

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

**A PUERICULTURA COMO
ESTRATÉGIA DO CUIDADO: UM
ESTUDO DE CASO**

Niterói
Dezembro 2008

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Alex Simões de Mello

**A PUERICULTURA COMO ESTRATÉGIA DO
CUIDADO: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente / UFF, para obtenção do grau de mestre.

Área de concentração: Saúde Integrada da Criança e do Adolescente.

Linha de Pesquisa: Estratégias de Enfermagem na promoção da saúde da criança e do adolescente.

Orientadora: Dra. Marilda Andrade

Niterói
Dezembro 2008

M 527 Mello, Alex Simões de

A Puericultura como Estratégia do Cuidado: um estudo de caso / Alex Simões de Mello. -- Niterói: [s.n.], 2008.

89 f., 30cm.

Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Federal Fluminense, 2008.

1. Cuidado da Criança. 2. Criança - crescimento e desenvolvimento. 3. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDD: 613.0432

Alex Simões de Mello

A PUERICULTURA COMO ESTRATÉGIA DO CUIDADO: UM ESTUDO DE CASO

Dissertação submetida ao Curso de Mestrado em
Saúde da Criança e do Adolescente / UFF, para
obtenção do grau de mestre.
Orientadora: Dra. Marilda Andrade

Aprovada em 09/ 12/ 2008.

Banca Examinadora

Dr. Jairo Werner Junior

FM/ UFF

Dra. Ana Lúcia Abrahão

EAAAC/ UFF

Dra. Elyne Montenegro Engstrom

ENSP/ FIOCRUZ

Dedicatória

Dedico este trabalho a aqueles que me deram a razão de ser, ao meu pai, que junto de Deus torce pelo meu sucesso, e a minha mãe, que junto de mim me ajuda a lutar.

A todos aquelas que fazem da minha vida um eterno aprendizado, dia-a-dia. E que sem elas não teria a razão deste tão dedicado estudo, as crianças de Manguinhos, as que por mim passaram e as que virão.

A Deus pela minha humilde existência, determinação a causa dos pobres e sabedoria rumo ao sucesso. Ao meu Santo Antônio e Nossa Senhora dos Anjos que intercedem pela minha segurança e proteção, junto a meu povo.

Agradecimento

Agradeço a Deus pela força, dedicação e empenho que pude dar a esta etapa tão importante da minha vida, mesmo com inúmeras dificuldades, Ele sempre esteve a minha frente.

A amiga Marilda Andrade que mais uma vez provou sua cumplicidade, sapiência e humildade em dividir comigo um pouco de sua experiência e paciência. A você tão cheia de luz fico imensamente agradecido por mais uma etapa vencida.

A minha família tão amada, minha mãe Selma e meus irmãos Alessandro e Ernane, a minha força vem de vocês, tudo que tenho foram vocês que permitiram. Está aí mais um passo... a caminhada foi árdua, mas vocês me ampararam e eu cresci. Muito obrigado!

Aos meus tios Zé e Sônia pela credibilidade e apoio. A torcida de vocês tem cumprido papel importante em minha trajetória. A minha cunhada/ amiga Aline e meus padrinhos que me aturaram rabugento e ansioso nesta fase e que souberam respeitar e dar valor ao meu esforço.

A Michele, também cunhada/ amiga pelo compartilhar de idéias e auxílio valoroso no último suspiro deste trabalho, obrigado pela imensa ajuda. Deus te dê em dobro!

Ao meu grande companheiro Vitor que esteve presente em todas as fases desta conquista, desde a concepção a conclusão. Lutou comigo nas dificuldades e soube como ninguém o que passei para dar conta deste tão sonhado progresso. A você todo o meu respeito e carinho.

A minha irmã/amiga Isabella que muito contribui na minha vida. E como será agora que caminhamos por lugares diferentes? Ah! Lembrei que mesmo na distância a nossa amizade cresce... são como os balões de gás, precisam voar, mas não deixemos de segurar os cordões!

A direção do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, nas pessoas da Else, Elyne e Inês, que sempre me deram força na busca deste objetivo, e permitiram que este tão sacrificante momento fosse à frente.

Aos colegas de trabalho do centro de Saúde pelo apoio nesta minha empreitada, especialmente a aqueles que contribuíram diretamente com este estudo. Obrigado a todos do arquivo/ SEDIS em nome da Creuza, que permitiram o *trânsito* de informações e o meu crescimento.

A minha equipe de trabalho do Parque Carlos Chagas pela tolerância e credibilidade em aceitar que tudo daria certo e que um dia teria fim, para *todo este estresse!* O meu obrigado a Vera, Mellina, Luiz, Maria José, Luciana, Sandra, Renata, Analaura e Fernanda. Acabou galera!

A Flávia, pelo empenho e dedicação, mesmo sem nenhum propósito e imensa falta de tempo, dividiu comigo a sua calma e o seu saber, e me deu a chance de achar que nem tudo está perdido.

A amiga e inspiradora Emília, pelos bons ensinamentos que dividistes comigo e com tantos colegas na busca incessante de qualificar a vida das nossas amadas crianças de Manguinhos. Parabéns pelo seu trabalho, e obrigado por dividi-lo comigo!

A coordenação do curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente/ UFF, nas pessoas do Prof. Adalto e Profa. Gesmar, pela gentileza com que me trataram em todo o período. A Adilza, secretária do curso, que sempre sorridente me recebeu e me ajudou em momentos de dificuldade acadêmica.

Ao professor Licínio, que com seu saber matemático me ofertou auxílio nos momentos de dúvidas.

A banca composta pelo Dr. Jairo, Dra. Elyne e Dra. Ana Lúcia, a minha gratidão em ter aceitado ao convite para comigo partilhar deste momento importante e pela dedicação a leitura deste trabalho.

Há um menino
Há um moleque
Morando sempre no meu coração
Toda vez que o adulto balança
Ele vem pra me dar a mão

Há um passado no meu presente
Um sol bem quente lá no meu quintal
Toda vez que a bruxa me assombra
O menino me dá a mão

E me fala de coisas bonitas
Que eu acredito
Que não deixarão de existir
Amizade, palavra, respeito
Caráter, bondade alegria e amor
Pois não posso
Não devo
Não quero
Viver como toda essa gente
Insiste em viver
E não posso aceitar sossegado
Qualquer sacanagem ser coisa normal

Bola de meia, bola de gude
O solidário não quer solidão
Toda vez que a tristeza me alcança
O menino me dá a mão
Há um menino
Há um moleque
Morando sempre no meu coração
Toda vez que o adulto fraqueja
Ele vem pra me dar a mão.

Milton Nascimento

RESUMO

A trajetória da criança na história da humanidade é demarcada por territórios de luta por sobrevivência no mundo adulto, que por muito tempo a manteve sob uma invisibilidade social. Atualmente, a puericultura tem como objetivo se estabelecer como espaço do cuidado integral à saúde da criança, o que é fortalecido no contexto das políticas públicas com a consolidação do Programa Saúde da Família. A partir deste contexto, buscamos com este estudo, descrever a puericultura das crianças de 0 a 24 meses atendidas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – ENSP/ FIOCRUZ na perspectiva do cuidado, no período de junho de 2002 a junho de 2007. Trata-se de um estudo de caso de abordagem descritiva, no qual foram explorados os dados de 343 prontuários, eleitos por amostragem probabilística simples. Além disso, 8 profissionais envolvidos com o serviço de puericultura foram entrevistados e, através do sistema Gerenciador de Informações Locais (GIL), foram buscados dados de relevância ao contexto das crianças. Esse Centro de Saúde fica localizado no bairro de Manguinhos - RJ e tem como adscrição uma clientela moradora de um complexo de favelas, cujo contexto é de extrema pobreza, violência e precariedade. São oferecidos serviços de assistência, ensino e pesquisa na área de atenção básica, porém, sua atuação tem um formato híbrido, pois trabalha com equipes de Saúde da Família, clínica básica e especialidades. Os resultados apontam uma representatividade de 15 comunidades das 18 que compõe o complexo de Manguinhos. A maior parte dos atendimentos foi feita pelo PSF (29,1%), a média de consultas por crianças chegou a 5,8. E o profissional, isoladamente, que mais atendeu no período do estudo, foi o pediatra, com 44,3% das consultas. Quanto ao adoecimento, 34,3% foram referentes a problemas respiratórios e 30,1% aos problemas de pele. Das medidas antropométricas, o peso esteve com maior quantidade de registros (91%), e a condição de desenvolvimento normal foi encontrado em 46,6% dos atendimentos, porém, houve 38,7% de ausência no registro desta condição. O aleitamento materno exclusivo esteve registrado em 55,4% das consultas até 4 meses, e a ausência desta informação chegou a 23,3% nos menores de 6 meses. Os dados referentes a condição vacinal mostraram que até os 6 meses de vida, faixa de maior percentual, encontramos 75,8% de registro no prontuário. Ao que se refere as entrevistas, 72,7% entendem a puericultura como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, 45,4% acham que este serviço pode ser feito por todo profissional de saúde e 16,7% acham necessário para a boa puericultura, ter conhecimento técnico, vínculo com a família e estrutura física adequada. Dos entrevistados, 33,3% consideram a família como parceira na elaboração do plano de cuidado e 75% utilizam protocolos no atendimento a criança. Concluímos que, a puericultura como proposta de ação integral, na condição de vulnerabilidade em que se encontram as crianças de Manguinhos, o desafio é crescente e a resolutividade ameaçada. A falta de registro para importantes indicadores de saúde infantil dificultou uma melhor descrição do serviço, prejudicando algumas condições de impacto na qualidade da assistência.

Palavras-chave: Cuidado da criança; Criança - crescimento e desenvolvimento; Atenção primária à saúde

ABSTRACT

The child trajectory in the humankind history is demarcated by territories of fights for surviving in the adults' world, which has kept him/her under a social invisibility for a long time. Nowadays, the objective of childcare is to establish itself as a whole care to the child space, which is strengthened in the context of the public policies with the consolidation of the Family Health Service (FHS). Based on this context, we have tried to describe the childcare from 0 to 24 month-year-old-children who were attended at Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – ENSP /Fiocruz, in the care perspective, from June 2002 up to June 2007. This case study of descriptive approach has studied the data from 343 files that were chosen by simple probabilistic selection. Besides, 8 professionals who deal with the childcare service were interviewed, and using the GIL system, we have found some relevant information about children context. The Health Center is located in Manguinhos neighborhood in RJ and it has a well-defined population who live in a complex of slums whose context is extreme poverty, violence and precariousness. Service assistances, education and research in primary healthcare area are offered to the population, but its performance has a hybrid model because it deals with Health Family teams, basic clinic and specialties. The results indicate a representative number of 15 from 18 communities that constitute Manguinhos complex. Most of medical cares were done by the Family Health Service (29,1%). The average of consultations for each child reached 5.8% and the pediatrician was the professional who tended to more children (43%). Referring to illnesses, 34,4% were related to respiratory problems and 30,1% to skin problems. About anthropometric measures, weighting was the biggest quantity in the files (91%), and the normal development condition was found in 46,6% of the consultations, but 38,7% did not register this condition. Breastfeeding was registered in 55,4% of 4 month- year- old-children and its lack was 23,3% in those who were under 6 months years old. The data related to vaccine conditions showed that up to 6 months years old, the highest percentage age, we have found 75,8% of register in the file. About the interviews, 72,7% understand childcare as a child growth and development monitoring, 45,4% think that this service can be done by any health professional , and 16,7% think that it is necessary to have technical knowledge, a good relationship with the family and an appropriate physical structure if you want a good childcare. Considering the interviewed people, 33,3% agree that family is essential to prepare the care plan and 75% use registration in the child consultation. We have concluded that the childcare, as a total action proposal in the vulnerable condition in which children of Manguinhos live, is a big challenge and it has a threatened solution. The lack of register of important child health indicators did not permit a good description of the service, what has affected some impact conditions in the quality of the assistance.

Key words: Childcare; Child - growth and development; Primary healthcare.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil das crianças atendidas no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ, segundo sexo e comunidade em que vivem no período de junho 2002 a junho 2007.	42
Tabela 2	Perfil etário para abertura dos prontuários das crianças de 0 a 24 meses do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ, no período de junho 2002 a junho 2007.	43
Tabela 3	Distribuição dos atendimentos à criança de 0 a 24 meses do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ segundo a condução do acompanhamento no período de junho 2002 a junho 2007..	43
Tabela 4	Distribuição de crianças em grupos etários por consultas realizadas no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.	44
Tabela 5	Distribuição de atendimento por grupo etário, segundo a forma, o motivo e o profissional envolvido na assistência de crianças de 0 a 24 meses no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.	45
Tabela 6	Frequência de morbidades e outros agravos na assistência às crianças da puericultura no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.	46
Tabela 7	Perfil dos desfechos nas consultas realizadas as crianças da puericultura do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.	46
Tabela 8	Presença de registros de peso, estatura, perímetro cefálico e desenvolvimento nas consultas por grupo etário às crianças do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.	47
Tabela 9	Distribuição de registros da condição de nascimento em consultas válidas as crianças do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.	48
Tabela 10	Frequência do registro de qualidade do aleitamento materno em consultas válidas em dois grupos etários no período de junho 2002 a junho 2007, no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ.	48

Tabela 11	Frequência do registro de ações preventivas por grupo etário as crianças do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.	49
Tabela 12	Distribuição do registro vacinal, segundo atendimento realizados as crianças da puericultura do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007, por grupo etário.	49
Tabela 13	Frequência de elogios, plano de cuidado e incentivos ao cuidador expressos nos registros das crianças da puericultura do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.	50
Tabela 14	Distribuição das crianças que receberam convites para grupos educativos e participação nos grupos de puericultura do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.	50
Tabela 15	Perfil dos profissionais entrevistados, segundo a abrangência do atendimento, a categoria profissional e o tempo de atuação no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ.	51
Tabela 16	Opinião dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre o que é puericultura, quem a realiza e seu espaço de atuação.	52
Tabela 17	Opinião dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre os elementos necessários a realização de uma boa puericultura e a utilização destes recursos na prática diária.	53
Tabela 18	Opinião dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre a ausência de elementos que compromete a realização de uma boa puericultura.	53
Tabela 19	Opinião dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre o papel da família na puericultura.	53
Tabela 20	Concepção dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre o cuidado.	54
Tabela 21	Percepção dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre as considerações para a elaboração do plano de cuidado.	54
Tabela 22	A utilização de protocolos pelos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ na realização da puericultura.	55

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.	9
Quadro 2	Relação das Comunidades de Manguinhos.	28
Quadro 3	Relação das comunidades de Manguinhos e o acompanhamento pelo PSF por ano de implantação.	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Porcentagem de pobre (renda familiar inferior a ½ salário mínimo) por idade.	11
Figura 2	Calendário mínimo de consultas para assistência à criança.	21

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Número cumulativo de prontuários novos de crianças até 12 anos, por ano a partir de 01 junho de 2001.	39
Gráfico 2	Número cumulativo de prontuários novos de crianças até 2 anos, por ano a partir de 01 junho de 2001.	40

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AU	Área Urbana
CAH	Comunidade Agrícola de Higienópolis
CDI	Crescimento e Desenvolvimento Infantil
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHP2	Conjunto Habitacional Provisório 2
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONAB	Comunidade Vitória de Mangueiros
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DIP	Doença Infecciosa e Parasitária
EC	Ex-combatente
EMBRATEL	Comunidade Embratel
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GIL	Gerenciador de Informação Local
GV	Greenville
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDI	Índice de Desenvolvimento Infantil
IRA	Infecção Respiratória Aguda
IVAS	Infecção das Vias Aéreas Superiores
MB	Monsenhor Brito
MP	Mandela de Pedra
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NE	Nova Era
NM	Nelson Mandela
NOAS	Norma Operacional de Atenção a Saúde
ODM	Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde

ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan–Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCC	Parque Carlos Chagas
PJG	Parque João Goulart
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
POC	Parque Oswaldo Cruz
PSF	Programa Saúde da Família
SEDIS	Serviço de Documentação e Informação em Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SM	Samora Machel
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência
VSP	Vila São Pedro
VT	Vila Turismo
VU	Vila União

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
Objetivos geral e específicos	3
Apresentação	4
I - CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAL	6
1.1 A criança, diferentes olhares	6
1.2 A puericultura como território do cuidado	13
1.3 A puericultura como estratégia da ação integral	16
II - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	24
2.1 Desenho do estudo	25
2.2 O cenário	27
2.3 A amostra	29
2.4 A coleta de dados	31
2.5 Análise dos dados	33
2.6 Cuidados éticos	34
III - RESULTADOS	36
3.1 O Contexto Sócio-Política	36
3.2 Os Registros dos Prontuários	41
3.2.1 O perfil das crianças no estudo	41
3.2.2 A assistência	43
3.2.3 O crescimento e o desenvolvimento	46
3.2.4 A dimensão da ação integral e promoção da saúde	48
3.3 Entrevista aos profissionais	50
IV - DISCUSSÃO	56
4.1 A atenção à criança no CSEGSF	56
4.2 A concepção dos profissionais sobre o cuidado integral à criança	60
V - CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
VI - Bibliografia	69
Apêndice	75
Anexos	84

INTRODUÇÃO

A situação da criança no panorama mundial vem sendo cartografada por uma trajetória histórica de lutas pela sobrevivência, tanto para o enfrentamento da morbimortalidade materno-infantil, quanto pela garantia de sua dignidade e cidadania.

Processos reflexivos nesta direção têm papel importante na forma de articular e encarar o desdobramento sócio-político produzido pela desigualdade e injustiça social, além de encarar o desafio que impacta diretamente na qualidade e no estilo de vida da humanidade. Isto tem refletido positivamente em grupos de maior vulnerabilidade, segundo a UNICEF (2008).

No bojo da vulnerabilidade social é crescente a preocupação com o cuidado e a conservação de hábitos saudáveis. O cuidado, enquanto entidade que favorece a vida está cada vez menos presente no trato com o meio em que vivemos. Meio no sentido totalizador, perpassando pelo cuidado nas relações, no manejo com o ecossistema, nas diferentes culturas. O cuidado, embora banalizado por muitos, ainda é a solução para devolver a criança a sua infância como tempo de crescer, aprender, brincar e sentir segurança junto a sua família com dignidade (BOFF, 1999; UNICEF, 2005).

As práticas do cuidado à criança têm pressupostos baseados em origens das mais diversas naturezas. Documentos formalmente veiculados pelo Ministério da Saúde e órgãos internacionais de proteção à criança, como a Organização das Nações Unidas e o Fundo das Nações Unidas para a Infância balizam a boa prática do cuidado a estes pequenos. Estes documentos formulam estratégias para enfrentar condições adversas no trato com a criança, bem como instrumentalizar a quem lida direta ou indiretamente com estas questões.

