunidade deve ser compartilhado (ROSA; LABATE, 2005).

Outra dificuldade apontada pelas equipes consiste na **necessidade de Educação Permanente**, como aponta a enfermeira da equipe B:

Acho que a capacitação é algo importante, a reciclagem é algo importante que é uma das coisas que eu sinto falta, na parte de puericultura, poucas discussões a respeito com os profissionais de PSF (Enfermeira B).

Os gestores não investem [...] (Médica A).

Diante, disso tomando-se por base os discursos destes profissionais, percebemos que há uma complementariedade no conteúdo das falas dos profissionais acerca da necessidade da Educação Permanente pelos gestores no que se refere à atenção à criança, como uma possibilidade de prevenção de deficiências na infância, o que converge com as nossas observações durante as ações implementadas em que, na atenção à criança, os aspectos neuropsicomotores não eram avaliados pelos profissionais, embora seja uma ação imprescindível para a detecção precoce de deficiências.

Há dessa forma, uma complementariedade nos discursos dos profissionais acerca da **necessidade da Educação Permanente** na atenção à criança com as nossas observações do agir destes, também convergentes com outros estudos (DELLA BARBA, 2007; FIGUEIRAS, 2003; SOUZA; MOLESINI; OLIVEIRA, 2008) que apontam falhas no conhecimento dos profissionais sobre desenvolvimento infantil, seus marcos, desvios, fatores de risco, em virtude dessa fragilidade constituir-se numa importante causa para os encaminhamentos tardios e que podem trazer sérias repercussões para a qualidade de vida dessas crianças, assinalando, como principal estratégia resolutiva, a Educação Permanente.

A **Educação Permanente** constitui-se numa possibilidade de transformação das práticas profissionais de modo que sejam atendidas as necessidades de saúde da população, tomando por base a realidade local e sob intercessão de uma problematização da prática cotidiana dos trabalhadores (BRASIL, 2003).

Há também convergência entre os discursos com as observações pois durante o nosso período de observação, a enfermeira de uma das equipes ficou um mês sem atender às gestantes na consulta de pré-natal em virtude da participação em vários cursos proporcionados pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador que, coincidentemente, sempre eram agendados no dia de atenção à gestante, o que, devido ao fato da organização do trabalho dar-se por Ações Programáticas o que comprometia o atendimento. Não pretendemos com esse relato, apontar postura contrária à necessidade da Educação Permanente, mas, sim, ressaltar a forma como é operacionalizada, ou seja, de forma prescritiva e verticalizada, ao invés de estar

aliada à necessidade cotidiana do serviço bem como à sua organização do processo de trabalho.

Por isso, o processo de **Educação Permanente** através das capacitações muitas vezes não se mostra eficaz para proporcionar mudanças e incorporar novas práticas aliadas às reais necessidades de saúde da população, em virtude de serem planejadas e organizadas de forma prescritiva, verticalizada e descontextualizada da real necessidade de trabalhadores e usuários (CECIM, 2005).

Essa hierarquização e verticalização da organização do trabalho muitas vezes transpõem-na, atingindo também os profissionais nas relações interpessoais e comprometendo desta forma o trabalho em equipe, que se torna, por isso, fragmentado e hierarquizado pela sobreposição de saberes. Então, também foi apontado, embora apenas pela enfermeira da equipe A como limite para a prevenção de deficiências na infância, a **falta de unicidade da própria equipe**.

A maior dificuldade é que a gente já não tem um núcleo Saúde da Família, assim, entendeu? [...] é a falta da unidade Saúde da Família, assim, na sua íntegra, porque antes a gente trabalhava como uma equipe (Enfermeira A).

Embora esse limite para a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil tenha sido referido apenas pela enfermeira da equipe A, ele converge com as observações realizadas na ESF – A e já referido por nós na categoria: **O agir das Equipes Saúde da Família na atenção à saúde materno-infantil**, em que há uma fragmentação do cuidar na atenção às gestantes e às crianças, pela médica da mesma equipe, que atua dentro da perspectiva do modelo médico-hegemônico, ou seja, tendo por base a realização de procedimentos ambulatoriais e dissociados dos outros profissionais.

A **falta de unicidade na equipe** representa um grande empecilho para a realização das ações desenvolvidas na Saúde da Família, pois passa a constituir-se em ações fragmentadas, isoladas, pautadas apenas no saber profissional de cada um, destituído de uma visão integral do paciente, da família a qual pertence e do serviço, configurando-se num relevante limite para a prevenção de deficiências na infância, uma vez que não há uma atenção integral e resolutiva das necessidades dos usuários.

A comunicação entre a equipe tem uma grande importância, tanto para a promoção e prevenção de deficiências na infância, quanto para tudo que seja inerente às famílias assistidas pelas ESF, visto que possibilita a discussão dos casos com a tomada de decisões em conjunto, a partir da diversidade de olhares dos sujeitos, deixando as ações de serem apenas

assistenciais-curativistas, pautadas no saber médico, mas, sobretudo, com uma articulação entre promoção, prevenção, tratamento sobre danos e riscos à saúde da população, proporcionando uma atenção integral com maior resolubilidade nos casos discutidos.

Embora os documentos (BRASIL, 2007b, 2007c; 2001a) apontem que a organização do processo de trabalho no PSF deva estar pautada na multidisciplinaridade, alguns estudos (ALVES, 2005; MARQUES; SILVA, 2004; FRANCO; MERHY, 1999) mostram que, na prática, há um impedimento para a materialização dessa ação em virtude da dificuldade de ruptura com o modelo médico hegemônico, centrado em procedimentos médicos e fragmentado, ferindo os princípios da integralidade que apontam para a necessidade de uma atenção articulada entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de modo que proporcione resolubilidade das problemáticas enfrentadas tanto por usuários quanto pelo serviço dentro do contexto epidemiológico, social e econômico.

Outro limite apontado à prevenção de deficiências na infância foi o **contexto sócio - econômico das famílias** que, muitas vezes, compromete o acesso aos serviços de saúde e o seguimento das orientações.

O financeiro. Porque eu tive casos de eu dar dinheiro de transporte para a mãe ir fazer os exames. O marido desempregado, ela desempregada. [...] a gente já fez aqui várias vezes entre os agentes, cesta básica para a gestante para ela não passar necessidade. Questão de carência mesmo que a gente sabe que aquela criança vai nascer com deficiência de ferro, de vitaminas, carência de zinco, carência de tudo (ACS – 1B).

Eu considero um limite e um problema, porque muitas vezes eu vou orientar uma mãe a uma alimentação que ela não vai poder fazer [...]. Então de que adianta a gente chegar ali e orientar a mãe que a criança tem que comer papinha assim e assado, se a mãe não tem, o que a mãe tem é uma farinha de guerra pra dar (Enfermeira B).