Esta discussão se faz representada nos “Oito Objetivos do Milênio” (anexo 1) estabelecidos como prioritários na Agenda do Milênio promovido pela ONU em Sessão Especial sobre Criança, na Assembléia Geral em maio de 2002. Dentre eles se destacam a redução da mortalidade infantil e a melhora da saúde materna como estratégias de promover o progresso humano por meio de metas viáveis. (UNICEF, 2006)

No âmbito da Política Nacional de Saúde, a proposta da assistência integral à criança está bastante fortalecida pelo viés da vigilância a saúde, como modelo alternativo de reorientação das práticas de atenção representada hoje, prioritariamente, no campo da atenção básica, pelas ações e práticas propostas pela Estratégia Saúde da Família.

Esta estratégia pautada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde busca o alcance da forma mais completa possível de integralidade, o trabalho em equipe. O saber multiprofissional estabelece de forma local uma relação equipe-cliente com compromisso e preocupação de escutar melhor as necessidades de saúde, que muitas vezes são apresentadas ou “travestidas” em alguma demanda específica (Cecílio, 2001).

Assim, a puericultura, enquanto espaço voltado à atenção integral a criança tem em seu propósito a reunião de atividades desenvolvidas com a família e com a equipe multiprofissional, que levam em consideração os diversos saberes técnicos e científicos, com intuito de alcançar melhores hábitos de vida e manutenção do crescimento e desenvolvimento saudáveis (DEL CIAMPO et al., 2006). Nesta direção, devemos considerar a criança como um ser único, com suas próprias necessidades e como um ser integral, inserido em uma comunidade, para que possamos buscar soluções adequadas as suas necessidades de saúde.

A construção do objeto deste estudo, portanto, perpassa pela atenção integral à saúde da criança como proposta da puericultura oferecida pelo Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional da Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ - RJ na ótica do cuidado.

A referida unidade de saúde tem como clientela uma população vivente em um complexo de favelas, que se apresentam com características excludentes num cenário de pobreza e violência. Neste contexto busco conhecer as necessidades de saúde destas crianças e sua relação com o serviço de puericultura oferecido pelo Centro de Saúde da ENSP.

As inquietações para esta construção perpassam por questões como a dimensão da qualidade de saúde das crianças de 0 a 24 meses moradoras do Complexo de Mangueiras/RJ, a proporcionalidade do crescimento e desenvolvimento na relação com o serviço, bem como a qualidade dos registros da assistência prestada pelos profissionais envolvidos com a puericultura desta instituição. A periodicidade do acompanhamento a estas crianças e a

resposta familiar às demandas do serviço, também fazem parte do rol de problemas a serem levantados.

A diversidade de saberes e práticas para responderem as necessidades de saúde destas crianças atendidas no Centro de Saúde da ENSP, somadas a complexidade de sua demanda conferem relevância significativa à realização deste estudo, levando aos profissionais envolvidos com o serviço uma contribuição valorosa pelo empenho e competência na busca pela melhoria da qualidade da assistência/ cuidado. E esperamos contribuir de alguma forma com os resultados desta pesquisa no processo de planejamento e gestão desta unidade enquanto promotora de cuidados no âmbito da atenção básica.

Traçamos como propósito para o estudo o estabelecimento de parâmetros de qualidade da assistência a puericultura na ótica da atenção integral. E para isso, temos como proposta os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

Descrever a puericultura das crianças de 0 a 24 meses atendidas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ - RJ na perspectiva do cuidado, no período de junho de 2002 a junho de 2007.

Objetivos Específicos:

- Identificar o contexto sócio-político em que está inserido o atendimento a criança de 0 a 24 meses no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - ENSP/ FIOCRUZ;
- Levantar nos prontuários os dados referentes ao atendimento às crianças de 0 a 24 meses, no período de junho de 2002 a junho de 2007;
- Discutir os dados na lógica da qualidade da assistência prestada sob a perspectiva do cuidado integral.

Para uma melhor fluidez na condução deste estudo, dividimos seu conteúdo em duas partes distintas, o que facilitará sua compreensão. A primeira parte se refere aos capítulos I e II que trata das considerações teórico-conceituais e metodológicas, respectivamente. A parte seguinte corresponde aos capítulos III, IV e V que apresenta os resultados da pesquisa, sua discussão e as considerações finais.

O capítulo 1, das considerações teórico-conceituais foi dividido em três momentos. O primeiro momento reflete os diferentes olhares sobre a criança. Traçamos uma breve discussão da identidade infantil no contexto histórico e sua inserção na contemporaneidade, da problemática a busca por sobrevivência. No momento seguinte, refletimos o território do cuidado. Buscamos apresentar a puericultura como espaço de (re) construção das relações de afeto, vínculo, cuidado, aprendizado, crescimento e desenvolvimento. E por último, trabalhamos a estratégica ação da puericultura no modo integral de tratar a criança e suas necessidades de saúde. A forma de minimizar a morbimortalidade infantil e dar conta das necessidades materna no cuidado com os problemas da infância.

O capítulo 2 tratou das questões metodológicas. Apresentamos o desenho do estudo, o cenário, o recorte amostral, a coleta e análise dos dados e cuidados éticos com a pesquisa. A proposta foi de um estudo de caso da puericultura do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

A apresentação dos resultados no capítulo 3, os dados foram organizados e dispostos em três categorias: 1) O contexto sócio-político - dados que contextualizam o cenário em que está inserido o serviço de atenção à criança; 2) Os dados dos prontuários – dados tabulados a partir de banco único dos registros extraídos dos prontuários; 3) Entrevistas aos profissionais - tabuladas de acordo com a forma de aparecimento e categorização.

O capítulo 4, tratando-se da discussão a partir da apresentação dos dados foi feita uma análise com os achados e estudos de relevância com o tema. Neste capítulo foi proposta a discussão sob duas dimensões: 1) A atenção a criança no CSEGSF e 2) A

concepção dos profissionais sobre o cuidado integral à criança. E concluímos no capítulo 5 com as considerações finais.

I. CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-CONCEITUAIS

A construção deste referencial está diretamente relacionada à perspectiva de elucidar o temário na busca compreensiva da criança na ótica da atenção primária à saúde. A conquista da qualidade dos serviços prestados e sua aproximação com a forma contextual do cuidado se tornam relevante nesta aproximação conceitual.

1.1. A criança, diferentes olhares

A trajetória da criança na história da humanidade é demarcada por territórios que ora são fortemente impressos pelo *pesado* mundo adulto, e ora velados pela invisibilidade social. Estes fatos trazem alguns autores a trabalhar, nos últimos anos, a problemática infantil no contexto da sociedade ou até mesmo no âmbito familiar, sob a perspectiva de uma construção reflexiva da identidade infantil (ARIÈS, 1973; SARMENTO, 2004; DELGADO, 2004; SAMAGAIIO, 2004).

O lugar em que a criança ocupa hoje na teia social, segundo Gouvêa In: Carvalho, Salles e Guimarães (2002) é fruto de um longo percurso onde a criança ganha um novo lugar social. As diversas visões sobre a infância, historicamente determinam com a égide do capitalismo, que a criança deve aprender, socializar-se e ser cuidada. E não mais a visão meramente trabalhista, de mão de obra. Ela, portanto, passa a ser a chave para a compreensão do adulto.

A modernidade e o progresso na construção social da identidade infantil ainda não tratam a infância como única, singular. A classe social ainda muito dispare, demarca território de poder e modela a infância nos padrões estabelecidos naturalmente em sua inserção no seio da sociedade.

Segundo Ariès (1973) a infância, como é chamada o período do nascimento a adolescência, traz ao longo da história da humanidade vestígios significativos na construção social da família e no seu desenvolvimento em sociedade.

Sob a dimensão biológica a criança representa a base do ciclo da vida e conseqüentemente vive os mais diversos cenários e contextos, povos e culturas. Sua situação de vida ou sobrevivida em meio a condições de crescimento e desenvolvimento submetidos a fatores de variada ordem, segundo Sarmiento (2002) está inserida em uma crise social na infância. Afirma ainda, que o mundo da infância aparece imergido pela morte, injustiça, doença, desconforto, abandono e pela violência.

O infante, como é (re) conhecido este ser em constante evolução, tem o seu desenvolvimento e crescimento intimamente relacionado ao meio em que vivem. Para Werner (2005: 17) numa perspectiva histórico-cultural¹, cada indivíduo “é formado nas e através das relações sociais” e que cada um nasce duas vezes, ao mesmo tempo, biologicamente, pelo parto, e socialmente num grupo familiar com sua bagagem social contemporânea, por signos culturais. Assim, sob esta concepção o mesmo autor acrescenta que o sujeito não é apenas um organismo vivo, biológico, mas um ser capaz de relacionar-se, interagir, sociável e simbólico, um ser da cultura e da linguagem.

Esta condição faz destes sujeitos seres complexos e vulneráveis a adversidade e a falta de cuidado, o que pode gerar um prejuízo significativo na formação humana e conseqüente adoecimento e morte de crianças por causas preveníveis.

A complexa influência da sociedade sobre esta identidade torna ainda mais plural e distante o cuidado que buscamos para as nossas crianças. Aquela que vive na classe média, em que são estabelecidos e acessados modelos de escolaridade, cultura e lazer, certamente vive margeada por tantas outras, num mesmo período de vida e com múltiplas experiências, em grupos sociais excluídos como as crianças das periferias urbanas, viventes das ruas ou as moradoras de um meio rural (GOUVÊA In: CARVALHO, SALLES E GUIMARÃES, 2002).

¹ Concepção do desenvolvimento humano com importante representação no pensamento de Vygotsky, Bakhtin e Ginzburg, sob a condição da concretude histórica, cultural e social do ser (Werner, 2005).

A aproximação da individualidade da criança, como garantia do cuidado integral, pode ser palpada quando significamos nos mais diversos olhares o seu contexto, suas relações e desestruturas.

Esta problemática nos leva a refletir que não estamos distantes da invisibilidade medieval em que a comunidade européia tratava a infância em tempos remotos, nem tão pouco à proposta da exploração escrava das crianças de classes populares como resposta à incapacidade cognitiva imposta pela escola moderna. Quantas crianças são invisíveis ao olhares da produção de conhecimentos, de saúde, educação e bem-estar? Quantos destes pequenos desbravadores entoam sua emancipação social com tão pouca idade e tanto compromisso com a renda/ sobrevivência familiar? Quantos olham para a infância como mero rito de passagem para a vida adulta?

A infância, portanto, ainda é um grande desafio no contexto dos diversos seguimentos da sociedade. A resposta pode estar na (re) significação das adversidades, e tratarmos cada criança como um ser social, dotado de cultura e individualidades que precisa de sua infância como etapa fundamental no processo evolutivo global (BOFF, 1999; WERNER, 2005; UNICEF, 2006).

Na tentativa de estreitar ainda mais a atenção integral a criança, em 1942 a UNICEF, enquanto órgão de domínio público adotou a declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, documento que cobrou da comunidade internacional uma série de compromissos em relação a estas para garantir o exercício de seus direitos, como à sobrevivência, à saúde, à educação, à proteção e a participação, entre outros (UNICEF, 2006).

A evolução no enfrentamento ao descaso com a humanidade chama a atenção de líderes mundiais que vêm assumindo, dentro do possível, os acordos estabelecidos junto a UNICEF/ ONU. Reafirmam e ampliam seus compromissos junto aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Quadro 1) e dispõem em termos específicos às obrigações legais dos governos em relação à criança sua sobrevivência, seu desenvolvimento e proteção não mais como questões de caridade, e sim de obrigação moral e legal (UNICEF, 2006).

A situação da infância no panorama mundial vem ao longo do tempo ganhando um olhar mais atento e modificando lentamente em alguns países. Segundo a UNICEF (2005) as crianças mais difíceis de alcance são aquelas que vivem em países mais pobres e em comunidades mais desfavorecidas, aquelas vítimas de discriminação de gênero, etnia e deficiências diversas.

Quadro 1: Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO
<u>Objetivo 1</u> : Erradicar a extrema pobreza e a fome
<u>Objetivo 2</u> : Atingir o ensino básico universal
<u>Objetivo 3</u> : Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres
<u>Objetivo 4</u> : Reduzir a mortalidade infantil
<u>Objetivo 5</u> : Melhorar a saúde materna
<u>Objetivo 6</u> : Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças
<u>Objetivo 7</u> : Garantir a sustentabilidade ambiental
<u>Objetivo 8</u> : Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento

Fonte: Adaptação, PNUD 2001.

No Brasil esta realidade não é diferente. Apesar de grandes avanços, há importantes desafios a serem enfrentados para alcançarmos os Objetivos do Milênio. O Relatório da Situação da Criança Brasileira da UNICEF – 2006 destaca a vulnerabilidade infantil, devido à falta de cuidado necessário a mulher e ao recém-nato, bem como a disparidade de recursos nas diferentes regiões do país (UNICEF, 2005).

A situação da criança brasileira, segundo o PNAD 2006 (UNICEF, 2008) mostra que vive no Brasil aproximadamente 60 milhões de pessoas abaixo de 18 anos, o que representa um terço da população total do país. E destes, cerca de 21 milhões (equivalente a 11%) são pertencentes à primeira infância, crianças de 0 a 6 anos. Entre os Estados brasileiros, ainda de acordo com o PNAD 2006, o Acre (16,6%) e o Rio de Janeiro (8,6%) ocupam o primeiro e o último lugar, respectivamente na proporção de crianças nesta faixa etária. A luz da epidemiologia, esta situação demonstra uma menor taxa de fecundidade com um aumento na expectativa de vida, o que nos aproxima de realidades de países centrais e precários, ao mesmo tempo. É como se vivêssemos em um país com vários países (CNDSS, 2008).

Frente a esta contingência a atenção deve ser concentrada principalmente no primeiro ano de vida, devido à faixa de maior ocorrência de óbitos infantis e o início do fortalecimento de bases psíquicas deste sujeito. Esta ação pode ser a princípio, uma garantia na conquista de direitos, conforme recomendação do ECA. (ECA, 2002c; UNICEF, 2006; WERNER, 2005)

Outro problema de visibilidade nacional que preocupa a situação da infância brasileira de acordo com a UNICEF (2005a) é a precariedade do direito ao registro civil. De acordo com o IBGE, em relação a dados de 2003, a cada ano aproximadamente 750 mil crianças brasileiras completam o primeiro ano de vida sem ter sido registrada e sem terem um documento no qual conste seu nome e o nome de seus pais.

O último relatório divulgado pela UNICEF (2008), com base no levantamento do IBGE, demonstra que o número de sub-registro de nascimento vem ganhando uma queda constante nos últimos anos, de 30,3% em 1995 para 12,7% em 2006, uma queda de 58,1% em 11 anos. Estes dados revelam o reconhecimento pela cidadania e uma luta constante e progressiva com a situação de vulnerabilidade infantil.

Em relação à pobreza, 4,7 milhões de crianças estão em famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família do Governo federal, o que representa 10,2% do total de beneficiários do Programa. A maior proporção de pobres² por idade está na infância, de 0 a 6 anos (55,3%), em relação a outros grupos etários. (Figura 1)

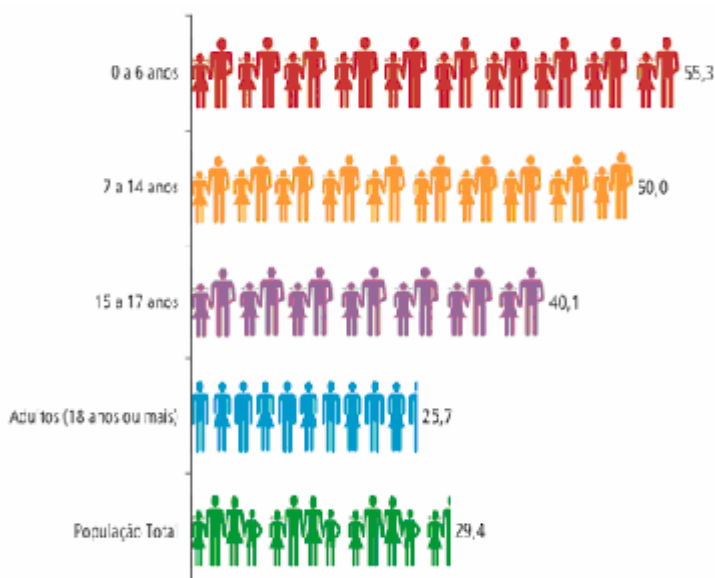
Índices relevantes de redução da desnutrição em menores de 2 anos na população brasileira, contribuí significativamente no combate a sua vulnerabilidade. A proporção de crianças com baixo peso no Brasil caiu de 12,7% para 3,5%, no período de 2000 a 2006, representando uma redução de 72,4%. Porém, a proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo está timidamente em torno de 73% até 4 meses, segundo o SIAB, embora existam inúmeras campanhas e esforços para que este ganhe números expressivos até os 6 meses.(UNICEF, 2008)

² Segundo a UNICEF, em suas publicações, designa pobre a pessoa vivente em família com renda igual ou inferior a ½ salário mínimo (UNICEF, 2008).

Os principais indicadores de desenvolvimento humano também reduzem suas taxas, a mortalidade infantil (para menores de um ano) e a mortalidade na infância (em menores de 5 anos). Este último caiu no Brasil de 59,6% em 1990, para 29,9% em 2006. E a mortalidade infantil, a que ganha maiores esforços desceu de 46,9% em mesmo período para 24,9%, reforçando assim a proposta nacional junto ao ODM 4. O Rio de Janeiro ocupa o 18º lugar no Ranking Nacional com uma redução de 34,2%. (UNICEF, 2008).

Toda esta conquista está atribuída ao rol de políticas públicas implementadas no nível nacional, como estratégias para o aumento da escolaridade, renda e acesso a saúde. Este esforço favorece diretamente a criança no âmbito da atenção familiar, como nas ações atribuídas a Estratégia Saúde da Família. Estas perpassam por iniciativas baseadas na segurança alimentar e nutricional, na apropriação de saneamento básico, no nascimento saudável e o reconhecimento cidadão, acesso a imunização e promoção do crescimento e desenvolvimento, numa proposta de vigilância à saúde.

Figura 1: Porcentagem de pobre (renda familiar inferior a ½ salário mínimo) por idade.



Fonte: IBGE/ Pnad 2005 – Tabulação Especial de Equidade

E como ponto agregador de todas estas questões e base para a análise da problemática da infância destacam-se o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) como

importante indicador de desenvolvimento desta fase, criado pela UNICEF como mais um instrumento que contribui para a formulação e o monitoramento de políticas públicas à primeira infância. A proposta da UNICEF com o IDI se apropriar da situação infância nas regiões, Estados e municípios brasileiros. O IDI é composto por quatro indicadores básicos (UNICEF, 2008: 41):

- Crianças menores de 6 anos morando com pais com escolaridade precária
- Cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano de idade (DPT e Hib)
- Cobertura pré-natal de gestantes
- Crianças matriculadas na pré-escola.