Os discursos dos profissionais complementam-se no que diz respeito às dificuldades vivenciadas no cotidiano do serviço em relação ao contexto sócio - econômico das famílias atendidas, tanto no acesso a serviços de maior complexidade quanto à questão alimentar, configurando-se, assim, como um dos grandes limites para a prevenção de deficiências na infância, o que aponta para a necessidade de uma maior articulação entre as políticas públicas brasileiras mediante a realização de ações intersetoriais.

A dificuldade de acesso das gestantes a níveis de maior complexidade no sistema de saúde, como a não realização de exames pré-natais, comprometem a detecção precoce de alterações impedido o encaminhamento e intervenção precoce importante para a prevenção de deficiências. Quanto à carência alimentar e nutricional, tanto em gestantes quanto em

crianças, pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento infantil, configurando-se em risco para a ocorrência e/ou agravamento de deficiências.

Assim, destacamos a promoção de ações intersetorias para a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil pelo PSF de modo que contemplem o contexto sócio-econômico das famílias.

As minhas dificuldades que eu vejo é a comunidade em que ela está inserida, que tipo de criança nós vamos estar formando e aí eu vou te dizer não de deficiências físicas, deficiências até psíquicas, psiquiátricas, psicológicas enfim; ela pode estar vindo adquirir por conta da sociedade em que ela vive, do meio em que ela vive. Como será o desenvolvimento dessa criança diante do lar que ela vive, diante da comunidade que ela vive, uma comunidade que é movida pelo tráfico, que tem pais alcoólatras, usuários de drogas? (Enfermeira B).

A atuação intersetorial decorre da necessidade de dar resolubilidade à complexidade dos problemas de saúde da população e que envolve ações articuladas entre a comunidade, os serviços de saúde e as políticas públicas (GIOVANELLA, 2009; SILVA JUNIOR, 2006).

Embora a realização de ações intersetoriais esteja prevista para o PSF pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2007c) há estudo (GIOVANELLA, 2009) que aponta serem poucos os profissionais que se envolvem em ações que visando à resolução de problemas na comunidade, e, transferindo para outro nível a responsabilidade, o que converge com os nossos achados.

E o que é que eu vou fazer enquanto profissional? Encaminhar, encaminhar, encaminhar [...] (Enfermeira B).

Assim, a realização de ações intersetoriais não deve ser destituída do trabalho em equipe, uma vez que reconhecemos a deficiência como uma produção social e não apenas como a ocorrência de uma lesão, assim, convergindo com o *Relatório sobre deficiências, incapacidades e desvantagens* (COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA, 2004) realizado em vinte e uma capitais brasileiras, ao trazer que a abordagem da deficiência deve ser multidisciplinar e multifatorial, envolvendo as áreas de saúde, educação, geração de renda, assistência social, bem como direitos sociais e políticos, por existir uma relação entre as causas da deficiência e o nível de desenvolvimento social, renda e pobreza.

Estudos (ENUMO; TRINDADE, 2002; MORAES; MAGNA; MARQUES-DE-FARIA, 2006; NERI et al., 2003) apontam quanto à relação entre a deficiência e o desenvolvimento sócio-econômico do local onde esta população está inserida, chamando a atenção para a possibilidade de prevenção a partir dessa constatação.

Também, como possibilidades para as ações desenvolvidas pelas ESF para a prevenção de deficiências na infância, os profissionais apontam os **Testes do Pezinho, do Olhinho e da Orelhinha, as ações de educação em saúde, o vínculo e o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS)**.

Ao abordar as possibilidades de prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno infantil no PSF, há uma convergência dos profissionais que compõem as equipes em estudo quanto a essa possibilidade mediante a realização de Testes de detecção precoce em crianças.

Dá pra prevenir com o **teste do pezinho, teste da orelhinha**; então tem como prevenir sem sombra de dúvidas (Enfermeira B).

Sim. Porque a gente faz a investigação prévia, pra fazer detecção precoce, tratamento precoce. Quando a criança nasce aí tem o **teste do olhinho, da orelhinha**, que a gente estimula a mãe (Enfermeira A).

Nos fragmentos dos discursos acima percebemos que quanto à possibilidade de prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil, há uma convergência a respeito da realização precoce dos Testes do Olhinho e da Orelhinha, e uma complementariedade com o Teste do Pezinho. Embora apreendamos essas convergências e complementariedade, também ressaltamos divergências entre o discurso e o agir destes profissionais, visto que, mediante as observações realizadas em todas as consultas nas quais estivemos presentes, nenhuma das mães foi orientada e questionada quanto à realização dos Testes do Olhinho e da Orelhinha, sendo apenas solicitado o resultado do Teste do Pezinho.

Muito embora essas profissionais apontem tais testes, o estudo de Magalhães e outros (2009) diverge ao apontar uma falta de conhecimento sobre a importância da realização destes testes. Este mesmo autor ressalta, também, que não basta o simples conhecimento, pois faz-se necessária a incorporação de medidas resolutivas quando há detecção, sendo imprescindível para tal o encaminhamento a níveis de maior complexidade.

O Teste do Pezinho foi instituído no SUS mediante a Portaria n.º 822, com garantia de acesso a todos os recém-nascidos para a detecção, confirmação diagnóstica, acompanhamento e tratamento de doenças congênitas e assintomáticas que podem comprometer o desenvolvimento infantil ou ser a causa de muitas das deficiências como a mental. Portanto, faz-se necessário que as famílias sejam orientadas em virtude do caráter assintomático destas doenças durante o período neonatal, pois podem ocasionar sequelas graves e irreversíveis ao

desenvolvimento infantil e que só se manifesta, na maioria das vezes, tardiamente (BRASIL, 2009b).

O Teste do Olhinho possibilita a detecção precoce da deficiência visual em crianças, estando em consonância com a proposta da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) na medida em que é considerado um procedimento simples, acessível, de baixo custo e alta eficácia (MAGALHÃES et al., 2009).

O Teste da Orelhinha consiste num teste de triagem neonatal para a detecção precoce de alterações auditivas em crianças e está sendo contemplado na Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (BRASIL, 2004c) para a média complexidade, contudo não desconsidera a priorização das ações preventivas e de identificação precoce de alterações auditivas, principalmente em crianças, pelos serviços da Atenção Básica à Saúde.

Visto isto, convergimos tanto com os profissionais quanto com os referidos autores ao considerarem esses Testes como importantes medidas de prevenção de deficiências na infância, em virtude de possibilitarem a detecção precoce com encaminhamento para tratamento imediato.

A realização dos testes, devem ser realizados na criança logo após o nascimento, configurando-se numa importante estratégia para a prevenção de deficiências na infância, a partir da atenção à saúde materno infantil, pelo PSF, uma vez que possibilita a detecção precoce e, conseqüentemente, o encaminhamento precoce para tratamento evitando com isto não o surgimento, mas sim o agravamento da deficiência já detectada.