O Índice tem uma variação de 0 a 1, sendo 1 o valor máximo. Para efeitos de classificação e comparação entre Estados, emprega-se a mesma classificação do IDH, ou seja, IDI acima de 0,800 = desenvolvimento infantil elevado; entre 0,500 e 0,799 = desenvolvimento infantil médio; abaixo de 0,500 = desenvolvimento infantil baixo.

Segundo a UNICEF (2008), na última aferição do IDI em 2006, todos os Estados brasileiros incluindo o Distrito federal, obtiveram posição acima de 0,500, o que é favorável em relação a última aferição em 1999 e 2004 e significa que o país está no mínimo em grau médio de desenvolvimento infantil.

Na avaliação do IDI 2006 dois grupos de Estados se destacaram, o primeiro composto por Alagoas e Amazonas que conseguiram sair da classificação baixa à média. E este último ganhou nove posições desde as edições passadas. E o segundo grupo está representado entre os Estados com IDI elevado, ou seja, acima de 0,800, tais como, São Paulo, Santa Catarina e Rio de Janeiro, respectivamente.

Condições como estas nos fazem despertar à multiplicidade de nuances e atributos que devemos ter ou pelo menos conhecer no trato com a criança e sua coletividade. No entanto, se torna imprescindível a contextualização histórica, social e cultural na busca pela compreensão das reais necessidades de vida e desenvolvimento da criança, bem como sua linguagem, seu padrão cognitivo e perspectivas futuras (WERNER, 2005).

1.2. A PUERICULTURA COMO TERRITÓRIO DO CUIDADO

A puericultura vem a ser o ato de cuidar, proteger e vigiar o crescimento e o desenvolvimento saudável, e foi apropriado pela medicina para dar conta da morbimortalidade infantil, já que sua prática milenar era percorrida por gerações como sendo a *sabedoria da avó*, no trato com as crianças (BLANK, 2003).

A percepção da puericultura dentro do contexto histórico apresenta-se com diferentes componentes e modos de condução ao longo do tempo. Foram agregados formatos e interesses que deram origem as formas de tratar e ver a criança. Segundo Bonilha e Rivorêdo (2005) o que temos hoje na puericultura é uma prática ocidental moderna e não denominações dadas aos diversos cuidados às crianças no decorrer da história em diferentes civilizações.

Para Fernandes, Luft e Guimarães (1993: 575) a puericultura é um “conjunto de ensinamentos e práticas médico-sociais que visam a assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança”. Este conceito reforça de forma bem simples a visão ocidental moderna como na ótica de Bonilha e Rivorêdo.

Atualmente a puericultura é o produto de uma evolução social, política e econômica na atenção a criança que incorporou em sua trajetória elementos do cuidado, a aproximação materna, a evolução do processo saúde-doença e a prática da medicina social. A soma de diversos campos de conhecimento e atuação de acordo com Bonilha e Rivorêdo (2005), a puericultura em sua definição e aplicação, é uma prática técnica e social ao mesmo tempo. Tem sua fundamentação apoiada na técnica, embora seja aplicada no cerne das relações sociais.

Ainda encontramos visões sobre a puericultura como uma proposta “superpreventiva” e minimizadora da mortalidade infantil, mas a prática atual trabalha a partir de um processo reflexivo da família como espaço social do desenvolvimento moral da criança. A incorporação de referenciais teóricos das ciências sociais na prática da puericultura favorece ao profissional de saúde ter uma melhor compreensão das outras dimensões das

necessidades de saúde advindas do processo de vida em comunidade. (BLANK, 2003; UNICEF, 2005a; DEL CIIAMPO et al., 2006a; MELLO, LIMA e SCOCHI, 2007)

O campo da saúde, apoiado nesta visão, vem ganhando espaço no setor social. A cada momento é agregada a ele condições e problemas tais que demandam saberes para além do conhecimento de seus profissionais. O cuidado, por sua vez, tem desafiado o campo da saúde numa proposta que ultrapassa o saber técnico-científico do modelo biomédico (tradicional) com demandas cada vez mais específicas que atinge a uma grande parcela da população, como a falta de esperança e perspectiva de vida (MACHADO, PINHEIRO E GUIZARDI In: PINHEIRO E MATTOS, 2004).

Para Boff (1999: 33) “cuidar é mais que um ato; é uma atitude”, envolve afeto, atenção, ocupação, preocupação e responsabilização, transcende as questões visíveis e materiais, implica em múltiplos sentidos e várias áreas do conhecimento.

O cuidado neste sentido está além do fazer, do tratar, do atender, do ouvir a demanda apresentada ou como muitas vezes, reclamada. Podemos acolher e transcender a escuta, contextualizar e ampliar a forma de processar a resposta.

Por este viés, a diferenciação de demandas por cuidado que cada vez ficam mais específicas é fruto de um descuido totalizante pela vida. Segundo Boff (1999) tudo isso é sintoma de uma crise civilizacional onde o descaso e o abandono realça os prejuízos causados pela falta de cuidado.

Na relação do cuidado com as práticas de saúde o problema do usuário fica sem solução ou até mesmo recebe um sinal ou sintoma como resposta. A complexidade da demanda por cuidado vai além da oferta de serviços e possibilidades profissionais em alcançar o nível terapêutico.

A assistência prestada muitas vezes recai sobre a atenção ao objeto de investigação que impede qualquer subjetividade, velada por queixas esperadas e cotidianas. Segundo Ayres In: Deslandes (2006) devemos deixar emergir o saber da práxis e nos apoiar na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde, desta forma obteremos o cuidado.

Nesta reflexão Deslandes (2006) fala amplamente sobre os distintos tratamentos dado aos usuários dos serviços de saúde no sentido da (des) humanização do cuidado. A autora expressa a neutralidade e objetividade biomédica característica em muitos contatos profissional-paciente, em que são geradas interações frias e distanciadas. Outra forma do “anticuidado” que encontramos é a visão das pessoas como *coisas* ou *problemas*.

A ação de cuidar, portanto, compreende a decisão de dialogar com o outro numa proposta de responsabilização pela ação, na formação de vínculo serviço-usuário, na co-produção de projetos e compromissos terapêuticos (AYRES In: DESLANDES, 2006).

A dialética na produção em saúde exige considerações importantes no bom andamento e desfecho de cada situação. O reconhecimento de cada ser como insubstituível é um passo para sua individualidade. A não valorização de tal aspecto, de acordo com Deslandes (2006) leva a um tratamento rotinizado, padronizado, impessoal ou falsamente personalizado. E Howard (1975) apud Deslandes (2006: 42) acrescenta que “(...) um atendimento padronizado não é, necessariamente, sinônimo de desumanização, assim como um tratamento diferenciado também não significa um cuidado humanizado”.

Neste aspecto, a Política Nacional de Atenção Básica lançada em 2006 pelo Governo Federal e Ministério da Saúde aposta no sucesso da ESF como modelo prioritário de Atenção Básica e ordenadora das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. (BRASIL, 2006a) A proposta é garantir acesso e equidade ao serviço de saúde e dar visibilidade a outros setores que comungam com saúde a uma boa qualidade de vida.

Segundo UNICEF (2008), o Brasil possui um dos maiores programas de atendimento domiciliar com vistas à promoção da saúde, o PACS, lançado em 1991. Este mesmo documento refere uma cobertura de 5.264 municípios de um total nacional de 5.565. São cerca de 220 mil Agentes Comunitários de Saúde que atendem a 110 milhões de pessoas de um total de 187 milhões.

A ESF vem contribuir com o olhar intersetorial sobre a família, especialmente a criança e a mulher, na garantia de ações e cuidados que envolvam vínculo, corresponsabilidade, resolutividade e integralidade. Aproxima-se dos distintos contextos e

culturas na busca compreensiva das reais carências da população, intencionalmente, com o propósito de planejar e articular a construção da forma mais completa de saúde. Esta estratégia busca as necessidades primárias, que de acordo com Starfield (2004: 21) “(...) envolve o manejo de pacientes que, geralmente, tem múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixados em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamento que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento”.

1.3. A PUERICULTURA COMO ESTRATÉGIA DA AÇÃO INTEGRAL

A puericultura enquanto serviço especializado no acompanhamento e crescimento humano está hierarquizado no sistema de saúde como prática fincada na atenção primária. Ela se apresenta, estrategicamente, na conquista do cuidado integral à saúde da criança. Neste sentido Ricco et al. (2000) acrescentam que a preocupação da puericultura é afastar todas as influências desfavoráveis ao desenvolvimento, mantendo a criança saudável, para chegar a *adulícia*, término do período de crescimento, com saúde e sem problemas trazidos pela infância.

Entendemos que a demanda por saúde integral a criança se torna bastante complexa visto a diversidade de concepções sobre a infância. A forma aproximada de tratar a criança em seu contexto de vida, principalmente em casos de extrema pobreza e violência, como a realidade de muitos no panorama brasileiro, faz-nos (re) construir diariamente a prática em saúde.

Neste contexto, Stotz (2005) reflete sobre a complexa definição da necessidade de saúde. Refere que a partir das condições sociais e da ideologia vigente na sociedade, estas necessidades podem ou não ser sentidas, o que também tecnicamente pode ser definidas; ser ou não transformadas em demandas, o que pode ou não representar a necessidade, bem como a oferta de serviço que pode ou não atendê-las. Esta situação faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde envolvidos neste nível de atenção.

Hoje, a discussão das necessidades de saúde está no cenário nacional como um grande desafio às equipes de saúde, em um conjunto de iniciativas, buscando-se sua

compreensão e resolução, desde os níveis primários de atenção. Para Cecílio (2001), as necessidades de saúde podem ser à busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida à procura de um *vínculo (a) efetivo* com algum profissional; ter maior autonomia e acesso a tecnologias de saúdes disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida.

Para tanto, organismos nacionais e internacionais se empenham em discutir e elaborar padrões mínimos de assistência à saúde da criança, como forma de assegurar o acesso ao acompanhamento saudável do processo evolutivo de crescimento e desenvolvimento. Documentos recentes, baseados em cartas e relatórios de décadas passadas, apostam na qualidade do atendimento a criança na lógica da integralidade do cuidado, frente às demandas do binômio materno-infantil, como proposta promotora de saúde.

No Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2002c), considerando a criança, o menor de 0 a 12 anos e o adolescente de 13 a 18 anos, amparado pela lei 8069 de 13 de julho de 1990 discorre em seu capítulo I (título II) sobre o direito a vida e a saúde. No art. 7º fala da criança e adolescente com direito de proteção à vida e à saúde assegurada pela efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas. E no seu art. 11º assegura atendimento integral à saúde da criança e ao adolescente, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

As instituições públicas ou privadas de atendimento direto a criança e ao adolescente devem estar envolvidas integralmente com o ECA, na garantia de amparo e assistência na área da saúde ou qualquer outro setor de interesse ao menor e sua família, bem como estarem atentos ao seu descumprimento, o que leva ao descuido e a violação dos seus direitos, caracterizando infração a criança e ao adolescente.

Um passo estratégico, norteador do cuidado a criança foi lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde. A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que objetivava concentrar esforços na organização da assistência a esta população, desde o primeiro contato nas unidades básicas de saúde, até nos casos mais graves, em unidades de maior complexidade (BRASIL, 2004).

Esta traça como princípios norteadores do cuidado na saúde da criança: o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, acesso universal, acolhimento, responsabilização, assistência integral, assistência resolutiva, equidade, atuação em equipe, desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde, participação da família/ controle social na gestão local, avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada. A referida Agenda estabelece o compromisso das unidades de saúde em quatro linhas de cuidado (Ibid):

1. Nascimento saudável: a garantia de uma condição favorável à mulher que deseja engravidar, passando pelo pré-natal, ao cuidado no nascimento e pós-parto, no acolhimento ao recém-nascido e sua mãe na unidade de saúde. Acesso nas ações e serviços de saúde nestas condições, com caráter global, multiprofissional e resolutivo.
2. Crescimento e desenvolvimento: espera que a equipe de atenção básica conheça a população infantil de sua adscrição, desenvolva um calendário de acompanhamento destas crianças com execução de ações de vigilância à saúde, acolhimento/ escuta, alerta aos sinais de risco/ perigo, não restrinja o atendimento as queixas, utilizem o cartão da criança, mantenha o funcionamento contínuo da imunização, previna o desmame precoce e não permita a falta de fornecimento de medicamentos na unidade.
3. Distúrbios nutricionais: ter atenção no pré-natal e em visitas domiciliares nesta fase, às ações de prevenção as carências nutricionais, apoiar a nutriz na primeira semana pós-parto no amparo a amamentação, identificar os fatores de risco nutricionais para a criança e apoiar o uso do cartão da criança.
4. Doenças prevalentes na infância: manter o acolhimento/ escuta a toda criança que procura a unidade de saúde, identificar a criança de risco/ sinais de gravidade na unidade/ domicílio ou instituição de educação infantil, manter continuidade da assistência, realizar busca ativa da criança faltosa, realizar visitas domiciliares e grupos educativos com os responsáveis pela criança e dar atenção especial às crianças portadoras de asma.

Outra estratégia alternativa, de domínio do cuidado nas questões materno-infantil e familiar está no trabalho importante e reconhecido, desenvolvido pela Pastoral da Criança. Seu trabalho, baseado na solidariedade humana e na partilha do saber, visa o

desenvolvimento integral das crianças, da concepção aos seis anos de idade, em seu contexto familiar e comunitário, a partir de ações de caráter preventivo e que fortaleçam o tecido social e a integração entre a família e a comunidade (PASTORAL DA CRIANÇA, 2008).

A iniciativa teve início em 1982 numa parceria da UNICEF e a Igreja Católica com o propósito de salvar milhares de crianças, se ensinassem às mães ações simples como preparar o soro oral para evitar a desidratação. A experiência começou no Brasil com a estruturação e coordenação da Dra. Zilda Arns Neumann, como médica pediatra e sanitarista. O projeto piloto foi implantado em Florestópolis, norte do estado do Paraná. E hoje, encontra-se em outros países da América Latina e Caribe, da África e da Ásia (Ibid).

Os voluntários da Pastoral da Criança desenvolvem ações de saúde, nutrição, educação, cidadania e espiritualidade de forma ecumênica nas comunidades pobres. Entre as principais atividades desenvolvidas estão (Ibid):

1. Acompanhamento das gestantes:
2. Acompanhamento das crianças menores de seis anos:
3. Promoção da dignidade da pessoa, cidadania, espiritualidade e educação para a paz.
4. Ação no contexto familiar e comunitário:

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, a partir de 1984, foi a de priorizar cinco ações básicas de saúde que possuem comprovada eficácia na atenção a criança: a promoção do aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a imunizações, a prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas. Estas ações devem fazer parte de toda a rede básica de serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

A partir desta iniciativa, o governo federal se organiza numa proposta de assistência a saúde integral da criança com a produção de manuais, protocolos e estratégias, que de formas distintas garantem o acesso ao cuidado e se empenham em dar conta de toda a problemática que envolve estes pequenos desde o seu nascimento.

O Manual de Saúde da Criança: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil elaborado pelo MS em 2002 é um importante instrumento técnico para os profissionais que realizam o diagnóstico e fazem o acompanhamento dessas crianças no âmbito da atenção básica de saúde. (Ibid)

O manual dispõe de duas partes distintas. A primeira sobre o crescimento, onde traz atualizações de conteúdos relevantes a esta abordagem, com alguns aspectos fundamentais do processo biológico do crescimento e de interesse para a prática clínica, bem como os principais fatores que interferem neste processo. E uma segunda parte sobre o desenvolvimento, que atualiza a avaliação do enfoque psicométrico para uma abordagem mais psíquica, valorizando o vínculo mãe/filho e criança/família como medida de promoção da saúde mental e prevenção precoce de distúrbios psíquico/afetivos (Ibid).

Dentre as propostas apresentadas neste manual destaca-se o Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança, proposto pelo MS considerando a qualidade de atendimento. (Figura 2). A lógica utilizada é a valorização do comparecimento a unidade de saúde básica na garantia integral do serviço, consulta e vacinação, em mesma ocasião o que em associação as práticas da ESF este processo se estende ao acompanhamento da dinâmica familiar no domicílio.

A Caderneta da Criança, com sua última versão elaborada em 2007, também é um instrumento de grande contribuição no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, embora saibamos de sua subutilização. Passada por inúmeras transformações a partir do antigo cartão de vacina, em 2005 o MS reformula tal instrumento e amplia suas informações, transformando-o no Cartão da Criança. A proposta é garantir acesso ao histórico pré-natal, obter uma memória vacinal e alertar para o desenvolvimento nas faixas etárias correspondentes (seguindo os padrões de Denver), o que favorece um olhar mais integral sobre a saúde da criança

Cabe também ressaltar que OMS em 2006 lança a nova curva para o acompanhamento do crescimento das crianças. A amostra para estudar o novo padrão internacional de avaliação, contou com crianças de vários países, incluindo o Brasil. O

resultado foi fruto da combinação de um estudo longitudinal de crianças do nascimento aos 24 meses e um estudo transversal, com crianças de 18 a 71 meses (WHO, 2008). Este estudo apontou novos rumos no acompanhamento das crianças de 0 a 6 anos, que subsidiou a estruturação da então Caderneta da Criança, lançada no ano seguinte.

Figura 2: Calendário mínimo de consultas para assistência à criança.

Números de consultas	IDADE												
	Dias	Meses						Anos					
	Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6
1º ano - sete													
2º ano - duas													
3º ano - uma													
4º ano - uma													
5º ano - uma													
6º ano - uma													

Fonte: Brasil/2002.

Quanto ao desenvolvimento, a padronização da caderneta da criança, pelo MS, adota o teste de Denver como referência na avaliação neuropsicomotora. É uma avaliação muito utilizada para o exame de crianças de 0-6 anos de idade, no seu curso de desenvolvimento. O teste é dividido em 4 grandes áreas: motora, linguagem, motor-adaptativo e pessoal-social. Cada área apresenta vários itens que são representados por uma faixa indicativa, padronizado, da época em que a criança normalmente começará a realizar a função.