Por conseguinte, os Testes de detecção precoce são imprescindíveis para a prevenção de deficiências na infância, contudo, para que isto seja possibilitado a partir da atenção à saúde materno-infantil pelo PSF, não basta apenas o conhecimento dos profissionais sobre esses exames, nem apenas a realização simplesmente dos mesmos a fim de que tais ações se configurem em importantes medidas de prevenção, tornando-se imprescindível para tal, a articulação entre os diversos serviços constituintes da rede de saúde, como atenção básica, média e alta complexidade.

Aliadas às ações diagnósticas, como possibilidades de prevenção de deficiências na infância, também são apontadas pelos profissionais das ESF, como possibilidade de prevenção de deficiências na infância, as ações de educação em saúde.

Eu acredito que **as reuniões, as explicações, as orientações**, não dadas só nas casas, mas aqui também (ACS – 3B).

A parte de educação, mesmo, de **atividades educativas** que é o forte do PSF (Enfermeira A).

A partir dos discursos desses sujeitos, encontramos convergências quanto ao fato das ações de educação em saúde constituírem-se possibilidades para a prevenção de deficiências na infância. Contudo, para que elas se efetivem enquanto possibilidade concreta para tal, é necessário que este agir seja permeado por uma relação dialógica entre o conhecimento popular dos usuários e o técnico-científico da equipe, a fim de que as informações trocadas e as necessidades passadas sejam incorporadas pelos sujeitos participantes.

As ações de educação em saúde, para que se efetivem enquanto práticas transformadoras dos saberes existentes e possibilitem mudanças no cotidiano dos sujeitos, devem não apenas informar prescritivamente, mas alocar os usuários no centro dessa ação como sujeitos imbuídos de autonomia e responsabilização perante o seu processo saúde-doença (ALVES, 2005).

No entanto, para que a relação dialógica, que permeia todo o processo de educação em saúde, dentro de uma perspectiva autônoma e responsável se configure em mudanças de hábitos e comportamentos perante o processo saúde-doença, é necessário que esta relação usuário – profissional seja também construída com base na confiança e no vínculo mútuos.

Também foi apontado pelos profissionais, como possibilidade para a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil, **o vínculo** da comunidade com a equipe.

Essa relação, **esse elo** com a comunidade que o programa estabelece. Isso é fundamental (Médica B).

O **vínculo** que a gente tem com elas, o contato (Enfermeira B).

O **vínculo** que a comunidade estabelece com os profissionais das ESF é imprescindível para a prevenção de deficiências na infância, visto que a atenção está focada na família e na comunidade onde a criança está inserida e que se constitui no contexto de crescimento e desenvolvimento da mesma. Assim, o contato contínuo possibilita o seguimento da atenção à saúde materno-infantil, desde o pré-natal ao ACD, possibilitando uma atenção integral e resolutiva.

Contudo, reconhecemos que, para que o **vínculo** entre profissionais e usuários se constitua numa real possibilidade de prevenção de deficiências na infância não basta que esteja pautado apenas na concepção de “elo de ligação” entre a comunidade e a equipe, ou como a continuidade das ações assistenciais desenvolvidas, como o pré-natal e o ACD, mas

que seja centrado na busca por projetos terapêuticos coletivos, e guiado por um acolhimento e uma escuta humanizada, com responsabilização e autonomia compartilhada entre usuários e equipe.

Essa concepção de “elo de ligação” converge com a atribuição ao **trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS)**, apontada pelos profissionais participantes do estudo também como uma possibilidade de prevenção de deficiências na infância pelo PSF.

Os agentes comunitários são os facilitadores pra isso porque é o **olho do médico** e da enfermeira. Eles não vão na comunidade, a gente está ali no dia a dia, o que a gente vê a gente passa pra eles (ACS – 1A).

A questão do agente comunitário facilita para **buscar** [...] esse **contato**, esse **elo**, facilita muito pra equipe de saúde da família (Médica B).

Os agentes comunitários como as pessoas que **trazem as problemáticas** pra gente discutir (Enfermeira B).

A partir desta convergência dos discursos sobre a atribuição ao trabalho dos ACS, como uma possibilidade de prevenção de deficiências na infância dentro da concepção apenas de “elo de ligação”, leva-nos a perceber que o processo de vinculação, nas equipes do estudo, não ocorre de forma linear, atribuindo a estes profissionais toda a responsabilidade em levar a demanda para a unidade de saúde, sem considerar o acolhimento e a responsabilização de toda a equipe perante as necessidades dos usuários, elementos importantes para a real constituição do vínculo entre a comunidade e a ESF.

Embora estudos reconheçam a importância do trabalho dos agentes comunitários de saúde, mais precisamente na atenção à saúde materno-infantil (DUARTE; ANDRADE, 2006) como imprescindível para a prevenção de deficiências na infância, o trabalho das ESF não deve limitar-se apenas à espera de que a demanda chegue às unidades, nem àquelas que os ACS identificam na área (MARQUES; SILVA, 2004), visto que isso não possibilita a criação de vínculo e responsabilização a partir de uma escuta humanizada por toda a equipe.

O vínculo entre profissionais e trabalhadores pressupõe uma escuta humanizada e um acolhimento e que toda a equipe se solidarize com as demandas dos usuários na busca por projetos terapêuticos coletivos e por resolubilidade nas ações empreendidas (MEHRY, 2006). Para tanto, o acolhimento constitui-se num instrumento que estrutura a relação entre usuário e equipe, caracterizando-se, desta forma, como a capacidade que a equipe tem de solidarizar-se com as necessidades da população, proporcionando, com isso, uma relação humanizada (SILVA JUNIOR, 2006).

Embora tenha sido dada a responsabilidade ao PSF em mudar o modelo médico hegemônico, para que isso se efetive, na prática, faz-se necessário que a produção do cuidado seja centrada no usuário e imbuída de ações de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização (FRANCO; MERHY, 1999; PINHEIRO; GOMES, 2005), aspectos considerados por nós como elementos importantes na realização das ações de atenção à saúde materno-infantil para a prevenção de deficiências na infância.

O PSF foi concebido como uma proposta de reorientação do modelo assistencial, mediante a atenção básica, em substituição ao modelo médico hegemônico. Para isso, foi atribuída à Atenção Básica essa competência com a implementação do PSF em todo o território nacional com uma articulação entre promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2006) imprescindível para a prevenção de deficiências na infância pelo PSF.

Embora haja convergências e complementariedades nos discursos dos profissionais quanto às possibilidades de prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil, no PSF, apenas um dos profissionais participantes do estudo, diverge quanto a esta possibilidade e à própria concepção do PSF e da Atenção Básica à Saúde.

Essas aí, normalmente, são doenças genéticas, que já são desenvolvidas desde a infância. Acho que isso **não deveria** ser o **foco** mesmo da **atenção básica**. Eu acho, nesses casos, que a gente poderia dar uma atenção até no pós-parto, a questão da fisioterapia [...]. Não no intuito de prevenção, mas, no caso de assistência, de reabilitação (Médica A).