O Programa Nacional de Imunização contribui num caráter de complementaridade para a qualidade da assistência prestada a criança, sendo de sua responsabilidade a imunização de todos os grupos etários ou que merecem atenção especial na prevenção de doenças. O PNI estabelece um calendário mínimo de vacinação para as crianças, padronizadas em todo o território Nacional, salvo exceções para regiões com situações específicas. (anexo 1) O PNI completou 30 anos em 2003, e há 14 anos não registra um caso de Poliomielite no país. (BRASIL, 2008)

Outro olhar agregador a saúde da criança é a abordagem pela estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI. Trata-se de uma abordagem desenvolvida originalmente pela OMS e UNICEF que se caracteriza pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância (Brasil, 2003). É considerada prioridade nas políticas de saúde infantil do Ministério da Saúde e preza pela melhoria da saúde da criança, incluindo intervenções no nível comunitário e no sistema público de saúde. Tem como objetivos reduzir a mortalidade na infância (0 – 5 anos) e contribuir de maneira significativa para a melhoria da qualidade da atenção prestada às crianças, desenvolvendo ações de promoção e prevenção juntamente com ações assistenciais, levando ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da população infantil, em especial daquela que vive em países e regiões menos desenvolvidas. (BRASIL, 2003)

O Manual Os dez passos pra alimentação saudável baseado em outra publicação de autoria do MS, o Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos, operacionaliza as ações desde último no trato com a qualidade nutricional das crianças, conforme recomendação do MS, OPAS/ OMS. (BRASIL, 2002 b)

Este manual propõe dez passos para alimentar com saúde a criança de 0 a 2 anos (anexo 2) e utiliza as “Boas Técnicas de Comunicação”, que é uma maneira de trabalhar as orientações feitas aos pais e responsáveis pela criança, de forma que incorporem e faça da orientação parte de sua prática diária. Recomenda-se o seguinte (Ibid, p. 5):

- Ouvir: escute e preste atenção à mãe enquanto ela fala. Olhe a mãe nos olhos e demonstre que você está entendendo o que ela fala e como se sente; evite escrever enquanto a mãe está falando.
- Perguntar: faça perguntas abertas que permita à mãe expressar o que sente e suas preocupações, e não apenas responder sim ou não.
- Responder: evite usar palavras que soam como julgamento (como mal, bem, melhor, pior, adequado, inadequado, suficiente, insuficiente, certo, errado, apropriado, inapropriado).

- Recomendar: limite as suas recomendações ao que é pertinente para a mãe nesse momento. Use linguagem simples que ela entenda. Priorize as informações mais relevantes e adie as demais para a próxima consulta. Faça perguntas para ver se a mãe entendeu o que você recomendou.
- Elogiar: elogie a mãe naquilo que ela está fazendo bem, como por exemplo, dar o peito ao bebê, estar com vacinas em dia, trazê-lo para a consulta.

II. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A pesquisa foi realizada como um estudo de caso, desenvolvido sob a olhar descritivo. Este tipo de pesquisa tem como objetivo fundamental à descrição das características de determinada população ou fenômeno, sem ter o compromisso de explicar os fenômenos que descreve (TOBAR E YALOUR, 2001).

De acordo com Yin (2005: 19), “*os estudos de caso representam a estratégia preferida quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real*”. Para ele, a investigação pelo estudo de caso permite preservar as características globais e significativas do fenômeno, em seu tempo e espaço.

A utilização estratégica do estudo de caso, segundo Yin (2005) não deve ser confundida com a pesquisa qualitativa, podemos misturar respostas quantitativas e qualitativas. Nem sempre é necessária a inclusão de observações diretas como fontes de evidência.

A pesquisa descritiva pode assumir diversas formas e, de um modo geral, assumir a forma de um levantamento. Esta característica nos remete e nos dá a possibilidade de trabalhar diversos olhares. (TOBAR E YALOUR, 2001)

Em uma visão analítica sobre o fenômeno estudado, Tobar e Yalour (2001) sinalizam que o estudo de caso precisa de uma lista de variáveis que seja relevante a descrição das unidades de análise, a qual apresentam seus perfis específicos com profundidade e detalhamento.

Portanto, para dar conta da descrição da puericultura realizada pelos profissionais do CSEGSF às crianças de Manguinhos, sob um contexto peculiar e extremista, imergido no submundo da pobreza e violência, buscamos a construção de um estudo de caso que, primeiramente apontasse com o maior número de detalhes o fenômeno em questão e, conseqüentemente revelasse as necessidades de saúde das crianças atendidas pelo serviço.

A seguir, apresentamos o caminho percorrido pelo estudo, com vista à garantia do alcance dos objetivos propostos.

2.1. DESENHO DO ESTUDO

Foi desenvolvido um estudo de caso da puericultura de crianças de 0 a 24 meses atendidas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ ENSP – FIOCRUZ. O universo foi constituído por 4878 prontuários com data de abertura³ no período de junho de 2002 a junho de 2007, na faixa etária do estudo. A amostra foi aleatória probabilística simples e a coleta dos dados, de duas naturezas, foi feita com as seguintes técnicas específicas:

- Fonte primária: feitas entrevistas semi-estruturadas, gravadas por meio digital, e transcritas em formato de documento Word 2003. Como critérios de inclusão foram eleitos profissionais de nível superior que, de alguma forma, se aproximavam do atendimento a essas crianças, independentemente do nível de contato. O roteiro da entrevista contou com 8 perguntas abertas direcionadas a puericultura enquanto estratégia de cuidado. (anexo 3)
- Fonte secundária: foram extraídos informação de cada consulta registrada no período do estudo, por criança estudada. Também explorados dados do GIL⁴, para completar o rol de informações necessárias a descrição do contexto. Os critérios de inclusão na amostra seriam crianças na idade de 0 a 24 meses com data de abertura do prontuário de 01 junho de 2002 a 30 de junho de 2007. A amostra foi aleatória simples. O instrumento de coleta consta de uma ficha de 3 laudas com 37 questões fechadas distribuídas em 5 categorias. Os dados foram coletados conforme a faixa etária encontrada no momento da consulta, exceto na seção 1. (anexo 4)

³ A abertura dos prontuários se dá a partir da comprovação de residência em Manguinhos. Se for morador da área de abrangência do PSF, também necessitará de uma autorização do ACS responsável pelo endereço, como forma de garantir adscrição. Uma vez aberto o prontuário, o usuário não perde o direito da assistência, caso venha a trocar de endereço, como a saída deste bairro, por exemplo.

⁴ Sistema de informação utilizado na unidade de saúde em estudo.

A organização por categorias permitiu a melhor distribuição das variáveis, e consequente clareza na coleta de dados. A seguir a apresentação dos eixos e suas variáveis:

1. Identificação: consta do número de prontuário, data de abertura do prontuário, data de nascimento, sexo, comunidade onde mora.
2. Assistência: nesta seção se destacam os dados referentes à presença dos registros no atendimento: condução do acompanhamento (somente pelo Centro de Saúde, somente pelo PSF ou Centro de Saúde e PSF juntos), número de consultas, a forma do atendimento (agendamento, pronto atendimento ou sem registro), o motivo (puericultura, doença, revisão ou sem registro), profissional envolvido (médico pediatra ou generalista, enfermeiro generalista, outros), morbidades, outros agravos, e desfecho do atendimento (agendado, alta, internação, emergência, encaminhamento, sem registro).
3. Crescimento: dados da presença de registro de peso, estatura, perímetro cefálico, curva de peso, curva de estatura e curva de perímetro cefálico.
4. Desenvolvimento: são dados referentes à presença do registro de desenvolvimento (normal, atrasado ou sem registro), sobre a realização do pré-natal, o tipo de parto (natural, cesáreo, fórceps e sem registro), apgar, teste do pezinho e condição obstétrica materna.
5. Dimensão da ação integral e promoção da saúde: refere-se a presença de registro da condição vacinal, aleitamento materno (exclusivo, misto, artificial, sem registro), suplementação de ferro, vitamina C, vitamina A e polivitamínico, introdução de outros alimentos, adequação alimentar. Também os registros de elogios e incentivos ao cuidador, descrição do plano de cuidados, propostas e participações em atividades coletivas ou grupos educativos.

Após a coleta dos dados, estes foram digitados em banco formulado a partir de uma planilha eletrônica no formato Excel 2003 e posteriormente tabulados no mesmo programa para classificação percentual simples.

2.2. O CENÁRIO

A pesquisa ocorreu integralmente no Centro de Saúde Escola Germano SINVAL Faria, um departamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ. A Unidade de Saúde está situada internamente ao campus da FIOCRUZ, no bairro de Manguinhos, AP 3.1⁵- Zona Norte do Rio de Janeiro, entre Benfica e Bonsucesso.

Manguinhos é cortado por dois rios, Jacaré e Faria Timbó, que se encontram e formam o Canal do Cunha, e pela Linha Férrea da Leopoldina. É margeado pela refinaria de Manguinhos, responsável pela densidade do ar nesta região, pela Avenida Brasil, Avenida dos Democráticos e linha Amarela. Abriga um aglomerado de construções irregulares e insalubres, uma inadequada rede de esgotamento sanitário, inviabilidade de acesso e muitas vezes moradias de risco, como em baixo de viadutos, rede de alta tensão, no leito dos rios e tubulação da Adutora do Guandu. Incêndios, desabamentos e inundações são frequentes devido à precariedade em que se encontram os moradores desta região. (BODSTEIN E ZANCAN, 2002; TRINDADE, COSTA e FERNANDES, 2008)

O Complexo de Manguinhos, como é conhecido à área favelada e que recebe o nome do bairro, está representa hoje por 18 comunidades, as quais revelam uma surpreendente parcela de pobreza e violência (quadro 2). Estudos nos mostram que a pobreza não é apenas fruto da falta de renda, mas também na carência de escolaridade e saúde, que apontam a qualidade de vida de uma população. (BODSTEIN E ZANCAN, 2002; VALLA, STOTZ e ALGEBAILLE, 2005)

⁵ AP ou Área Programática são regiões administrativas do município do Rio de Janeiro, ao qual totalizam 10 AP.

Este conjunto de favelas revela particularidades de uma comunidade para outra. Tanto na condição geográfica, em suas formas de ocupar o espaço físico, quanto em seu dinamismo, com suas tradições, procedências, culturas, fontes de renda e até mesmo no trato com a violência cotidiana (TRINDADE, COSTA e FERNANDES, 2008).

A educação formal nesta região oferece pouco recurso, disponibilizando apenas creches e escolas de ensino fundamental, até o 5º ano. Quando há interesse em ultrapassar tal etapa de estudo, os moradores precisam buscar alternativas em escolas nos bairros vizinhos. Também são oferecidos dois núcleos de educação para adultos, equivalente ao ensino fundamental completo, em menor tempo.

Quadro 2: Relação das Comunidades de Manguinhos

COMUNIDADES
Parque Carlos Chagas (PCC)
Comunidade Greenville (GW)
Comunidade Nelson Mandela (NM)
Comunidade Samora Machel (SM)
Comunidade Nova Era (NE)
Comunidade Embratel (ENBRATEL)
Comunidade Mandela de Pedra (MP)
Comunidade Vitória (CONAB)
Parque Oswaldo Cruz (POC)
Área urbana (AU)
Comunidade Monsenhor Brito (MB)
Comunidade Vila São Pedro (VSP)
Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH)
Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2)
Comunidade Vila Turismo (VT)
Parque João Goulart (PJG)
Comunidade Vila União(VU)
Comunidade Ex-combatentes (EC)

Fonte: Sistematização do autor, 2008.

Em relação ao campo da saúde, Manguinhos conta apenas com o CSEGSF, como única unidade pública prestadora de assistência a saúde local. Embora, esta abrigue 8 equipes da ESF.

O Centro de Saúde tem, portanto, uma responsabilidade sobre esta população vivente em Manguinhos como sua referência em atenção primária. Porém, esta unidade possui

característica peculiar em seu nível hierárquico no sistema de saúde. Ela trabalha à atenção básica na forma de assistência, ensino e pesquisa. Apresenta um caráter misto na oferta de serviço, onde funcionam na mesma lógica de atenção oito Equipes de Saúde da Família (cobrindo apenas 13, das 18 comunidades), a clínica básica (pediatria, clínica médica e ginecologia) e serviços especializados (psiquiatria, dermatologia, geriatria, infectologia, homeopatia, acupuntura, nutrição, serviço social, psicologia, estomaterapia).

A estrutura física do CSEGSF é compatível com a oferta de serviços no âmbito da atenção básica, possui 1 sala de imunização; 2 salas para tratamento de lesões (limpas e infectadas); 2 repouso clínico (adulto e infantil); 1 setor completo de limpeza e lavagem, embalagem, esterilização e estocagem de material; 1 laboratório clínico básico; 1 farmácia, 17 consultórios clínicos, dos quais 9 são reversíveis ao atendimento ginecológico; 1 setor de pesquisa clínica com dois consultórios; 1 consultório dentário com 2 cadeiras odontológicas; 1 arquivo; 1 Serviço de Documentação e Informação em Saúde; 1 núcleo de vigilância epidemiológica; 1 núcleo de DST/ AIDS; 1 núcleo de ensino e pesquisa; 1 núcleo de Redução de Danos; 1 núcleo avançado de Promoção a Saúde (Projeto Terrapia).

2.3. A AMOSTRA DO ESTUDO

O universo deste estudo conta com a totalidade de crianças, que segundo o ECA (BRASIL, 2002c) está entre 0 e 12 anos, matriculadas no CSEGSF, as quais correspondem a 10.691 prontuários em junho de 2002. No entanto, a pesquisa trabalha com uma população de crianças de 0 a 2 anos com data de abertura de prontuário de junho de 2002 a junho 2007, totalizando 4.878 prontuários.

A amostra do estudo, portanto, parte desta população, organizada em lista única planejada no Excel 2003, com seis colunas, apresentando os 4878 números de prontuários retirados do GIL pelo SEDIS. A busca por estes números foi baseada na seguinte descrição: número total de prontuários abertos no período de junho de 2002 a junho de 2007 de crianças na idade de 0 a 24 meses. A amostra foi calculada a partir da fórmula, segundo Barbetta, 2002:

$$n_0 = 1 / E_0^2$$

$$n = N \cdot n_0 / N + n_0$$

N = tamanho da população (universo do estudo): 4878 prontuários

E_0 = erro amostral tolerável: 0,05

n_0 = primeira aproximação do tamanho da amostra: 25

n = tamanho da amostra: 369 prontuários

$$n_0 = 1 / E_0^2$$

$$n_0 = 1 / 0,0025$$

$$n_0 = 400$$

$$n = N \cdot n_0 / N + n_0$$

$$n = 4878 \cdot 400 / 4878 + 400$$

$$n = 1951200 / 5278$$

$$n = 369$$

Foi feito o ajuste da amostra pela “formula para ajuste de amostra finita”, Barbetta, 2002:

$$n = n_0 \cdot N / n_0 + (N - 1)$$

$$n = 369 \cdot 4878 / 369 + (4878 - 1)$$

$$n = 1799982 / 5247$$

$$n = 343$$

A partir da determinação do tamanho da amostra (n= 343), voltamos à planilha dos 4.878 números de prontuário e selecionamos a amostra. Esta foi feita pela busca aleatória de todos os números que se apresentavam na 15ª linha e daí em diante, a posição permanecia de 15 em 15 linhas, até que atingisse o total da amostra. A cada linha foram retirados 6 números. O número de prontuário é composto por cinco dígitos e um dígito verificador. Estes foram dispostos em uma nova planilha, agrupados em 17 subgrupos com 20 números cada, e representados por cor, o que facilitaria a detecção de possíveis erros ou repetições. Foi acordada com o arquivo a retirada de 20 prontuários por remessa, conforme a possibilidade de dispensa dos prontuários e a capacidade temporal de seu manuseio.

Foram elaborados também dois quadros de acompanhamento das retiradas desses prontuários. O primeiro, referido ao registro do grupo por cor e controlado pela data e observações pertinentes a remessa (faltas ou perdas) no momento da retirada. O outro, com numeração crescente, facilitando a ordenação da busca e evitando a perda ou repetição da amostra.

Não houve perda dos prontuários, pois perante as dificuldades de serem encontrados, foi necessária sua solicitação mais de uma vez, para que pudesse caracterizar ou não a sua perda. Mas todos os prontuários solicitados na amostra foram vistos.

A seleção dos profissionais para a entrevista foi uma amostra por conveniência. Os profissionais que, segundo os critérios de inclusão se encaixavam, foram convidados e deixados livres na decisão para participar. A intenção foi entrevistar o maior número possível de profissionais de nível superior, com algum envolvimento com a criança de 0 a 24 meses, dentro de suas possibilidades e disponibilidades. Foram entrevistados apenas 8 profissionais, dos 22 convidados.

2.4. A COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada sob a utilização de três técnicas, a exploração eletrônica do Gerenciador de Informações Locais, pela extração manual dos registros dos prontuários e pelas entrevistas aos profissionais do CSEGSF. O intuito desta multiplicidade de técnicas foi obter diferentes olhares para o fenômeno, na garantia de identificar dados de relevância singular na produção do conhecimento sobre a puericultura desta unidade de saúde.

Esta composição se aproxima das bases de estudo por triangulação de dados quando usada como estratégia de pesquisa apoiada em métodos científicos, servindo e adequando-se a determinadas realidades. Um ponto forte e importante para o estudo de caso é a oportunidade de usar várias fontes diferentes para obtenção de dados. (Yin, 2005)

A triangulação não é um método em si, mas são balizadas por uma reunião de elementos e procedimentos que compreende abordagens qualitativas e quantitativas, as

análises do contexto, da história, das relações, das representações e participações. Esta estratégia, segundo Minayo (2005) vai além das formas clássicas de abordagem, a positivista e a compreensiva. Para Yin (2005) a triangulação é o fundamento lógico para utilizar fontes múltiplas de evidências.

A coleta dos dados, portanto, foi realizada pelo próprio pesquisador, no período de maio a setembro de 2008. A busca dos dados obedeceu ao seguinte formato:

- Identificação dos registros em prontuários das crianças selecionadas, respeitando a ficha elaborada a partir das informações existentes no prontuário, combinado a elementos de natureza do objeto.
- Exploração dos dados secundários do GIL, referentes à população do estudo e a contextualização do ciclo criança no serviço desta instituição.
- Entrevistas gravadas com perguntas abertas, semi-estruturadas aos profissionais de nível superior envolvidos com o serviço de acompanhamento das crianças na faixa etária determinada, segundo roteiro próprio.

As dificuldades encontradas nesta fase da pesquisa dizem respeito à consulta aos prontuários disponibilizados pelo arquivo. A inclusão dos atendimentos na pesquisa necessitava, obrigatoriamente, que contivesse a data da sua realização e a identificação do responsável pelo atendimento, para que o dado pudesse ser preenchido da forma correta. Os demais dados poderiam estar ou não registrados, cabendo sua notificação na fichada pesquisa. No entanto, foi percebido um número significativo de consultas sem data ou identificação profissional, cerca de 90 atendimentos, que poderiam ou não ser incluídos no estudo, bastasse localizarmos na linha temporal da criança.

Houve atraso no cronograma, referente a coleta dos dados. Este fato se deu por um conjunto de acontecimentos que impediram a sua realização. Primeiro foi a espera na organização do serviço, em que se encontrava em obras em seu plano físico, especificamente no arquivo, inviabilizando a retirada dos prontuários. Concomitante a isto, atravessamos a epidemia da Dengue, a qual foi destinada todo o efetivo de funcionários em um plano

emergencial contra tal moléstia. E enfim, quando tudo já parecia ter se acalmado e foi retomada a coleta dos dados, a unidade contava com uma baixa de funcionários por férias, licenças e afastamentos, e inclusive demissões pelo ESF. Contudo, a qualidade dos dados coletados não sofreu quaisquer danos irreparáveis.

Também se destacou durante esta fase da pesquisa e representaram dificuldades na utilização da informação, alguns problemas operacionais. Foram encontradas grafias de difícil leitura nos prontuários, bem como o uso de códigos/ siglas ou abreviações não universais ao campo da saúde, que impediram a extração de dados que, supostamente, poderiam ter relevância neste estudo. Outra consideração no mesmo sentido foi o elevado número de ausências de registros, tanto na identificação do responsável pelo atendimento, como na expressão de determinadas variáveis, como peso, estatura, perímetro cefálico, curvas de acompanhamento, aleitamento materno, desfecho da consulta e descrição do plano de cuidado.

2.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados seguindo a mesma lógica da sua coleta. A categorização dos dados obedeceu à natureza da sua busca, bem como a co-relação com o objetivo proposto pela pesquisa, de descrever a puericultura do CSEGSF, de forma que identifique, levante e discuta os achados na perspectiva do cuidado. Após tabulação, os dados foram dispostos para apresentação, e seguiu o mesmo padrão, conforme o seguinte esquema:

- Apresentação dos resultados – os dados foram distribuídos em três categorias: 1) o contexto sócio-político, 2) os registros dos prontuários e 3) entrevista aos profissionais. Porém, a segunda categoria por apresentar maior diversidade de variáveis, foi subdividida em 4 eixos: O perfil das crianças; A assistência; O crescimento e o desenvolvimento; A dimensão da ação integral e promoção da saúde.

- Discussão – os dados foram discutidos a luz de duas dimensões: a atenção a criança no CSEGSF e a concepção dos profissionais sobre o cuidado integral a criança. Foi levado em consideração para a discussão o levantamento teórico-conceitual e a utilização de estudos de relevância ao objeto em questão.

Para algumas variáveis foi interessante a sua distribuição em grupos etários, o que facilitou a compreensão de ocorrências internamente a variável, enriquecendo ainda mais o achado. Esta distribuição não invalida a observação do contexto, apenas oferta mais uma alternativa na qualidade descritiva do fenômeno. Foi feita a divisão dos grupos de duas formas:

Por três grupos, considerando a idade total de 0 a 24 meses:

- De 0 a 6 meses, reconhecido como **≤ 6 meses**.
- De 7 a 12 meses, reconhecido como **7-12 meses**.
- De 13 a 24 meses, reconhecido como **> 12 meses**.

E por dois grupos, considerando a idade de 0 a 6 meses, especificamente para o caso da variável aleitamento materno:

- **≤ 4 meses**
- **Até 6 meses**

2.6. CUIDADOS ÉTICOS

A pesquisa contou com dados primários extraídos diretamente de profissionais envolvidos no serviço de atendimento a criança. Desta forma se fez necessária à utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme regulamentado pela resolução do CNS 192/ 96 que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, protocolo 98/07 em 15/08/07.

As informações de caráter secundárias, extraídas de prontuários e sistema de informação tiveram tratamento exclusivo para que não viesse causar quaisquer danos à instituição fornecedora dos dados e seus atores contribuintes com informações pessoais, resguardando sigilo de sua identificação.

A pesquisa não contou com apoio financeiro sendo seu custeio, exclusivamente, feito por parte do pesquisador. O material coletado não será de uso exclusivo para esta pesquisa, sendo armazenado para uso futuro do pesquisador como retomada ao estudo, ou pelo CSEGSF, resguardando os preceitos éticos.

III. RESULTADOS

A partir da coleta dos dados, os resultados foram agrupados em três categorias distintas, que procuram juntas descrever a puericultura do CSEGSF em sua função de acolher e cuidar das crianças de Manguinhos, em um panorama excludente e marginalizado. Esta apresentação propõe subsidiar discussões na representação do serviço que atende a estas criança menor de 2 anos.

3.1. O CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO

O contexto sócio-político que envolve o acompanhamento das crianças de Manguinhos, inicialmente pela puericultura, foi extraído nas diferentes fontes de dados exploradas neste estudo.

A estrutura hoje apresentada pelo Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria faz parte de uma longa trajetória político-social de luta pela qualidade do trabalho prestado a população de Manguinhos em seus 41 anos de existência. O esforço em manter esta qualidade faz a instituição atravessar hoje um momento de transformações em grande parte do seu contexto. As mudanças que ocorrem na unidade vão da renovação do quadro de funcionários a estrutura física, perpassa pela reorganização das práticas, implantação de novos serviços e modernização de espaços e tecnologias.

Com vista a sua extensa responsabilidade, o CSEGSF mostra-se com dificuldades em lidar com seus 59. 865 prontuários individuais, abertos até outubro 2008⁶, em diferentes aspectos. A sua estrutura física, bem como o quantitativo de serviços ofertados diante da responsabilidade sanitária sobre a população adscrita é outra fonte de preocupação. Estima-se uma população de mais de 50 mil pessoas, segundo Trindade (2008) referindo-se aos moradores desta região.

⁶ Pesquisa realizada no GIL em 31/ 10/ 2008.

Este contingente populacional vivente no complexo de favelas de Manguinhos se distribui, processualmente, em 18 comunidades, de forma que a oferta de serviços fornecida pelo CSEGSF se diferenciou no decorrer destes anos para dar conta da crescente demanda dos moradores deste bairro. (quadro 3)

A ESF nesta unidade foi implantado em 2000, fruto da negociação direta entre a ENSP e a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Segundo Porto (2006) o propósito desta negociação era além de promover o início da Estratégia, pretendia-se ampliar a cooperação técnica entre as duas instituições, e assim, expandir o papel do CSEGSF como centro treinador de profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e torná-lo referência para o Município.

Quadro 3: Relação das comunidades de Manguinhos e o acompanhamento pela ESF por ano de implantação.

COMUNIDADE	ESF		Ano de Implantação	
	Sim	Não	2000	2004
Parque Carlos Chagas (PCC)	x			x
Comunidade Greenville (GV)	x			x
Comunidade Nelson Mandela (NM)	x			x
Comunidade Samora Machel (SM)	x			x
Comunidade Nova Era (NE)		x		
Comunidade Embratel (ENBRATEL)		x		
Comunidade Mandela de Pedra (MP)	x		x	
Comunidade Vitória (CONAB)	x			x
Parque Oswaldo Cruz (POC)	x			x
Área urbana (AU)		x		
Comunidade Monsenhor Brito (MB)	x			x
Comunidade Vila São Pedro (VSP)	x			x
Comunidade Agrícola de Higienópolis (CAH)	x			x
Conjunto Habitacional Provisório 2 (CHP2)	x			x
Comunidade Vila Turismo (VT)	x			x
Parque João Goulart (PJG)	x		x	
Comunidade Vila União(VU)		x		
Comunidade Ex-combatentes (EC)		x		

Fonte: Sistematização do autor, 2008.

A proposta inicial era a implantação de 2 equipes em 2000, passando a cobertura de 100% em 2003 com mais 6 equipes, incluindo a Comunidade de Monsenhor

Brito, e instituir o Centro de Saúde da ENSP como primeira referência as equipes da ESF. Desta forma, foram escolhidas as comunidades de Mandela de Pedra e Parque João Goulart para dar início aos trabalhos em Manguinhos em agosto de 2000. Esta escolha fez parte de estudos realizados pelo DLIS – Desenvolvimento Local Integrado e Sustentado para Manguinhos, a partir de iniciativas e discussões em cima de um diagnóstico da realidade local. (BODSTAIN E ZANCAN, 2002)

Após quatro anos da implantação, a ESF, portanto, se expande com mais 6 equipes, levando Manguinhos em 2004 a ter uma cobertura de 83% de atenção domiciliar pela Estratégia. Não foi possível alcançar cobertura total como o esperado, e não houve decisão político-gerencial de aumento no número de equipes, pois o crescimento populacional na área de abrangência foi maior. Desta forma também, na lógica generalista da atenção primária à saúde encontramos alguns entraves, pois desde então, como em todo o território nacional, as equipes apresentaram grande rotatividade de profissionais, principalmente médicos generalistas, chegando algumas equipes a permanecerem por aproximadamente 1 ano sem este profissional.

No estudo realizado por Bodstein e Zancan (2002) sobre esta implantação, descrevem o Complexo de Manguinhos como um local que abriga uma extensa população em condição de pobreza e miséria⁷. Este bairro tem como principal característica o fato de ser composta quase em sua totalidade pelo conjunto de favelas, nas quais as condições de vida são bastante precárias, chegando a um panorama de extrema vulnerabilidade.

No acompanhamento à saúde destas comunidades as equipes enfrentam grandes desafios e múltiplos fatores na busca de soluções para os problemas demandados por esta clientela, remetendo aos profissionais sentimentos ambíguos que ora apresenta-se como virtude, ora apresenta-se como impotência (MELLO e KOSTER, 2005).

O serviço oferecido a esta população que vive em níveis de miséria e violência, frente às equipes, fica muitas vezes comprometido por exigir farta criatividade e com isso gerar pouca resolutividade. A atenção à saúde pautada na busca pela integralidade gera um

⁷Termo utilizado para o estado ou condição de miserável; penúria; indigência; estado vergonhoso, mesquinho; (Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa).

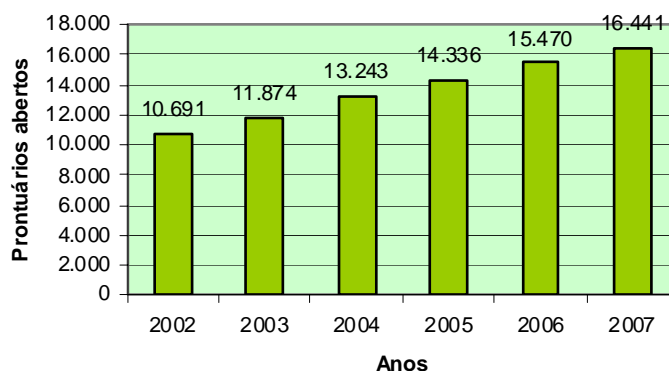
comprometimento com a demanda de ações e serviços, implicadas na compreensão direta de suas necessidades de saúde.

Pelo seu caráter diversificado na oferta de serviços de saúde, fica claro o comprometimento do Centro de Saúde no trato com as fases do ciclo de vida, bem como a multiplicidade de nuances que recai sobre o compromisso sanitário com esta comunidade.

A puericultura neste contexto, a qual representa as ações de cuidado as crianças até 2 anos, está diluída nos diferentes espaços, e juntamente a outros serviços sofre por sua crescente demanda e pela adaptação constante dos recursos humano e físicos que não tem como expandir mais. Especificamente, na clínica pediátrica e afins (atenção especializada) o CSEGSF sempre ofertou tais serviços, estando no período deste estudo com no mínimo 2 pediatras em exercício, variando até 4, em dados momentos.

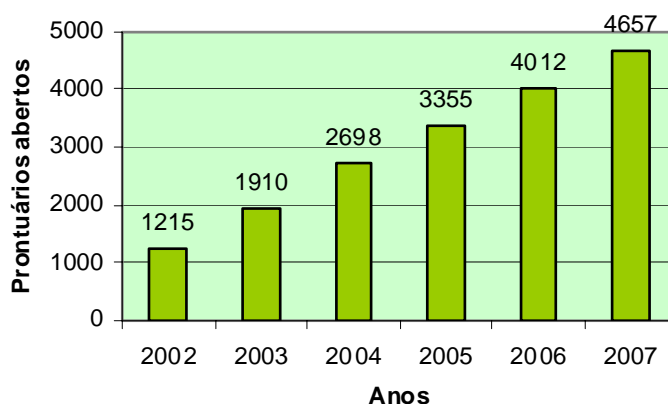
Nesta direção, no gráfico1, observa-se 5750 novos prontuários abertos, de crianças até 12 anos no período do estudo (junho/2002 a junho/ 2007), com um crescimento cumulativo constante. Tomando como base a ano 2002, início do estudo, isto representa um aumento de mais da metade (53,8%) de novos prontuários somente nesta faixa etária, nos cinco anos estudados. Destes, proporcionalmente em relação aos menores de 2 anos (Gráfico 2), encontramos um aumento de 3442 prontuários abertos, chegando a 283,3%, em igual período. Este fato pode se dá pela introdução da ESF neste território.

Gráfico 1: Número cumulativo de prontuários novos de crianças até 12 anos, por ano, a partir de 01 junho de 2001.



Fonte: Construção do autor. Dados do GIL, 11/2008.

Gráfico 2: Número cumulativo de prontuários novos de crianças até 2 anos, por ano, a partir de 01 junho de 2001.



Fonte: Construção do autor. Dados do GIL, 11/2008

A complexidade deste panorama se intensifica à medida que nos aproximamos dos diagnósticos levantados pelas equipes da ESF, referentes à realidade local, o que nos mostra um cenário de altíssimo risco e vulnerabilidade. Este diagnóstico aponta a uma necessidade de ampliação da ESF em Manguinhos para que haja conseqüentemente, uma melhor distribuição dos usuários nas equipes de saúde da família, para termos maior resolutividade.

Os equipamentos sociais locais ficam cada vez mais escassos frente à perturbadora violência que assola esta região. Aqueles que resistem, necessitam enfrentar a todo o momento os efeitos nocivos produzidos por este nível de convivência. Assim, as comunidades empobrecem cada vez mais em recursos e parcerias. A FIOCRUZ, instituição pública secular, localizada dentro da área geográfica do bairro, se mantém em articulações freqüentes, entre serviço e pesquisa, com lideranças comunitárias e outros setores do poder público e privado de interesse local em buscar melhorias e iniciativas pró-Manguinhos. O CSEGSF é a única unidade pública de saúde local.

A mais recente conquista vem do Governo Federal, que é urbanizar Manguinhos através do PAC – Plano de Aceleração do Crescimento – até 2010. Lançado em 2007, o programa prevê investimentos em infra-estrutura, que segundo Trindade (2008:7) terá atuação em:

“...saneamento básico e reestruturação urbana da área com elevação da linha férrea, construção de parque metropolitano, de um Centro Cívico, com escola, hospital e outros serviços de promoção da cidadania, trabalho e renda, além de construção de habitações para realocação de moradores devido às obras. O PAC, em sua conformação mais atual, atenderá algumas das localidades internas de Manguinhos e não sua totalidade como bairro. Estão inclusas nesta etapa a Vila União, o Centro de Habitação Provisória 2, o Parque João Goulart, a Vila Turismo, e os conjuntos e ocupações Nelson Mandela, Samora Machel, Mandela de Pedra, Vitória de Manguinhos (CONAB), Embratel e CCPL (que formalmente não está inclusa no bairro Manguinhos, mas será atendida pelas obras)”.

Portanto, a constante dificuldade, que ora partem da própria instituição, e ora são gerados pelo vulto da desigualdade social trazido pelos usuários do serviço, envolve o cenário de práticas do cuidado a estes pequenos cidadãos e impossibilita, muitas vezes, a resolutividade almejada.

3.2. OS REGISTROS DOS PRONTUÁRIOS

Foram estudados 343 prontuários no período de junho de 2002 a junho de 2007 de crianças que apresentavam idade entre 0 e 24 meses. Destes, todas as crianças apresentavam-se como moradoras de Manguinhos, o que confirmam que os atendimentos foram da área de abrangência da referida unidade de saúde. Não houve perda na amostra, sendo todos os prontuários encontrados e também não foram encontrados óbitos.

Os dados retirados a partir dos registros dos prontuários, distribuídos por eixos para a coleta de dados, seguem aqui a seguinte seqüência: perfil das crianças, assistência, crescimento e desenvolvimento e dimensão da ação integral e promoção da saúde. Desta forma, ficaram assim representados:

3.2.1. O perfil das crianças no estudo

Para demonstrar o perfil das crianças estudadas, a apresentação dos achados aponta a frequência e os percentuais quanto ao sexo e comunidades em que vivem. Sobre a

variável sexo, a diferença entre feminino e masculino foi de 0,7%, referindo uma semelhança. Quanto ao local de moradia, dentre as 18 comunidades existentes no complexo de Manguinhos 15 estiveram representadas (83,3%), destas 12 são acompanhadas pelo PSF (80,0%). O CHP2 obteve a maior concentração das crianças estudadas (18,4%), seguida de Nelson Mandela (16,0%) e Vila Turismo (12,8%). As comunidades Ex-combatentes (0,3%), Vila União (0,9%) e Greenville (0,9%) representam o grupo de menor participação na pesquisa. (tabela 1)

Outra vertente das crianças estudadas é o perfil por idade na abertura dos prontuários (tabela 2). A maioria, 75,5% dos prontuários foram abertos na faixa de 0 a 6 meses de idade, seguido de 14,3% no segundo semestre de vida e 10,2% abriram seus prontuários após terem completado o primeiro ano de vida.

Tabela 1: Perfil das crianças atendidas no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ, segundo sexo e comunidade em que vivem no período de junho 2002 a junho 2007..

Perfil das crianças (N= 343)	n	%
Sexo		
Feminino	169	49,3
Masculino	174	50,7
Comunidade		
CHP2*	63	18,4
NM*	55	16,0
VT*	44	12,8
MP*	40	11,7
PJG*	36	10,5
POC*	29	8,4
SM*	24	7,0
PCC*	17	4,9
VSP*	11	3,2
CONAB *	7	2,0
CAH*	6	1,7
EMBRATEL	4	1,2
GV*	3	0,9
VU	3	0,9
EC	1	0,3
Total	343	100,0
Representação das Comunidades		
Comunidades atendidas (N= 18)	15	83,3
Comunidades atendidas pelo PSF (N= 15)	12	80,0
Total das comunidades	18	100,0

* Comunidades com acompanhadas pela ESF.

Tabela 2: Perfil etário para abertura dos prontuários das crianças de 0 a 24 meses do CSEGSF/ ESNP/ FIOCRUZ, no período de junho 2002 a junho 2007. (N= 343).