A partir do trecho deste discurso, que converge com as observações realizadas do agir desta mesma profissional na atenção à saúde materno-infantil, e já abordado por nós na categoria *O agir das equipes saúde da família na atenção à saúde materno-infantil*, percebemos que tanto o seu discurso quanto o seu agir encontram-se convergentes com o modelo médico-hegemônico e com o modelo biológico da deficiência.

O modelo médico hegemônico tem caráter individual, com ênfase no biologicismo, centrado na produção de procedimentos médicos visando apenas à cura e concebendo a saúde como mera ausência de doença (PAIM, 2003). Essa concepção encontra-se em consonância com a concepção do modelo médico da deficiência que a considera como um problema apenas de caráter individual, associando-a à presença ou ausência de uma lesão (OMS, 2004; DINIZ, 2007).

Assim, a assertiva sobre a impossibilidade de prevenção de deficiências a partir das ações das ESF na atenção à saúde materno-infantil referida pelo profissional, na medida em que converge com os modelos acima, diverge dos pressupostos que orientam o trabalho das

ESF na Atenção Básica, ou seja, a articulação de ações individuais e coletivas, destinadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2006).

Com isso apreendemos que há uma perspectiva fragmentária, e que o seu discurso diverge tanto dos princípios que norteiam o processo de trabalho no PSF quanto os do próprio SUS, ferindo o princípio da integralidade das ações e dos serviços, na medida em que desconsidera a possibilidade de articulação entre prevenção, promoção, tratamento e reabilitação pela Atenção Básica de Saúde.

Convergimos com alguns estudos (ALVES, 2005; FRANCO; MERHY, 1999; NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005; TEIXEIRA, 2003; 2006) quando apontam que, para que de fato haja uma reorientação do modelo hegemônico, são necessárias mudanças no conteúdo da prática destes trabalhadores a partir da atuação das equipes, sendo imprescindível para isto a incorporação do princípio da integralidade.

A integralidade dos serviços e das práticas de saúde constituem-se o principal elemento modificador e transformador do modelo médico hegemônico, através do fortalecimento e implementação da Atenção Básica pelo PSF mediante a realização de ações intersetoriais de promoção da saúde. (TEIXEIRA, 2003; 2006).

5 UMA SÍNTESE DO ESTUDO: O ENCONTRO DE OLHAR, A CONSTRUÇÃO DE UM OBJETO E AS POSSIBILIDADES DE PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIA NA INFÂNCIA

A construção deste estudo sobre a prevenção de deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil, pelo Programa Saúde da Família, constituiu-se num grande e motivador desafio. Primeiramente porque não se tratava de um objeto dado a priori, foi necessário por meio de aproximações e distanciamentos orientados pelo exercício contínuo da reflexão e problematização, construir esse objeto de investigação, e, depois, pela natureza interdisciplinar do mesmo. Durante todo o processo, foi necessário fazer incursões e recortes horizontais nas produções científicas das áreas em estudo e, em alguns momentos, incursões verticais, com aprofundamento na análise de questões mais específicas para que a realidade em estudo pudesse ser compreendida.

Outro desafio enfrentado foi a necessidade de buscarmos na Saúde Coletiva uma referência para o ponto de encontro de nossa diversidade de olhares, proveniente tanto da formação e atuação como Terapeuta Ocupacional atendendo a crianças com deficiências e/ou com atraso no desenvolvimento infantil, quanto pela formação como enfermeira. São olhares advindos de duas áreas disciplinares distintas, que encontram um ponto de interseção e resultam na interação e confluência de pensar a partir dos pressupostos teóricos da saúde Coletiva, referência fundamental para pensar nas possibilidades de prevenção de deficiências na infância, tomando o agir das ESF, dentro do PSF, como objeto de estudo.

Assim, a partir da nossa diversidade de olhares, buscamos analisar e apontar limites/possibilidades das ações desenvolvidas pelas ESF na atenção à saúde materno-infantil (pré-natal e ACD) para a prevenção de deficiências na infância, num momento em que as políticas públicas de saúde reconhecem que 70% dos casos de deficiências poderiam ser evitados e que tem o PSF, como desafio e proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde da população brasileira.

Iniciamos o percurso analisando a categoria apreendida no estudo - **O agir das Equipes Saúde da Família na atenção pré-natal e no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) infantil**, no Distrito Sanitário Cabula/Beiru, em Salvador, para a prevenção de deficiências na infância e, por fim, apontamos o que se configurou em limites e

possibilidades. Um par dialético, separado apenas para efeito de apresentação didática dos achados do estudo.

As ações realizadas pelas ESF no pré - natal iniciam-se com o trabalho dos agentes comunitários de saúde que realizam a captação precoce das gestantes, o que possibilita um acompanhamento sistemático destas, bem como a prevenção e o monitoramento de possíveis agravos a ela e à criança. Dessa forma, o trabalho dos ACS foi considerado como uma das possibilidades de prevenir deficiências na infância, em virtude dos agentes estarem inseridos na comunidade e serem apontados como o “elo de ligação” entre o serviço e a unidade. Contudo, ficou evidenciada uma incoerência dos profissionais ao atribuírem aos ACS essa possibilidade, visto que são considerados como quem leva a demanda para os profissionais, ou, segundo eles mesmos, como o “olho do médico e da enfermeira”.

Assim, essa visão reducionista é considerada por nós um limite para a prevenção de deficiências na infância porque destitui da equipe a corresponsabilização perante as necessidades da população. Contudo, ao analisarmos de forma mais ampliada o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, este poderá configurar-se em possibilidades para a prevenção de deficiências na infância, desde que esteja permeado por um acolhimento humanizado, viabilizando o encaminhamento precoce tanto de gestantes quanto de crianças o que possibilita um controle maior sobre possíveis agravos.

Como controle e monitoramento de possíveis agravos à gestação, foi apontada a realização de exames pré-natais ainda no primeiro trimestre de gestação, mas apreendemos com os discursos e com as nossas observações que há uma demora no recebimento dos resultados, principalmente para as sorologias para as TORCHS, consideradas como principais causas para a ocorrência de deficiências em crianças. Em gestantes acompanhadas pelas equipes, foram apontados, pelos profissionais, casos de toxoplasmose e sífilis que podem acometer lesões no feto e, como consequência, deficiências, que possivelmente, poderiam ser atenuadas com a detecção e tratamento precoce a partir do diagnóstico identificado nos exames. A demora no recebimento dos resultados dos exames pré-natais e a ocorrência de casos de sífilis em gestantes acompanhadas pelas ESF levam-nos à reflexão acerca da efetividade das ações desempenhadas tanto na Atenção Básica quanto na média complexidade em Salvador, pois a ocorrência destes casos são indicadores da qualidade da atenção pré-natal prestada.

Logo, essa demora no recebimento dos resultados e a ocorrência de casos sinalizam para uma falta de organização da rede de serviços no município, contrariando o princípio da integralidade e da hierarquização, pois não há articulação entre atenção básica, média e alta

complexidade mediada pelo sistema de referência e contra referência. As fragilidades nessa rede foram consideradas, unanimemente, pelos profissionais como um dos principais limites para prevenir deficiências, fato com o qual convergimos, visto que não proporciona resolubilidade às necessidades de saúde da população.

No agir das ESF na atenção às gestantes também são realizadas ações de promoção e Educação em Saúde, tanto a nível individual durante as consultas, quanto coletivas por meio das Oficinas com gestantes e Salas de Espera, sendo tais ações consideradas como possibilidades de prevenção de deficiências na infância, pelas equipes. Essas atividades são centrais para a antecipação das demandas e para a prevenção de agravos à gestação e, possivelmente, para a prevenção de deficiência na infância. Contudo, vale ressaltar que as ações de Educação em Saúde não são realizadas por nenhuma das equipes, além das demais ações acontecerem de modo desarticulado.

Esse descompasso entre uma equipe e outra leva-nos à reflexão acerca dos modelos de atenção à saúde, pois em uma as características do modelo médico hegemônico é mais presente que em outra, embora ambas transitem entre este modelo de atenção e o da Vigilância à Saúde. Assim, não basta alterar o modelo prescritivo da atenção em saúde, é preciso haver uma confluência entre o plano normativo ou oficial e o nível do plano real, ou do processo de organização das práticas e cuidados em saúde.

Esta fragmentação do cuidar também se constitui um limite à prevenção de deficiências, uma vez que as ações desarticuladas comprometem o vínculo, a autonomia, a responsabilização e a resolubilidade da atenção.

Então, quando nos propomos a pensar em prevenir deficiência em crianças desde a gestação com a atenção pré-natal dando seguimento no ACD, o decorrer deste estudo levou-nos a analisar a integralidade dos serviços e das ações, reconhecendo com isso tanto a necessidade de articulação entre as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação quanto à incorporação, na prática cotidiana, de acolhimento, vínculo, humanização e responsabilização.

O vínculo entre os profissionais e usuárias foi apontado como o principal elemento para a prevenção de deficiências na infância, contudo esse vínculo pressupõe escuta humanizada do atendimento, corresponsabilidade e autonomia pelos usuários o que, na prática, não ficou claramente observado. Assim, concluímos que, embora haja indícios de que as ESF possuem vínculo com os usuários em virtude deles permanecerem na unidade mesmo após serem encaminhados para outros níveis de complexidade, se analisarmos o vínculo sob a perspectiva da autonomia e corresponsabilidade, percebemos que há fragilidades.

No entanto, embora tenhamos percebido fragilidades no agir destas equipes, identificamos ações que devem ser ressaltadas, pois além de demonstrarem autonomia no seu processo de trabalho, horizontalização dos programas e diretrizes verticais adequando-os às necessidades de saúde da população, representam importantes estratégias para a prevenção de deficiências na infância. Como exemplo, referimos a prescrição do ácido fólico para as gestantes antes da vigésima semana de gestação e o acompanhamento mensal das crianças, pelas enfermeiras, até os dois anos de idade, duas ações estratégicas, uma no pré-natal e a outra no ACD, que são realizadas de forma diferenciada do que está preconizado e que podem tornar-se importantes dispositivos para a prevenção de deficiências na infância.

A prescrição de ácido fólico, faz-se necessária, pois a sua ausência pode provocar alterações na formação do tubo neural da criança e, conseqüentemente, o aparecimento de deficiências. O acompanhamento mensal pela enfermagem possibilita a prevenção de deficiências na infância, na medida em que é possível acompanhar as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor infantil de maneira seqüencial; contudo, a não efetivação desses aspectos, conforme foi constatado, representa também um limite para a prevenção de deficiências, uma vez que não se levam em conta as etapas sequenciais do desenvolvimento infantil, tampouco as respostas sensoriais, cognitivas, motoras, emocionais e sociais da criança aos diversos estímulos que a cercam, além da ausência de orientações às famílias quanto à importância desses estímulos para a promoção do desenvolvimento da criança.

Quando fizemos a opção por analisar as ações desenvolvidas pelas ESF no pré-natal e ACD para a prevenção de deficiências na infância, foi refletindo sobre o seguimento da atenção a partir do vínculo com a comunidade, o acompanhamento focado na família, além das ações de promoção e educação em saúde e prevenção de agravos desde a gestação. Assim, o seguimento da atenção no ACD possibilitaria a identificação das crianças acompanhadas desde o pré-natal, consideradas de risco por apresentar alguma alteração no seu desenvolvimento infantil, podendo detectar-se alguma deficiência ou agravamento da alteração.

No ACD, após o nascimento da criança, a visita puerperal, conforme preconizado, é importante para a prevenção de deficiências na infância, visto que possibilita a identificação dos RN de risco e, assim, o encaminhamento para avaliação e tratamento se necessário. No entanto, este não vem sendo desenvolvido de forma efetiva pelas ESF estudadas. As equipes justificam a ausência dessa ação devido à sua forma de contratação e vínculo trabalhista e o contexto de violência em que convivem os profissionais nas comunidades, em virtude das unidades estarem inseridas em comunidades pobres, com vários conflitos sociais, entre eles o

tráfico de drogas. O contexto sócio-econômico das famílias também aparece como um dos limites para a prevenção de deficiências devido às carências alimentares, afetivas, dificuldades econômicas, além do convívio com a violência, o consumo e o tráfico de drogas nas áreas residentes.

No entanto, fora os programas e diretrizes preconizados e destinados à saúde da mulher e da criança, não são desenvolvidos pelas equipes projetos e ações para atender os problemas de ordem sócio-econômica, reconhecidos também como necessidade de saúde da população levando-se em conta as suas características sociais e culturais.

Ressaltamos, então, a necessidade da promoção de ações intersetoriais para a prevenção de deficiências na infância, no tocante à saúde materno-infantil, em virtude de mães e crianças representarem um terço da população, sendo que agravos a estas repercutem em toda a sociedade. Existe também necessidade de ultrapassar os limites das ações realizadas pelo setor saúde para dar resolubilidade na atenção, precisando, para isto, de articulação política entre saúde, educação, trabalho, emprego, habitação, cultura, segurança e alimentação.

A análise das ações desenvolvidas pelas Equipes Saúde da Família na atenção à saúde materno – infantil como possibilidade para a prevenção de deficiências na infância conduziu-nos à reflexão acerca da sua efetividade enquanto real modelo de reorientação à saúde, na medida em que este ocorre num espaço de atuação de forças de ordem prática, política, econômica, social ou simbólica e que ora se aproximam, ora se confrontam.