Perfil etário na abertura de prontuário	n	%
Idade		
< 1 mês	104	30,3
1 mês	76	22,2
2 meses	27	7,9
3 meses	11	3,2
4 meses	16	4,7
5 meses	12	3,5
6 meses	13	3,8
Total de 0 - 6 meses	259	75,5
7-12 meses	49	14,3
13-24 meses	35	10,2
Total geral 0 - 24 meses	343	100,0

3.2.2. A assistência

Quanto aos resultados da seção assistência, a tabela 3 mostra a distribuição na condução do acompanhamento à criança na puericultura. Nestes achados a distribuição apresenta um equilíbrio entre as modalidades. Os registros de assistência somente realizados pela ESF, representam 29,1%, aqueles feitos somente pelo CSEGSF foram 24,3%, e aquelas crianças atendidas pelos dois grupos, registraram 27,4%. As crianças que no período de estudo não foram encontrados registro de atendimento representam 19,2%. O total de crianças atendidas foi de 80,8% e a média geral de consultas por criança foi de 5.8.

Tabela 3: Distribuição dos atendimentos à criança de 0 a 24 meses do CSEGSF/ ESNP/ FIOCRUZ segundo a condução do acompanhamento.

Condução no acompanhamento (N= 343).	n	%
ESF	100	29,1
CSEGSF	83	24,3
ESF/ CSESF	94	27,4
Sem atendimento	66	19,2
Total de Crianças atendidas	277	80,8%
Média geral de consulta por crianças (N= 1616)		5.8

Outra vertente do atendimento se trata da quantificação de consultas realizadas por grupo etário, expresso na tabela 4. A distribuição das consultas no grupo ≤ 6 meses apresenta uma significativa diferença de 7,3% no número total de ausências de atendimento, em relação aos outros grupos etários com 1,5% e 2,5%, respectivamente.

Todos os grupos apresentam uma maior concentração de crianças com 1 a 3 consultas no período de estudo. Apenas o grupo > 12 meses revela o dobro de crianças com 8 ou mais consultas, sendo 4,1%. Assim, a média de consultas por criança mostra-se maior nos $>$ de 12 meses, com 3,3 consulta por criança. Consequentemente, nos ≤ 6 meses com 3,1 e nos de 7 a 12 meses com 2,8 consultas mostram-se abaixo.

Tabela 4: Distribuição de crianças em grupos etários por consultas realizadas no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.

Nº de consultas* (N= 343)	≤ 6 meses		7 a 12 meses		> 12 meses	
	n	%	n	%	n	%
Sem registro	159	46,3	174	50,8	167	48,8
1 consulta	49	14,4	53	15,4	54	15,7
2 consultas	40	11,7	38	11,2	33	9,6
3 consultas	31	9,0	31	9,0	32	9,3
4 consultas	26	7,6	22	6,4	17	5,0
5 consultas	16	4,7	9	2,6	10	2,9
6 consultas	8	2,3	7	2,0	8	2,3
7 consultas	7	2,0	3	0,9	8	2,3
8 ou mais consultas	7	2,0	6	1,7	14	4,1
Total de crianças atendidas	184	53,6	169	49,3	176	51,3
Atendimentos (N= 1616)	571	35,3	469	29,1	576	35,5
Média de consulta por criança	3,1		2,8		3,3	

* É possível a repetição de crianças nos grupos.

A distribuição do atendimento por grupo etário em consideração a assistência propriamente dita, de acordo com a tabela 5 mostra que na forma de consulta agendada o grupo ≤ 6 meses aparece com 63,4%, liderando a modalidade. Já na forma de pronto atendimento, o grupo de 7 a 12 meses recebe o maior número de crianças com 18,8%. E nos sem registros, o grupo de > 12 meses que aparece com 30,2% é o mais freqüente dentre os outros.

Quanto ao motivo das consultas, “puericultura” não aparece em maior número em nenhum dos grupos. Sendo destacado no grupo ≤ 6 meses, com 49,6%. Contrariamente, no grupo > 12 meses ocorre o maior número de registros “outros”, que representa adoecimento e revisão, apresentando 72,6% dos registros (tabela 5).

Referente ao profissional envolvido no atendimento, o Pediatra apresenta-se como o profissional com maior número de consultas em todos os grupos etário, com 44,3%, seguido do médico generalista, com 24,3%, enfermeiro generalista, 19,7% e outros profissionais 11,7%, proporcionalmente em todos os grupos (tabela 5).

Tabela 5: Distribuição de atendimento por grupo etário, segundo a forma, o motivo e o profissional envolvido na assistência de crianças de 0 a 24 meses no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.

Assistência	≤ 6 meses (N= 571)		7 a 12 meses (N= 469)		> 12 meses (N= 576)		Total*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Forma de atendimento								
Agendado	362	63,4	283	60,3	317	55,1	962	59,5
Pronto atendimento	90	15,8	88	18,8	84	14,7	262	16,2
Sem registro	119	20,8	98	20,9	175	30,2	392	24,3
Motivo da consulta								
Puericultura	283	49,6	177	37,7	156	27,4	616	38,1
Outros (doenças e revisões)	288	50,4	292	62,3	420	72,6	1000	61,9
Profissional envolvido								
Pediatra	285	49,9	216	46,0	215	37,3	716	44,3
Médico generalista	121	21,2	107	22,8	164	28,3	392	24,3
Enfermeiro generalista	113	19,8	93	19,9	113	19,7	319	19,7
Outros	52	9,1	53	11,3	84	14,7	188	11,7

* Base percentual N= 1616

Ao que se remetem as morbidades e outros agravos encontrados na assistência à criança na puericultura, os problemas relacionados ao aparelho respiratório e pele destacam-se nos grupos. Os ≤ 6 meses apresentam maior proporções para os problemas de pele (37,5%), seguido de problemas nas vias respiratórias (34,2%). Já os grupos de 7 a 12 meses e > 12 meses mostram-se contrários ao anterior, com 36,1% e 32,9%, respectivamente, apresentam os problemas respiratórios com proporção maior, e como segunda causa as doença na pele com 26,5% e 26,6% (tabela 6).

E finalizando o eixo assistência, o desfecho da consulta apresentado na tabela 7, mostra a maioria dos atendimentos, com 73,3% sem registro de desfecho. Todavia, 48,4% informam agendar retorno, e 0,7% foram encaminhadas as emergências. Não houve caso para internação.

Tabela 6: Frequência de morbidades e outros agravos na assistência às crianças da puericultura no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.

Morbidades e outros agravos	≤ 6 meses (N= 432)		7 a 12 meses (N= 404)		> 12 meses (N= 511)		Total*	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Causas externas	1	0,2	2	0,5	6	1,2	9	0,7
Respiratório	148	34,2	146	36,1	168	32,9	462	34,3
Pele	162	37,5	107	26,5	136	26,6	405	30,1
Nutrição	21	4,9	23	5,7	28	5,5	72	5,3
Congênito	9	2,1	12	3,0	11	2,1	32	2,4
Gastrointestinal	21	4,9	30	7,4	65	12,7	116	8,6
DIP	31	7,2	35	8,7	49	9,6	115	8,5
Hematologia	7	1,6	23	5,7	22	4,3	52	3,9
Outros	32	7,4	26	6,4	26	5,1	84	6,2

*Base percentual N= 1347

Tabela 7: Perfil dos desfechos nas consultas realizadas as crianças da puericultura do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.

Desfecho do atendimento	n*	%**
Agendamento	134	48,4
Alta	10	3,6
Internação	-	0,0
Emergência	2	0,7
Encaminhamento	47	17,0
Sem registro	203	73,3

* É possível mais de um desfecho por consulta.

** Base percentual N= 277

3.1.3. O crescimento e o desenvolvimento

Este eixo, relacionada ao registro do crescimento e desenvolvimento, apresenta na tabela 8 o parâmetro mínimo para avaliar o crescimento na consulta de puericultura. O

registro de peso esteve em maioria, frente à estatura e o perímetro cefálico em todos os grupos etários. No grupo ≤ 6 meses, todas as medidas apresentaram uma porcentagem superior ao grupo 7 a 12 meses, que por sua vez também supera o grupo > 12 meses, em todos os itens. Um aspecto importante a ser destacado foi à ausência de registros acerca da evolução das curvas de estatura e perímetro cefálico. Mas o posicionamento da curva de peso foi registrado na porcentagem de 77,2% nos menores de 6 meses, 66,9% aos de 7 a 12 meses e 46,0% nos maiores de 12 meses.

Quanto ao desenvolvimento, a distribuição nos grupos etários chama a atenção para o número de ausências nos registros sobre tal condição. O grupo dos maiores de 12 meses chega a apresentar pouco mais da metade dos atendimentos sem registro do desenvolvimento compatível a idade da criança (53,4%). Nos outros grupos esta condição não passa dos 65,7% referente às crianças de 7 a 12 meses.

Tabela 8: Presença de registros de peso, estatura, perímetro cefálico e desenvolvimento nas consultas por grupo etário às crianças do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.

Crescimento	≤ 6 meses (N= 184)		7 a 12 meses (N= 169)		> 12 meses (N= 176)		Total*	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Peso	174	94,6	152	89,9	150	85,2	476	90,0
Estatura	170	92,4	146	86,4	127	72,2	443	83,7
PC	72	39,1	40	23,7	-	0,0	112	21,2
Posição da curva de peso	142	77,2	113	66,9	81	46,0	336	63,5
Posição da curva de estatura	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Posição da curva de PC	-	0,0	-	0,0	-	0,0	-	0,0
Desenvolvimento								
Normal	130	70,6	111	65,7	81	46,0	322	60,9
Atrasado	-	0,0	1	0,6	1	0,6	2	0,4
Sem registro	54	29,3	57	33,7	94	53,4	205	38,7

* Base percentual N= 529

A distribuição da condição do nascimento apareceu pouco nas consultas realizadas. Para o registro do Apgar chegou a 34,3% das crianças que tiveram consulta no período de estudo, 28,2% apresentaram registros sobre a realização de pré-natal e 25,6% apresentaram dados sobre o parto. Apenas 7,9% registraram a condição obstétrica materna.

Tabela 9: Distribuição de registros da condição de nascimento em consultas válidas as crianças do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.

Condição do nascimento* (N= 277)	n	%
Pré-natal	78	28,2
Parto	71	25,6
Apgar	95	34,3
Teste do pezinho	61	22,0
Condição obstétrica materna	22	7,9

* É possível mais de um desfecho por consulta.

3.1.4. A dimensão da ação integral e promoção da saúde

Na dimensão da ação integral que envolve a promoção da saúde, a frequência do registro de qualidade do aleitamento materno em consultas válidas foi distribuída em dois grupos etários na tabela 10. Aos menores de 4 meses predomina o registro de aleitamento exclusivo com 55,4% das consultas válidas, o que permanece em maior percentual na extensão até os 6 meses (45%) perante as outras modalidades de aleitamento. Mas em 23,3% dos atendimentos feitos as crianças menores de 6 meses não foram encontrados registros sobre aleitamento.

Tabela 10: Frequência do registro de qualidade do aleitamento materno em consultas válidas em dois grupos etários no período de junho 2002 a junho 2007, no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ.

Aleitamento materno	4 meses* (N= 370)		Até 6 meses (N= 571)	
	N	%	n	%
Exclusivo	205	55,4	257	45,0
Misto	63	17,0	121	21,2
Artificial	23	6,2	60	10,5
Sem registro	79	21,3	133	23,3

* Representa 64,75% do total de crianças < de 6 meses.

A tabela 11 apresenta a frequência das ações preventivas para as crianças. Dentre as ações propostas, a que recebeu maior destaque foi a suplementação preventiva de ferro para o grupo de 7 a 12 meses, com 41,4% dos registros. A adequação alimentar para a

idade entre os dois primeiros grupos, no primeiro ano de vida, ficou equilibrado com 21,2% e 21,9%, respectivamente.

Tabela 11: Frequência do registro de ações preventivas por grupo etário as crianças do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.

Ação preventiva	≤ 6 meses		7 a 12 meses		> 12 meses		Total*	
	(N= 184)		(N= 169)		(N= 176)			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Suplementação de ferro	30	16,3	70	41,4	45	25,6	145	27,4
Introdução de outros alimentos	18	9,8	20	11,8	16	9,1	54	10,2
Adequação alimentar	39	21,2	37	21,9	23	13,1	99	18,7
Vitamina C	20	10,9	20	11,8	15	8,5	55	10,4
Vitamina A	1	0,5	-	0,0	1	0,6	2	0,4
Polivitamínico	7	3,8	8	4,7	4	2,3	19	3,6

* Base percentual N= 529

O registro vacinal também foi visto na percepção por grupo etário nas consultas realizadas. As crianças que obtiveram nos atendimentos ou na folha de rosto do seu prontuário o calendário vacinal completo, segundo a distribuição dos grupos etários desta pesquisa, apresentam-se acima da metade em todos os grupos. Porém, se destacaram os menores de 6 meses com 75,8% com vacinas em dia e os maiores de 12 meses com 50,1%. Este último obteve o menor percentual (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição do registro vacinal, segundo atendimento realizados as crianças da puericultura do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007, por grupo etário.

Faixa etária	Registro vacinal*	
	n	%
≤ 6 meses	260	75,8
7 a 12 meses	187	54,5
> 12 meses	172	50,1

* Base percentual N= 343.

Outra condição averiguada na proposta de promover a saúde na dimensão do cuidado integral está representada na tabela 13. O plano de cuidado foi descrito pelo menos

uma vez nas consultas em 12,6% e o incentivo ao cuidador perante este plano estabelecido ficou em 11,2%. Quanto aos elogios, apenas 0,7% dos atendimentos o fizeram (tabela 13).

Tabela 13: Frequência de elogios, plano de cuidado e incentivos ao cuidador expressos nos registros das crianças da puericultura do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.

Outros registros*	Sempre		Pelo menos 1 vez		Nunca	
	n	%	n	%	n	%
Elogios ao cuidador	0	0	2	0,7	275	99,3
Plano de cuidado	8	2,9	35	12,6	234	84,5
Incentivos ao cuidador	1	0,4	31	11,2	245	88,4

*Base percentual N= 277.

E na qualidade dos procedimentos coletivos da ação educativa apenas 1,1% dos atendimentos encontrava-se registrado o convite a esta atividade. E em 0,8% dos registros encontramos a informação da participação nos grupos educativos.

Tabela 14: Distribuição das crianças que receberam convites para grupos educativos e participação nos grupos de puericultura do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ no período de junho 2002 a junho 2007.

Grupos educativos*	n	%
Convites aos grupos		
Sim	3	1,1
Não	274	98,9
Participação nos grupos		
≤ 6 meses	0	0,0
7 a 12 meses	1	0,4
> 12 meses	1	0,4
Sem registro	275	99,2

* Base percentual N=277.

3.3. ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS

Para dar continuidade ao capítulo dos resultados esta categoria traz as variáveis extraídas das entrevistas, o que em sua particularidade possui um caráter conceitual da fala dos 8 entrevistados

A tabela 15 apresenta características dos entrevistados. De acordo com a área de abrangência, obtivemos a maioria (62,5%) dos entrevistados como sendo generalistas representados por enfermeiros, médico e dentista, proporcionalmente. Quanto ao tempo de formado, a maior parte (37,5%) encontrava-se com até 5 anos, e 25% se formaram a mais de 15 anos.

A puericultura para estes profissionais, em 72,7% a entendem como o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil (CDI). Outros conceitos foram agregados ao CDI, como espaço de promoção e prevenção, a busca da inserção social e como cuidado integral, todos obtiveram um percentual de 9,1% (tabela 16).

Tabela 15: Perfil dos profissionais entrevistados, segundo a abrangência do atendimento, a categoria profissional e o tempo de atuação no CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ.

Perfil dos profissionais*	n	%
Abrangência do atendimento		
Generalista	5	62,5
Especialista	3	37,5
Categoria profissional		
Enfermeiro generalista	3	37,5
Nutricionista	2	25,0
Médico generalista	1	12,5
Médico pediatra	1	12,5
Dentista	1	12,5
Tempo de formação		
0-5 anos	3	37,5
5-10 anos	1	12,5
10 –15 anos	2	25,0
Mais de 15 anos	2	25,0

*Base percentual N= 8.

A puericultura segundo os profissionais entrevistados pode ser feita por todo profissional de saúde na maioria das respostas (45,4%), e numa menor proporção, pode ser realizada por médicos e enfermeiros (36,4%). Quanto ao espaço para sua realização, os mesmos elegem a prática ambulatorial combinada a outras atividades como espaços favoráveis (63,6%). E apontam ainda, a idéia de ser qualquer lugar, um espaço para realizar a puericultura (27,3%) (tabela 16).

Tabela 16: Opinião dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre o que é puericultura, quem a realiza e seu espaço de atuação.

Opinião sobre puericultura*	n	%
Puericultura		
Como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	8	72,7
Como espaço de promoção e prevenção	1	9,1
Como busca da inserção social	1	9,1
Como cuidado integral	1	9,1
Quem realiza puericultura		
Todo profissional de saúde	5	45,4
Médico/ enfermeiro	4	36,4
Médico	1	9,1
Qualquer pessoa qualificada	1	9,1
Espaço de atuação		
Consultório e outros espaços	7	63,6
Todo e qualquer espaço	3	27,3
Consultório	1	9,1

*Base percentual N= 11.

Foi perguntado aos entrevistados sobre os elementos que julgassem ser relevante a prática da boa puericultura e sua utilização. Dentre as respostas na tabela 17, a maioria revelou que são necessários os conhecimentos técnicos, a interação/vínculo com a família e a estrutura física (16,7%). Apareceu ainda a infra-estrutura (10%) apontando a necessidade de recursos materiais. Porém, a maioria (62,5%) também responde que não utilizam tais elementos em sua prática, embora reconheçam sua importância. Dentre estes, alguns são citados pelos profissionais na tabela 18 como elementos que faltam hoje para uma melhor qualidade no serviço, como o desconhecimento técnico sobre a criança e estrutura física inadequada (22,2%).

Quanto ao papel da família na puericultura, a maior parte das entrevistas (36,4%) indica como sendo importante, fundamental e principal na construção do espaço de cuidado a criança. Como responsável (22,7%) e na função executora de recomendações profissionais (18,2%) também se mostraram como papel da família no trato da criança pelos entrevistados (tabela 19).

Tabela 17: Opinião dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre os elementos necessários a realização de uma boa puericultura e a utilização destes recursos na prática diária.

Elementos necessários à boa puericultura*	n	%
Conhecimento técnico	5	16,7
Interação/ vínculo com a família	5	16,7
Estrutura física	5	16,7
Infra-estrutura	3	10,0
Trabalho em equipe	2	6,7
Estrutura de apoio	2	6,7
Ambiente favorável	2	6,7
Conhecimento da família	2	6,7
Envolvimento/ disponibilidade profissional	2	6,7
Recurso humano	1	3,3
Processo de trabalho organizado	1	3,3
Utilização na prática diária**		
Sim	3	37,5
Não	5	62,5

*Base percentual N= 30.