Assim, os resultados deste estudo nos mostram importantes contradições a partir do agir dos profissionais na atenção à saúde materno – infantil para a prevenção de deficiências na infância, pois, embora os profissionais das Equipes Saúde da Família realizem algumas ações dentro da proposta do município, o da Vigilância à Saúde com ações territorializadas e de promoção à saúde e prevenção a agravos, ainda percebemos heranças do modelo médico hegemônico como o atendimento a grupos prioritários em consonância com as Ações Programáticas, a realização de ações na lógica da queixa conduta, além de ausência de articulação entre os profissionais de uma das equipes e os níveis de complexidade do sistema de saúde comprometendo, desta forma, a integralidade.

Logo, ao analisarmos o agir das Equipes Saúde da Família no pré-natal e ACD, bem como os limites e as possibilidades para a prevenção de deficiências na infância, concluímos que a integralidade constitui-se o maior desafio para que, de fato, as deficiências na infância possam ser prevenidas, pois “quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das

políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61).

Diante dessa perspectiva, é imprescindível que o agir cotidiano das Equipes Saúde da Família, para que previna deficiências na infância a partir da atenção à saúde materno-infantil, seja permeado por uma reflexão crítica do papel que elas ocupam neste lócus, como ressalta Scott (2006) impregnado de representações sociais e em particular na vida cotidiana destas famílias, para que a partir disto, privilegie-se o seu cuidar através do acolhimento humanizado, do vínculo constituído e da responsabilização, tendo em vista a resolubilidade e a integralidade das ações.

Por se tratar de um estudo de mestrado e dada à complexidade do tema, não pretendemos, aqui finalizar esta discussão, visto que o delineamento do nosso objeto de estudo nos revela a necessidade do desdobramento em outros estudos, o que nos instiga a aprofundar ainda mais esta temática.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. S. C; CARDOSO, M. V. L. M. L.; LUCIO, I. M. L. Teste do reflexo vermelho: forma de prevenção à cegueira na infância. **Rev. Bras de Enferm**, Brasília, DF, v. 60, n. 5, p. 541-545, set.-out. 2007.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n.16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- AMORIM, M. M. R. et al. Impacto das malformações congênitas na mortalidade perinatal e neonatal em uma maternidade - escola do Recife. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, (Supl. 1), p. 19-25, maio, 2006.
- ASSIS, M. M. A. O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais. **Saúde em Debate**. v. 27, n. 65, p. 324-335, 2003.
- BAHIA. Diretoria de Informação em Saúde. **População Residente Bahia, Salvador, 2009**. Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/populacao/popresid.def>> Acesso em: 10 de dez de 2009.
- BARBOSA, N. B. **Estudo de um caso de implantação de projeto de redução da mortalidade infantil e seu papel**. 2000. Dissertação (Mestrado em Medicina Social)-Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edição Revista e Atualizada. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009.
- BARRETO, M. L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 329-338, 2004.
- BEE, H. **O ciclo vital**. Trad. Regina Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BERGAMASCO, R. B.; GUALDA, D. M. R.; OKAZAKI, E. L. F. J. A construção de indicadores e elaboração de instrumentos de avaliação da assistência à gestante. In: CIACIANRULLO, T. I. ; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Uma nova estratégia em foco: o programa saúde da família: identificando as suas características no cenário do SUS**. São Paulo: Ícone, 2005.

BOBATH, K. **Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral**. 2. ed. São Paulo: Manole, 1984.

BRANDÃO, J. S. **Desenvolvimento psicomotor da mão**. São Paulo: Atheneu, 1989.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. **Programa Nacional de Acessibilidade** : ações, produtos e metas para 2004. Disponível em:
<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/apoio_2004/programa_acessibilidade_ppd.htm >. Acesso em: 15 fev. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Disponível em:
<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1061>. Acesso em: 13 jun. 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher**. Brasília,DF, 2008a.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp>. Acesso em: 3 set. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o sistema Único de Saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed., Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2ª Ed. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília, 2007c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica. **Saúde da família e a atenção pré – natal e puerperal**. Ano 7, jul – ago, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré – natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

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, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2004/GM/GM-273.htm>>. Acesso: 05 de junho de 2009. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS.** Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI : Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação – introdução – módulo I.** Ministério da Saúde, Organização Mundial de Saúde, Organização Pan – Americana de Saúde. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família.** Brasília,DF, 2001a.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente: Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, Lei 8.242 de 12 de outubro de 1991.** 3. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da assistência à Saúde: NOAS – SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196 de 10 de out. de 1996.** Dispõe sobre as diretrizes e normas para pesquisas com seres humanos. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/coelho/reol96/FES196.96.htm>> Acesso em: 25 mar 2007.

BRASIL. **Lei nº 7853 de 24/10/1989.** Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. Diário Oficial da União, 1989. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/Web_comissoes/cieh/doc/lei_7853_89.pdf>. Acesso em: 24 fev 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. **Relatório da Reunião Técnico-científica sobre Normatização da Assistência Integral a Criança e ao Adolescente.** Brasília,DF, 1982.

BRIENZA, A. M. O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde no município de Ribeirão Preto, 2005. Tese (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) USP – Departamento de Enfermagem Materno- Infantil e Saúde Pública. 2005.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic. Saúde, Educ.**, v. 9, n.16, p. 16-77, set. 2004/fev. 2005.

CECÍLIO, L.C. Modelos tecno: assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul.-set. 1997.

CIAMPONE, M. H. T; JULIANI, C.M.C.M. Organização do sistema e referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, 1999.

COELHO, M. **Avaliação neurológica infantil nas ações primárias de saúde**. São Paulo: Atheneu, 1999.

COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA - CORDE. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Niterói: Ministério da Justiça/ CORDE/ AFR, 2004.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DELLA BARBA, P. C. de S. **Avaliação da grade curricular e conhecimentos de residentes em pediatria sobre vigilância do desenvolvimento**. 2007. Tese (Doutorado em Educação Especial)- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2007.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Rev. Enfermagem**, Esc. Anna Nery, v. 10, n. 1, p. 121-5, abr.2006.

ENUMO, S. R. F. **Prevenção de deficiência mental: uma proposta metodológica para identificação e análise de ações preventivas**. 1993. Tese (Doutorado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

ENUMO, S. R. F., TRINDADE, Z. A. Ações de prevenção da deficiência mental, dirigidas a gestantes e recém - nascidos, no âmbito da saúde pública da grande Vitória – ES. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 107-32, 2002.

ENUMO, S. R. F; CUNHA, A. C. B. da; CANAL, C. P. P. Concepções de mães sobre desenvolvimento infantil e desempenho cognitivo de filhos com deficiência visual, em situação de avaliação assistida e tradicional. **Revista da FAEEBA: Educação e Contemporaneidade**. Universidade do Estado da Bahia, Salvador, v. 1, n. 1, p. 223-238, jan. – jun. 1992.

FIGUEIRAS, A. C. M. et al. Avaliação das Práticas e Conhecimentos de Profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre Vigilância do desenvolvimento infantil. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 19 , n. 6 , p 1691-1699. nov. – dez. 2003.

FIGUEIRAS, A. C. et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto das AIDPI (2005)**. Disponível em: <<http://paho.org/spanish/ad/fch/ca/si.desenvolvimento.pdf>>. Acesso em: 28 mar 2007.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 1691-1699, 2003.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FRANCO, T.; MERHY, E. **PSF: contradições e novos desafios**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1999, Belo Horizonte. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/Psf.Texto.htm>> Acesso em: 24 maio 2008.

GIL, M. Deficiências (2004). In: **Rede Saci**. Disponível em: <<http://www.saci.org.br/index>>. Acesso em: 11 nov. 2008.

GIOVANELLA, L. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.14, n. 3, p. 783-794, 2009.

HERZLICH, C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 383-394, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.saude.salvador.ba.gov.br-cab_beiru>. Acesso em: 20 set. 2008.

INHAIA, C. L. dos S. **Atenção primária à saúde da mulher no Programa de Saúde da Família do município de Campinas**. 2005. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia). Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2005.

LANCILLOTTI, S. S. P. **Deficiência e trabalho**: redimensionando o singular no contexto universal. Campinas, SP: Autores Associados, 2003.

LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: MacGraw-Hill, 1976.

LUZ, M. T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 2, n. 5, p. 293-312, 2000.

MAGALHÃES, P. J. C. et al. **Divulgação e Treinamento do Teste do Reflexo Vermelho em recém-nascidos como estratégia política em defesa da saúde ocular infantil no Ceará**. Brasília DF: Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia, 2009. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/premio2009/pedro_magalhaes.pdf>. Acesso: 05 jun. 2009.

MARGONATO, F. B.; et al. Toxoplasmose na gestação: diagnóstico, tratamento e importância de protocolo clínico. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 381-386, out. - dez. 2007.

MARIA – MENGEL, M. R. S; LINHARES, M. B. M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n. 15, p. 837- 842. set. – out. 2007.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 545-550, set.-out. 2004.

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

MENDES, E. V. **Distrito sanitário**: o processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta de entrada para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L.C. de O.; MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. de S. **Inventando a mudança na saúde**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, 2005.

MERHY, E. E.; BUENO, W. S. **Os equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Disponível em:
<<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/temasII.htm>> Acesso: 5 mar. 2008.

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

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed., São Paulo: Hucitec, 1999.

MOLINARI, J. S. de O., SILVA, M. de F. M. C; CREPALDI, M. A. A saúde e o desenvolvimento da criança: a família, os fatores de risco e as ações na atenção básica.

Revista Psicologia Argumento, Curitiba, v. 23, n. 43, p. 17-26, 2005.

MONTEIRO, A.; COIMBRA, C.; MENDONÇA FILHO, M. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? **Psicologia e Sociedade**. v. 18, n. 2, p. 7-12, 2006.

MORAES, A. M. S. M. ; MAGNA, L. A.; MARQUES – DE – FARIA, A. P. Prevenção da deficiência mental: conhecimento e percepção dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 685 – 690, mar, 2006.

MOSER, A. **Bioética**: do consenso ao bom senso. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MUSSEN, P. H. et al. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 3. Ed., Trad. Maria Lucia G. Leite Rosa.. São Paulo: Harbra, 1995.

NASCIMENTO, M. S; NASCIMENTO, M.A.A. do. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus ações programáticas em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333 – 345, 2005.

NERI, M. et al. **Retratos da Deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV/ IBRE, CPS, 2003.

NÓBREGA, M. F. B. et al. Formação do enfermeiro para detecção precoce de desvios psicomotores em lactentes: Fortaleza, estado do Ceará, Brasil. **Rev. de Maringá**, Maringá, v. 25, n. 2, p. 183-190, 2003.

OLIVEIRA, J. D. B. **Concepções de deficiência**: um estudo das representações sociais de professores de Educação Física do ensino superior. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação)– Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Trad. Amélia Leitão. Lisboa, 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 17 nov 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN – AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **AIDPI para o ensino médico**. Manual de Apoio. Disponível em: <

<http://www.opas.org.br/aidpi/home/manual/cap1m.pdf> >. Acesso em: 29 Jan 2009.

PACHECO, S. S. et al. Prevalência dos defeitos de fechamento do tubo neural em recém-nascidos do Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP: 2000 – 2004. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, (Supl. 1), p. 35-42, maio, 2006.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. Modelo de atenção e vigilância da saúde. In: ROQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Médice, 2003.

PINHEIRO, R.; GOMES, M.C.P.A. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p. 287 – 301, mar/ago, 2005.

PRADO, S. R. L.; FUJIMORI, E. Avaliação da assistência prestada à criança: o processo de construção de instrumentos para a coleta de dados. In: CIACIANRULLO, T. I; SILVA, G. T. R.; CUNHA, I. C. K. O. **Uma nova estratégia em foco: o programa saúde da família: identificando as suas características no cenário do SUS**. São Paulo: Ícone, 2005.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, 2005.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Plano Municipal de Saúde de Salvador 2006 a 2009**. Disponível em: < www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pms-salvador_2006-2009.pdf >. Acesso em: 15 set., 2008a.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Distribuição Geográfica dos Distritos Sanitários de Salvador**. Disponível em: < www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pms-salvador_2006-2009.pdf >. Acesso em: 16 set., 2008b.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). **Proporção da população cadastrada pela Estratégia de Saúde da Família, por Distrito Sanitário, no município de Salvador, no ano de 2008**. Salvador: Secretaria Municipal de Salvador, 2008c.

SALVADOR. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Assessoria Técnica. **Relatório de Gestão**. Salvador, 2004. Disponível em: <<http://192.168.122.15>>. Acesso em: 10 maio 2007.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiana das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília, DF: UNFPA, 2005.

SCHÜLER – FACCINI, L. et al. Avaliação de teratógenos na população brasileira. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 1, p. 65–71, 2002.

SCOTT, P. Gerações, comunidades e o Programa Saúde da Família: reprodução, disciplina e a simplificação administrativa. In: BARROS, Myriam Lins de (Org.). **Família e gerações**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

SERVO, M. L. S. **Supervisão em enfermagem: o (re) velado de uma praxis**. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana, 2001.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos técnicos assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA, L. P. A.; QUEIROS, F.; LIMA, I. Fatores etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes de um Centro de Referência APADA em Salvador – BA. **Rev. Bras. De Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 1, p. 33-36, jan. - fev. 2006.