** Base percentual N= 8.

Tabela 18: Opinião dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre a ausência de elementos que compromete a realização de uma boa puericultura.

Ausência de elementos na puericultura*	n	%
Falta de conhecimento técnico	4	22,2
Estrutura física inadequada	4	22,2
Falta infraestrutura	2	11,1
Ambiente desfavorável	2	11,1
Processo de trabalho desorganizado	2	11,1
Falta de conhecimento do ambiente familiar	1	5,5
Falta de trabalho em equipe	1	5,5
Desconhecimento da família	1	5,5
Falta interdisciplinaridade	1	5,5
Não falta nada	1	5,5

* Base percentual N= 18

Tabela 19: Opinião dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre o papel da família na puericultura.

O papel da família na puericultura*	n	%
Importante/ fundamental/ principal	8	36,4
Responsável	5	22,7
Executora de recomendações profissionais	4	18,2
Educadora/ observadora/ estimuladora	3	13,6
Elo de Vínculo com a equipe	2	9,1

* Base percentual N= 22.

A concepção de cuidado foi outra forma de buscar a representação dos profissionais no âmbito da atenção a criança. A tabela 20 destaca o cuidado como, o olhar vigilante, diferenciado (41%), como afeto (18,2%) e como assistência (13,6%).

Tabela 20: Concepção dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre o cuidado.

Concepções sobre o cuidado*	n	%
Como olhar vigilante/ diferenciado	9	41,0
Como afeto	4	18,2
Como assistência	3	13,6
Como agir integral	2	9,1
Como missão	2	9,1
Como subsídio	1	4,5
Como questão política/ emancipatória/ cidadã	1	4,5

* Base percentual N= 22.

Na tabela 21 os entrevistados apontam suas considerações para a elaboração do plano de cuidados a criança. A maioria acha pertinente a elaboração do plano conjuntamente a família da criança (33,3%), em seguida buscar o contexto e a individualidade desta criança para a elaboração do plano se mostra representado em 20% das respostas. Conhecer a criança e sua família, formar vínculo e buscar a forma integral de atenção também ganham importância para os profissionais do CSEGSF com 13,3%. E por último, o envolvimento técnico abrangente apareceu com 6,8%.

Tabela 21: Percepção dos profissionais do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ sobre as considerações para a elaboração do plano de cuidado.

Considerações sobre o plano de cuidado*	n	%
Elaboração conjunta à família	5	33,3
Busca do contexto/ individualidades	3	20,0
Formação de vínculo com criança/ família	2	13,3
Conhecer a criança/ família	2	13,3
Busca pela integralidade na atenção	2	13,3
Envolvimento técnico abrangente	1	6,8

* Base percentual N= 15.

A normatização através de protocolos, de acordo com a tabela 22, parece ser uma prática comum na saúde, principalmente no trato com as crianças. Foi perguntado aos nossos profissionais entrevistados sobre a utilização destes protocolos e quais seriam estes. A grande maioria (75%) mostrou-se favorável aos protocolos e que utilizavam recursos próprios como sendo seus protocolos, formados a partir de vivências e conhecimentos adquiridos (35,7%), outra parcela informa os protocolos do MS e AIDPI (28,6).

Tabela 22: A utilização de protocolos pelos profissionais do CSEGSF/ENSP/ FIOCRUZ na realização da puericultura.

Utilização de protocolo *	n	%
Sim	6	75,0
Não	2	25,0
Quais protocolos**		
Protocolo próprio	5	35,7
Ministério da Saúde	4	28,6
AIDPI	4	28,6
OMS	1	7,1

* Base percentual N= 8.

**Base percentual N= 14

IV. DISCUSSÃO

O estudo analisou 343 prontuários de crianças com idade até 24 meses. Dentre os registros válidos, obtivemos dados de 277 crianças, pois 66 prontuários não continham registros, apresentavam-se sem uso. Todos os atendimentos foram realizados no CSEGSF. Após a coleta dos dados, os resultados foram organizados e resgatado neste capítulo para análise. A proposta de discussão, portanto, foi trabalhar as evidências encontradas junto a estudos de relevância sob duas dimensões distintas, a atenção a criança no CSEGSF e a concepção dos profissionais sobre o cuidado integral à criança.

4.1. A atenção a criança no CSEGSF

A pesquisa proporcionou a visibilidade no acesso das crianças de Manguinhos ao CSEGSF, de forma que 83,3% das comunidades que compõe o bairro estiveram representadas neste estudo, das quais 80% são acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família (tabela 1). Esta realidade mostra que o CSEGSF trabalha efetivamente com sua população adscrição e aponta relevância significativa no papel estratégico da ESF junto a estas comunidades. O estudo de Piccini et al. (2007) confirma uma vantagem relativa da Saúde da Família sob o modelo tradicional, no contexto de tal efetividade.

Quanto idade na abertura dos prontuários na unidade referida, 75,5% das crianças o fizeram no primeiro semestre de vida. Aquelas que abriram seus prontuários após os 6 meses de idade (24,5%), mantiveram-se expostas, sem acompanhamento profissional no período que antecedeu a chegada na unidade, o que segundo alguns estudos, o período do nascimento até o sexto mês compreende o de maior vulnerabilidade infantil, devido a ocasião apropriada para o rastreamento de condições importantes ao seu crescimento e desenvolvimento saudáveis (NEIVA et al., 2003; MARQUES, LOPEZ e BRAGA, 2004; FALEIROS et al. 2005; SPYRIDES et al., 2008).

A condução no acompanhamento da puericultura mostra que sobre o total de crianças atendidas 29,1% foi conduzida somente pela ESF, e 24,3% somente pelos outros profissionais fora da estratégia. Algumas crianças receberam atendimentos de ambos os grupos, constituindo o percentual de 27,4% (tabela 3) Isto pode representar o trabalho multidisciplinar quando há o equilíbrio entre os grupos de atendimento, que vai além da Equipe da Saúde da Família, e que reforça a importância de parcerias na divisão das responsabilidades sobre a criança, no mesmo espaço físico, aumentando a resolutividade na atenção, como a proposta do NASF.

Porém, a grande maioria desta população estudada faz parte do acompanhamento pela ESF, mesmo sendo atendido por outros profissionais da unidade. Isto leva-nos a entender que a população que mais frequenta a unidade recebe visitas domiciliares pelo ACS, o que faz um diferencial na proposta da atenção. Esta concepção também é encontrada no estudo de Silva (2003).

A média de consultas por criança no período foi outro aspecto que mereceu destaque. Os dados mostraram que cada criança estudada teve uma média de 5,8 consultas (tabela 3) o que recebe consistência no estudo de Feldman (1994) sobre a realidade canadense discutindo o número médio de consultas, em que a quantidade de consultas, maior ou menor número, não inviabilizou o objetivo da puericultura. Logo, para este autor o número de consultas sinônimo de qualidade na puericultura. No entanto, no estudo de Prado e Fujimori (2006) foi encontrado um total de 8 consultas por crianças atendidas pela ESF e 4 consultas para as atendidas pela unidade tradicional no primeiro ano de vida.

Os pediatras aparecem como a categoria profissional que mais atendeu as crianças no período do estudo (44,3%), em todos os grupos etários, superando os profissionais da ESF (tabela 5). Assim, este fato pode estar relacionado ao número de procura por adoecimento, e serem estes profissionais a garantia da primeira referência como especialistas. Desta forma, este caso se aproxima da discussão de Starfield (2004) onde o médico especialista precisa de um maior número de consultas pela qualidade diagnóstica o que difere do generalista, que estabelece considerações e resoluções em um número menor, devido ao seu conhecimento contextual da criança/ família/ comunidade.

As consultas que tiveram seu motivo pautadas em doenças, passaram da metade dos atendimentos nos três grupos etários, chegando a assumir 72,6% dos atendimentos no grupo de maiores de 1 ano e chegou a representar 61,9% do total de consultas (tabela 5). Isto reflete diretamente nas ações preventivas inerentes ao acompanhamento de puericultura, o que pode indicar diminuição na sua qualidade.

Quanto ao adoecimento a maior concentração apareceu entre os grupos de doenças respiratórias, pele, problemas gastrointestinais e DIP (tabela 6). O reflexo do adoecimento por estes grupos, especificamente, revelam as reais condições sócio-econômicas em que se encontram as famílias destas crianças, e que de certa forma dificultam o controle de certos agravos. O estudo de Roncali e Lima (2006) compartilha da problemática diarreia e IRA como indicadores socioeconômicos e sócio-sanitários no estudo do impacto da ESF sobre indicadores de saúde da criança.

Referente às condições antropométricas, condição que avalia o crescimento, o peso esteve registrado em maior número de consultas sob os outros aspectos (estatura e perímetro cefálico). Porém sua melhor apresentação esteve nos atendimentos aos menores de 6 meses, com 94,6% (tabela 8). As outras medidas acompanharam este grupo na liderança dos registros. Mas esta medida isolada tem pouco impacto sobre o acompanhamento da criança, visto a construção da curva de crescimento que combinam elementos como, peso/ altura, peso/ idade, altura/ idade, perímetro cefálico/ idade. Porém, todo este conjunto passa a ser trabalhado na caderneta da criança, recentemente, a partir do ano 2007. No entanto, foi detectada uma baixa frequência destes dados. Os resultados mostram apenas a condição registrada das curvas de peso/ idade em 77,2%, 66,9% e 46,0% respectivamente nas consultas dos grupos etários e nenhuma anotação das demais condições. Esta posição é contrária a pesquisa de Blank (2003) com base em protocolos, que fomenta a construção de curvas antropométricas em todas as consultas até 2 anos de idade.

Quanto à avaliação do desenvolvimento, foram encontrados poucos registros, embora a opção estivesse explícita na ficha do prontuário. Numa expressão tímida foi encontrado em 70,6% dos atendimentos aos menores de 6 meses a qualificação de desenvolvimento normal, apenas. E em pouco mais da metade dos estudados, foram ausentes nos registros do desenvolvimento nos maiores de 1 ano (tabela 8). Esta condição se assemelha

a encontrada por Prado e Fujimori (2006) em estudo sobre o registro em prontuário de crianças, as informações sobre o desenvolvimento foram poucas ou nenhuma.

Outro aspecto importante para o desenvolvimento infantil e que também apresentam campos de preenchimento na ficha de prontuário, são as condições de parto e nascimento. Apesar disso, aproximadamente um quarto das crianças apresentaram informações sobre o parto, sobre o Apgar e registraram informações sobre o teste do pezinho, embora estes não tenham campo próprio. (tabela 9). No entanto, não foi possível caracterizar o formato de avaliação do desenvolvimento nos primeiros 2 anos de vida, de acordo com o prontuário.

Na dimensão integral do cuidado a criança, a promoção do aleitamento materno é prioritária até os 6 meses no acompanhamento de puericultura (BRASIL, 2002b). No caso do CSEGSF, encontramos mais da metade de consultas com registro de aleitamento materno exclusivo até os 4 meses de vida. E se estendermos até o sexto mês, o percentual cai pouco abaixo da metade (tabela 10). Porém, esta condição se torna frágil quando temos por volta de um quarto das consultas sem registro sobre amamentação nos primeiros 6 meses de idade. Esta realidade também aparece no estudo de Prado e Fujimori (2006), onde cerca de um terço dos prontuários não tinham informações sobre amamentação.

Dentre as propostas de vigilância nutricional, foi destacada a suplementação preventiva de ferro e a adequação alimentar. A primeira teve a maior quantidade de registro no grupo de 7 a 12 meses com 41,4% das consultas (tabela 11). Nesta faixa etária, porque ocorre mudança na dieta infantil, é feito a suplementação de ferro como ação preventiva da anemia. E para a segunda condição, para a adequação alimentar, foi detectado significativos registros em todos os grupos etários, diferentemente do estudo de Prado e Fujimori (2006) que não encontraram registros sobre alimentação.

O registro vacinal, indicador de ações preventivas, esteve presente em 75,8% das consultas dos menores de 6 meses, com redução progressiva nos outros grupos etários, com 54,5% em consultas de 7 a 12 meses e 50,1% aos maiores de 1 ano (tabela 12). A falta deste tipo de registro pode levar muitas vezes, na ausência do cartão da criança, a uma revacinação desnecessária, ou até mesmo uma omissão do imunobiológico. De qualquer modo podemos estar negligenciando esta etapa do cuidado a criança.

Aspectos do monitoramento das práticas de promoção da saúde devem permear as consultas e ações coletivas no âmbito da atenção integral a criança. Registros sobre o plano de cuidado, que vai além da ação terapêutica medicamentosa, devem estar presentes em todo contato profissional com a criança e sua família. Assim, encontramos em 12,6% das consultas um plano descrito pelo menos uma vez durante todo o acompanhamento, com recomendações, solicitações, alertas, prescrição de medicamentos, elogios e incentivos, bem como sugestão de retorno conforme o motivo da consulta e a evolução do caso (tabela 13).

No mesmo sentido da integralidade na assistência, buscou-se o registro de elogios e incentivos ao cuidador, independentemente da existência ou não de um plano de cuidados, perante as recomendações ou qualidade do cuidado prestado. Verificamos que em 11,2% dos atendimentos que propuseram um plano de cuidado seguiam incentivos ao plano. Mas apenas em 0,7% dos atendimentos encontramos elogios ao cuidador (tabela 13).

E quanto as práticas coletivas relacionadas à puericultura, encontramos 3 convites a grupos educativos expressos nos planos de cuidado e destes, apenas 2 participações nos grupos (tabela 14). Esta prática é um espaço importantíssimo a promoção da saúde e como afirma Morrison (2005) apud Piccini (2007) estas atividades tornam-se um desafio para aumentar a efetividade nos serviços básicos de saúde, principalmente num contexto de dificuldades.

4.2. Concepção dos profissionais sobre o cuidado integral à criança.

Compondo ainda o capítulo das discussões, esta seção trata das entrevistas realizadas aos profissionais que acompanham as crianças na puericultura do CSEGSF.

O perfil dos profissionais entrevistados perpassou por duas dimensões, a generalista, referindo-se a aqueles que atuam na ESF, e a especialista, aqueles que atendem fora da ESF, atuando como referência. Os generalistas apresentam-se acima da metade dos entrevistados, enquanto os especialistas um pouco mais de um quarto destes, conforme a tabela 15. No entanto a proposta do trabalho em conjunto, em um mesmo plano físico, segue a lógica hierárquica de primeira referência fundamentada na prática como apoio matricial as

Equipes da Saúde da Família, embora haja uma concentração de consultas no grupo de profissionais especialistas.

A puericultura para estes profissionais tem consenso onde todos a entendem como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Porém, houve discordância quanto ao tempo de duração, havendo um maior posicionamento para o acompanhamento até os 2 anos de idade por influência da ESF. Outros conceitos foram agregados ao CDI. Para 9,1% dos entrevistados esta prática é um espaço de promoção e prevenção, como busca de sua inserção na família e do cuidado integral, como na fala do entrevistado 3: *“É um conjunto de coisas, de situação também. (...) avaliar a família, avaliar com quem ela se relaciona, onde está esta criança inserida”*. Esta fala tem consistência nos estudos de Blank (2003) e Bonilha e Rivoredo (2005).

De acordo com a maioria dos profissionais entrevistados a puericultura deve ser feita por todo profissional de saúde. e numa menor proporção disseram que esta deva ser realizada por médicos e enfermeiros. Mas ainda houve quem compreendesse que esta prática fosse apropriada ao médico ou feita por qualquer pessoa qualificada (tabela 16). O entrevistado 5 comenta sobre a realização da puericultura que deve ser feita pelos *“profissionais da atenção básica de saúde, né! (...) Acredito que não esteja pautado em um só profissional. Acredito que toda a equipe deva fazer a puericultura”*. Já a concepção do puericultor pelo entrevistado 7 o atendimento a criança pode ser feito assim: *“...o enfermeiro passa a participar pra realizar a puericultura, a partir do momento em que ele tem um médico que dá esse apoio”*. E numa visão unicista, o entrevistado 6 afirma que *“... o tema é só usado para o acompanhamento médico”*. O estudo de Faleiros et al. (2005) mostra a participação multidisciplinar no acompanhamento a criança na puericultura.

Quanto à utilização de espaços para realizar a puericultura, os mesmos elegem a prática ambulatorial combinada a outras atividades como importantes no acompanhamento da puericultura. E apontam ainda, a idéia de ser qualquer lugar (área física), um espaço para realizar o cuidado a criança (tabela 16). Conforme o dizer do entrevistado 1: *“É o momento de você estar junto com a mãe numa entrevista (...) numa consulta ou numa atividade de grupo”*.

Para a maioria dos entrevistados o conhecimento técnico sobre a criança, a interação/ vínculo com a família, e a estrutura física compatível com o serviço são indispensáveis ao bom andamento no trabalho (tabela 17). No entanto, 22,2% julgam não ser capacitado o suficiente para ter um bom desempenho com a criança e dizem que o CSEGSF não possui uma estrutura física adequada aos atendimentos propostos. Destes, a metade expressa à necessidade de adequar à infra-estrutura (recursos materiais) e empenharem-se em construir um ambiente mais favorável ao atendimento as crianças (tabela 18). Os estudos de Souza e Costa (1994) e Blank (2003) concluíram que para o atendimento a criança deve ser priorizada pelas instituições e serviços de saúde, a presença de profissionais qualificados, equipamentos e materiais adequados, possibilidade de gerar informações epidemiológicas e uma rede de suporte com laboratórios, imunização, saúde bucal e profissionais especializados como referência. O entrevistado 8 aponta as necessidades prioritárias em sua concepção:

“ É preciso conhecimento técnico pra isso (...) um olhar (...) uma fase de adaptação desta vida nova inserida numa família (...) disponibilizar a tratar uma criança e sua mãe (...) um bom ambiente (...) um ambiente tranquilo, planejado e com silêncio. Uma boa sala de pesagem, uma boa sala de antropometria (...) recurso de retaguarda (...) medicamentos, imunoterapia”.

A contribuição da família na puericultura, de acordo com a concepção dos profissionais, destaca o compromisso com o cuidado a criança e expressam ser este um serviço fundamental. Para 22,7%, a família é a responsável pelo bom cuidado, pelo êxito da puericultura. Outros 18,2% mostram que a família, principalmente a mãe deve ser cumpridora de tarefas (tabela 19), como na fala do entrevistado 6: “*entender o que agente fala, o que agente passa, que é importante para a criança. Estar seguindo aquilo, estar seguindo as orientações*”. Por outro lado, entender suas dificuldades pode ser um facilitador no processo, como diz o entrevistado 8, referindo-se a condição das famílias moradoras em Manguinhos, como “*uma área carente, uma área de fragilidade social grande, onde as famílias são grandes, não porque tem muito número de filhos, mas porque os filhos não conseguem sair da casa dos pais*“ (entrevistado 8).