SOUZA, C.; MOLESINI, J. A. O.; OLIVEIRA, J. D. B. Vigilância do Desenvolvimento Neuropsicomotor Infantil na Estratégia Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **III Concurso Nacional de Experiência em Saúde da Família: trabalhos premiados/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

SOUZA, C.; SERVO, M. L.S; OLIVEIRA, J. D. B.; MOLESINI, J. A. O. Education, Health and Handicap-Occurrence Prevention at the Family Health Program In: CONGRESSO INTERNACIONAL FAMÍLIA, ESCOLA E SOCIEDADE, 2009, Porto-Portugal.

STELLA, J. H. **Rastreamento pré – natal para toxoplasmose na Rede Básica de Saúde em Campinas: prevalência dos diferentes perfis sorológicos e comparação da rotina vigente com uma nova proposta**. 2004. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia)- . Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 2004. Disponível em: <<http://biblioteca.universia.net>>. Acesso em: 20 jan 2009.

TAMBELLINI, A. T; CAMARA, V. M. A temática saúde e ambiente no processo de desenvolvimento do campo da saúde coletiva: aspectos históricos, conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 47-59, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 257-277, set. - dez. 2003.

TIENSOLI, L. O. et al. Triagem auditiva em hospital público de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: deficiência auditiva e seus fatores de risco em neonatos e lactentes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1431– 1441, jun. 2007.

TRAD, L. A. B., ESPERIDIÃO, M. A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface – Comunic. , Saúde, Educ.**, v.13, supl. 1, p. 557-70, 2009.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIANA, A. L. D' Á; DAL POZ, M. R. A reforma de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15,(Suplemento), p. 225–264, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE - A

Universidade Estadual de Feira de Santana
 Departamento de Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Entrevista:

Data: / / 2009

Início: Término:

Código do entrevistado:

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA - ESF

1. Caracterização do(a) entrevistado(a):

Idade: _____ Sexo: () F () M

Formação: _____ Função / Cargo: _____

Tempo de experiência profissional: _____ Tempo de atuação no PSF: _____

Titulação: _____

2. Quais e como são desenvolvidas as ações no Pré-natal e no ACD?

1. Entendimento sobre as atividades no Pré-natal e ACD para a prevenção de deficiências na infância.

2. Sobre a atenção no Pré-natal e ACD aponte os limites/dificuldades e as possibilidades/facilidades para a prevenção de deficiências na infância .

APÊNDICE -B

Universidade Estadual de Feira de Santana
 Departamento de Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Entrevista:

Data: / / 2009

Início: Término:

Código do entrevistado:

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI - ESTRUTURADA –
 USUÁRIOS**

1. Caracterização dos sujeitos do estudo:

Idade:

Escolaridade:

Ocupação:

Tempo de residência na área:

Tempo que frequenta a USF:

2. Quais foram as ações desenvolvidas no pré-natal/ ACD? Você sabe para que serve?

3. Quais foram as orientações/informações/encaminhamentos que você recebeu da equipe Saúde da Família durante o Pré-natal/ACD?

4. Conhecimentos sobre os cuidados à mãe e ao neném para evitar que a criança tenha no futuro algum problema mental, para falar/escutar, enxergar, andar, sentar, brincar...

APÊNDICE - C



Universidade Estadual de Feira de Santana
 Departamento de Saúde
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Observação n°:

Data: / / 2009

Início: Término:

Código do observado:

Ação/serviço observado:

Categoria profissional do observado:

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO

1. Ações/ atividades desenvolvidas pela ESF na prevenção de deficiência na infância:

- Pré-natal
- ACD

2. Interrelação ESF – usuário:

- Admissão/ recepção/ acomodação/ tempo de espera na recepção.
- Critério utilizado para o atendimento (demanda espontânea/ agendamento).
- Direcionamento e critérios dado pela recepção ao atendimento (Pré – natal/ ACD).
- Admissão do usuário na sala de atendimento.
- Motivo que levou o usuário a procurar o serviço.
- Recepção/ escuta do usuário pelo profissional.
- Ações realizadas e de que forma são realizadas.
- Orientações/ encaminhamentos dados pelo profissional.

APÊNDICE - D

Universidade Estadual de Feira de Santana

Departamento de Saúde

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Universidade Estadual de Feira de Santana, através da pesquisadora responsável, prof. Dr^a Maria Lucia S. Servo (professora) e da pesquisadora colaboradora Carina Pimentel Souza (aluna), do Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva nível Mestrado vem convidar-lhe a participar da pesquisa *Atenção à saúde materno – infantil no Programa Saúde da Família: limites e possibilidades para a prevenção de deficiências na infância* que tem por objetivos analisar e apontar limites/dificuldades/possibilidades/facilidades das ações, desenvolvidas no Pré-natal e no ACD pela Equipe de Saúde da Família, para a prevenção de deficiências na infância. Esta pesquisa poderá contribuir com a melhoria da qualidade das ações, da atenção básica, que possibilitam prevenir deficiência na infância, reduzindo com isto os custos sociais e financeiros para esta população, bem como para gestores e serviços de saúde. Esta pesquisa possui fins acadêmicos e não trará qualquer gasto financeiro para aqueles que aceitarem participar da mesma, sendo lhes garantido que a sua identidade não será revelada nem as informações que você dará. Também será respeitado a sua integridade física, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Para coletar os dados será necessária a observação do trabalho desenvolvido pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família e a entrevista com a Equipe Saúde da Família e os pacientes. Caso aceite participar da pesquisa a sua entrevista será gravada num horário conveniente para você, sendo que a sua identidade não será revelada e você poderá solicitar para ouvir a fita, retirar e/ou acrescentar qualquer informação. As observações serão registradas num caderno de anotações, sendo que o observado poderá solicitar para ler as anotações. As informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos como congressos, seminários, simpósios, periódicos, revistas científicas, livros e artigos e ficará guardada por um período de cinco anos, sendo destruída após isto. Os possíveis riscos desta pesquisa são as dificuldades de relação entre a pesquisadora e os participantes, além do desconforto em virtude do aparecimento de possíveis conflitos de opiniões ou mesmo pela sensação de está sendo fiscalizado. Contudo, você poderá desistir de participar da pesquisa em qualquer fase, com eliminação das informações dadas sem que seja submetido a qualquer penalização. Caso as pesquisadoras percebam algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, esta será suspensa imediatamente. Em caso de dúvidas e esclarecimentos, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras através do telefone (75) 3224-8116 no Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) do Centro de Pós – Graduação em Saúde Coletiva da UEFS – Módulo VI – Km 3, BR 116, Campus Universitário em Feira de Santana – BA. Após ter sido informado (a) sobre os objetivos desta pesquisa e aceitar participar por livre vontade você deverá assinar juntamente conosco este termo, em duas vias, ficando com uma das cópias.

Salvador, de de 2009.

Assinatura do entrevistado (a): _____

Prof. Dra. Maria Lucia S. Servo
pesquisadora responsável

Carina Pimentel Souza
pesquisadora colaboradora

ANEXOS

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)