Os estudos de Blank (2003) e Del Ciampo et al. (2006a) confirmam que a puericultura vem a ser uma prática cada vez mais participativa e multidisciplinar em parceria com as famílias e comunidades.

Cuidado na concepção dos profissionais toma a idéia de um o olhar vigilante, diferenciado, como afeto e como assistência (tabela 20). Porém, para Ayres (2001) “*cuidar*, no sentido de um *tratar que seja*, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva”.

Quanto ao plano de cuidados, a tabela 21 mostra que um terço das respostas apontaram a pertinência de elaborar o plano de cuidado conjuntamente a família e menos que isto buscam o contexto e a individualidade desta criança. Nesta direção, a atenção primária, através da ESF vem ao longo de sua trajetória construindo um caminho consistente de trabalho em equipe, com recursos intersetoriais, um olhar diferenciado sobre a família e sua percepção no contexto comunitário. O entrevistado 1 explicita como faz o plano de cuidado:

“Pra você estabelecer um plano você precisa conhecer a situação de vida desta criança. Então, o vínculo com a mãe, que é o primeiro contato, a dinâmica da família, se a mãe trabalha fora, se a mãe não trabalha fora, quem cuida, com quem vai ficar, enfim, informações de como esta criança vive. Que âmbito, em que ambiente, em que situação econômica, em que situação de vida de familiares, enfim... quem é a rede da família, em volta desta criança, pra que junto com esta mãe, ou com estes responsáveis, estabelecer o plano de cuidados. Este vai envolver as questões correlacionadas às vacinas, as medicações, aos cuidados de higiene, de ambiente, de comportamento da criança, como na parte psicológica também. Então é buscar um pouco este plano de cuidados que envolva uma assistência integral”.

Dentre os profissionais do CSEGSF, a maioria utiliza protocolos e normatizações que norteiam o cuidado na puericultura. No entanto, 35,7% destes profissionais usam seus próprios protocolos, baseado no conhecimento técnico e nas experiências acumuladas no atendimento à criança (tabela 22). No estudo de Piccini et al. (2007) a utilização de protocolos na realização da puericultura foi maior nas UBS com ESF, do que na unidade tradicional.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, a puericultura tem sua origem proveniente do período higienista, com a tecnificação do cuidado materno e infantil, que se firma como prática médica. O cuidado a criança ganha vulto com este movimento e a medicina corrobora, especificamente com a pediatria, para um caráter “*normatizador e higienista*” no trato com a criança nos primeiros anos de vida.

A construção da identidade social da criança, ao longo de uma trajetória turbulenta e apoiada no mundo adulto, deixou profundos sinais de fragilidade e dependência, que atualmente são movidos pelo mundo moderno, chegando ao extremo de não mais sabermos como cuidar da infância. A necessidade já ultrapassa o saber médico.

Atualmente, o puericultor precisa desafiar suas bases técnicas e buscar ajuda em outras ciências para dar cabo de um processo, que anos atrás, era pautado nas mãos de um único saber. A *prática das avós*, como era conhecida a puericultura, retoma suas origens e procura seu espaço na família, na sociedade e no saber técnico interdisciplinar. O cuidado médico-pediátrico dá lugar à integralidade do cuidado, sendo aquele permeado pelos diversos olhares demarcados pelo universo da criança.

Os problemas da infância hoje são problemas de um mundo globalizado, imediatista, desigual na distribuição de renda, na identidade social e de oportunidades. E ainda, submersos na pobreza, na violência e na falta de perspectivas. Cuidar destes problemas é uma forma de enfrentar um grande desafio.

Neste contexto, a criança através da puericultura, passa a ser prioritária na agenda de países em desenvolvimento, a partir de políticas que garantam a diminuição da morbi-mortalidade materno-infantil. O fortalecimento de estratégias na atenção primária, especificamente na área de atenção a saúde a criança e sua mãe, endossa a prática da puericultura como espaço permanente do cuidado integral à criança. Quer seja na busca pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, ou como indicador de boas

práticas promotoras de saúde no âmbito individual e coletivo, o produto deve contribuir positivamente no impacto da qualidade de vida na infância.

No bojo desta discussão, trazemos a caso da puericultura do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, que tanto tem a enfrentar quanto a contribuir no desafio de cuidar das crianças de Manguinhos - RJ. A estratégica ação conjunta com a Saúde da Família traz à população desta região uma maior aproximação com a integralidade, quando, incontestavelmente, se trabalha sob um olhar interdisciplinar. O contexto híbrido na oferta de serviço faz da diversidade uma conquista, embora tenha se constatado com este estudo, que em meio a tantos olhares e formas de pensar a criança, ações, tradicionalmente, reconhecidas no seu cuidado deixaram de ser registradas, logo não apareceram. O não registro de informações no prontuário único do usuário se constituiu um problema levantado por esta pesquisa.

A condição de vulnerabilidade em que se encontram os pequenos moradores de Manguinhos revela uma atmosfera determinada pelo adoecimento por condições preveníveis, como as doenças respiratórias, de pele e de origem gastrointestinais. Talvez, isto justifique a maior procura pelo serviço em condição de morbidade. Mas por outro lado, a saída pode estar na construção co-responsável de um plano de educação para a saúde junto aos de maior interesse, a comunidade. Esta vertente já vislumbra a possibilidade de melhora pela urbanização e reconstrução do bairro pelas obras do PAC.

A participação da família e comunidade no plano de cuidado da criança transforma qualquer oportunidade de encontro com a equipe de saúde em uma ação mantenedora do estado saudável. A proposta da puericultura está em oportunizar o conhecimento da criança em sua dinâmica social, buscando o equilíbrio com o meio e favorecendo as bases de um crescimento e desenvolvimento adequado.

O cuidado visto pela ótica do saber materno ou do responsável pela criança representa uma alternativa da ação integral que, por um acaso, banalizamos ou julgamos incorretos, muitas das vezes. Os poucos registros sobre elogios ao cuidador e incentivos ao plano de cuidados, expressos pelo estudo, é um exemplo desde descuido com quem cuida. De fato, o puericultor deve ter a família como recurso palpável, dinâmico, parceiro, e não como

condutores das crianças ao atendimento, depósitos de orientações e executores de tarefas padronizadas.

A conquista da forma mais aproximada de atenção integral pode estar nas ações de promoção da saúde propostas a partir das necessidades de saúde dos usuários. Sob a avaliação técnica da saúde infantil, a obtenção de um diagnóstico se dá pela total vigilância dos eventos, rotineiramente observados durante os encontros. A avaliação do crescimento como indicador de boa saúde física pode ser detectado pela mensuração antropométrica, por exemplo. Mas nada adianta se esta medida é tomada, isoladamente, sem registro de continuidade. Embora houvesse necessidades profissionais em ter uma melhor estrutura física para o acompanhamento da puericultura, não foi mencionada a falta de registro suficiente para a compreensão evolutiva do crescimento desta criança em questão. Ou ainda, da condição de desenvolver ações de maior complexidade, a cada encontro, como sinal de desenvolvimento.

Portanto, descrever a puericultura do Centro de Saúde Escola Germano Sival Faria foi bastante complexa pela natureza do objeto. O contexto em que está inserida esta UBS torna ainda mais dificultoso sua caracterização, bem como a multiplicidade de nuances que compreende este tema nos fez focar a puericultura na ótica do cuidado como estratégia de ação integral a criança, o que de certa forma não facilitou, porém, nos deu uma diretriz.

Ao que se propõe a puericultura, o CSEGSF apresentou nesta pesquisa uma facilidade quando a infra-estrutura, embora bastante criticada. Ter uma unidade Básica de Saúde com apoio diagnóstico, farmacêutico, imunoterápico e repouso clínico infantil no próprio local dos atendimentos, facilita as ações, otimiza tempo e garante continuidade ao cuidado. Ao que se refere a capacidade de dialogar com outros setores e a capacitação técnica dos profissionais para atuar junto as crianças, o estudo não foi suficiente para identificar.

Quanto ao propósito de trabalhar a diminuição da morbi-mortalidade infantil, o estudo não identificou registro de óbito no período, nem tão pouco registro de gravidade ocasionada por problemas com o nascimento e parto, embora essa seja uma unidade que realiza pré-natal, o que intensifica o vínculo com a mãe. E por outro lado, foi difícil detectar tais problemas pela falta de registro destas condições.

Enfim, de acordo com a proposta, acreditamos que os objetivos foram alcançados e que a puericultura do CSEGSF está dentro de um patamar considerável para o alcance das metas ofertadas nacional e internacionalmente para a qualidade do cuidado a criança. Serão necessárias algumas estruturações e ajustes, mas com empenho e esforço poderá se aproximar ainda mais da realidade local de Manguinhos e tornar-se mais resolutivo. Que os profissionais desta instituição, bem como aos demais interessados possam usufruir desta pesquisa e na condição crítico-reflexivo, melhorar de forma possível e continua o trabalho realizado.

Mediante as conclusões levantadas por este estudo estabelecemos um rol de críticas e sugestões que possam dar vulto ao prioritário cuidado as crianças usuárias do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria em sua prática multiprofissional e multidimensional. Faz-se pertinente esclarecer que esta lista não se encontra em ordem de prioridades, apenas uma forma de sistematização.

CRÍTICAS	SUGESTÕES
<p>- Desafio do trabalho multidisciplinar com uma população adscrita com aproximadamente 50 mil habitantes e uma constituição híbrida na oferta de serviço.</p>	<p>- Promover e divulgar um diagnóstico local para o reconhecimento da realidade.</p> <p>- Trabalhar em rede internamente e com outras instâncias de interesse.</p> <p>- Manter melhor articulação: ensino, pesquisa e assistência.</p>
<p>- Apresenta sua prática predominantemente ambulatorial, com poucos elementos de promoção da saúde.</p>	<p>- Organizar espaços de saúde coletiva e incluí-lo como atividade regular a puericultura.</p> <p>- Melhorar os espaços físicos que contribuam com a prática coletiva.</p> <p>- Otimizar os espaços coletivos já existentes.</p> <p>- Promover a Intersetorialidade das práticas saudáveis.</p>
<p>- Maior êxito no acompanhamento aos menores de 6 meses, com déficit de</p>	<p>- Estabelecer critérios mínimos de conduta no cuidado à criança, com vista a</p>

<p>continuidade ao cuidado integral até os 2 anos.</p>	<p>individualidade no atendimento e a busca pela autonomia cidadã.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aprimorar, estrategicamente, o sentido vigilante do cuidado integral a saúde das crianças através do diagnóstico local.
<ul style="list-style-type: none"> - Déficit nos registros e documentação, gerador de ambiguidade no reconhecimento do serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> - Qualificar a comunicação entre os envolvidos no cuidado à criança no CSEGSF. - Incentivar a qualidade nos registros de todas as atividades, individuais e coletivas.
<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade dos profissionais em melhorar cada vez mais a capacidade pessoal e da instituição no trato com o binômio mãe – filho. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar a criação de tecnologias para o cuidado integral à criança, a partir do caráter formador e peculiar de um Centro de Saúde Escola de sua dimensão. - Promover a espaços e rodas de Educação Permanente em Saúde.

VI - BIBLIOGRAFIA

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1973.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e Humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BARBETTA, P. A. **Estatística Aplicada às Ciências Sociais**. Cap.3, 5 Ed., UFSC, 2002.

BLANK D. A puericultura hoje: um enfoque baseado em evidências. **Jornal de Pediatria** (R.J.). 79 Supl 1:13-22, 2003;.

BODSTEIN, R.; ZANCAN, L. Avaliação das Ações de Promoção da Saúde em Contextos de Pobreza e Vulnerabilidade Social. In: BODSTEIN, R.; ZANCAN, L.; MARCONDES, W. B. **Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local: Experiência em Manguinhos – RJ**. Rio de Janeiro: ABRASCO/ FIOCRUZ, 2002, p. 39-59.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**. (R. J.) vol. 81 (1) Jan./Fev. 2005.

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

_____. Organização Pan-Americana de Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável**. Brasília, DF: ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Justiça. **Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei nº 8.069/ 1990**. Brasília: Ministério da Justiça, 2002c.

_____. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1**. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev., 1.^a reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

_____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**: Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde.<www.saude.gov.br> 2008.

CARRASCOZA, K. C. et al. Consequences of bottle-feeding to the oral facial development of initially breastfed children. **Jornal de Pediatria**. (R. J.) vol. 82 (5): 395-397, 2006.

CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M. **Desenvolvimento e Aprendizagem**. Belo Horizonte: Editora UFMG; Propoex – UFMG, 2002.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela Integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, p. 113–126, 2001.

COELHO, F. M. G. et al. Educação para promoção da saúde infantil: relato de experiência em um assentamento de reforma agrária, Vale do rio Doce (MG). **Ciência e Saúde Coletiva**, 10 (3): 739-747, 2005.

CESAR, et.al. Indicadores Básicos de saúde infantil em área urbana no extremo sul do Brasil: estimando prevalências e avaliando diferenças. **Jornal de Pediatria**. Vol. 82 (6), p. 437- 444, 2006.

DEL CIAMPO, L. A. et al. O Programa de Saúde da Família. **Ciências e Saúde Coletiva**, 11 (3): 739-743, 2006a.

DEL CIAMPO, L. A. et al. Tendência secular do aleitamento materno em uma unidade de atenção primária à saúde materno-infantil em Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern infant.**, Recife, 6 (4): 391-396, out./ dez., 2006b.

DELGADO, A. C. C. O que nós adultos sabemos sobre infâncias, crianças e suas culturas? In: **Infâncias e Crianças: O que nós adultos sabemos sobre elas?** CEDIC, UMINHO - Instituto de Estudos da Criança - Braga, Portugal em 2004.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos Cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

FALEIROS, J. J. et al. Avaliação do Impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21 (2): 482-489, mar.-abr., 2005.

FELDMAN, W. Well-baby care in the first 2 years of life. **Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian guide to clinical preventive health care**. p. 258-256. Ottawa: Health Canada, 1994.

FERNANDES, F; LUFT, C. P., GUIMARÃES, F. M. **Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa**. 30ª ed. São Paulo: 1993.

FRANCO, S. C.; CAMPOS, G. W. de S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Cad. Saúde Pública** v.14 n.1 Rio de Janeiro jan./mar. 1998.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.7, p. 419-421, 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educ, 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Rio Grande do Sul: Ed. Pallotti, 2001.

MACHADO, F. R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. As novas formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec: ABRASCO, 2004.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, vol. 80, (2): 99-105, 2004.

MARTINS, A. P. V. Vamos criar seu filho: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro. V. 15, n. 1, p. 135-154, jan-mar., 2008.

MELLO, A.; KOSTER, I. Nos **Bastidores de Mandela de Pedra: um olhar sobre a demanda na oferta de serviço**. Rio de Janeiro: IMS/ UERJ, 2005. (trabalho apresentado a V Seminário do Projeto Integralidade – Lappis/ RJ)

MELLO, D. F. D.; LIMA, R. A. G. de; SCOCHI, C. G. S. Health follow-up of children in poverty situation: between the routine and eventuality of daily care. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 15 (n. especial): 820-827, set./ out., 2007.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. Revisada e aprimorada. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. de M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, v. 79, Supl. 1, 2003.

MOREIRA, Marcelo Rasga; NETO, Otávio Cruz; SUCENA, Luiz Fernando Mazzei. Um olhar sobre condições de vida: mortalidade de crianças e adolescentes residentes em Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19 (1): 161-173, jan-fev, 2003.

NEIVA, F. C. B. et al. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. **Jornal de Pediatria**, v. 79, (1): 7-12, 2003.

OLIVEIRA, M. A. A.; OSÓRIO, M. M.; RAPOSO, M. C. F. Socioeconomic and dietary risk factors for anemia in children aged 6 to 59 months. **Jornal de Pediatria**, v. 83, (1): 39-46, 2007.

ONIS, M. et al. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS): rationale, planning, and implementation. **Food and Nutrition Bulletin**, vol. 25, n.1 (supplement 1), The United Nations University, 2004.

PASTOAL DA CRIANÇA <<http://www.pastoraldacrianca.com.br/index.php>> acessado em: 10/08/2008.

PICCINI, R. X. et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do sul e do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 7 (1): 75-82, jan./ mar., 2007.

PORTO, C. S. B. M. Aconselhamento em HIV/Aids no Programa de Saúde da Família: a construção compartilhada e implantação de uma proposta de monitoramento em Manguinhos. [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro, ENSP/ FIOCRUZ, 2006.

PRADO, S. R. L. de A.; FUJIMORI, E. Registros em prontuários de crianças e a prática da integralidade. **Rev. Brasil. Enferm.** 59 (1): 67-71, 2006.

RICCO, R. G.; DEL CIAMPO, L. A.; ALMEIDA, C. A. N. **Puericultura: princípios e práticas, atenção integral a saúde da criança**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. de. Fatores determinantes do crescimento infantil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 4 (1): 15-23, jan./mar., 2004.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, 11 (3): 713-724, 2006.

SAMAGAIO, F. Os (novos) problemas sociais da infância: Uma aproximação sociológica. **Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia - Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção**. Universidade do Minho – Campus Gualtar, Braga, 2004.

SANTOS, C. S. dos; LIMA, L. S de; JAVORSKI, M. Fatores que interferem na transição alimentar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em Serviço de Puericultura do Recife, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 7 (4): 373-380, out./ dez., 2007.

SARMENTO, M. J. Infância, diversidade e expressão simbólica. **Projecto “As Marcas dos Tempos: a Interculturalidade nas Culturas da infância”**, POCTI/CED. Fundação para a Ciência e a Tecnologia e do Projecto CECCA – Crianças: Educação, Culturas e Cidadania Activa. GRICES - CAPES, 2002.

SARMENTO, M. J. As culturas da infância nas encruzilhadas da 2ª modernidade. In: SARMENTO, M. J.; CERISARA, A. B. **Crianças e Miúdos: perspectivas sociopedagógicas da infância e educação**. Porto, Portugal: Asa Editores, 2004.

SILVA, A. C. e. O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. [tese de doutorado] São Paulo: FM/ USP 2003.

SILVA, A. C. M. A. e. Saúde da criança no programa de saúde da família, facilidades e dificuldades encontradas pelos médicos para a implantação das ações: um estudo de caso. [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2006.

SILVA, J. L. L. da; ANDRADE, M. **Pesquisa Virtual em Saúde: ferramentas básicas para o estudante e pesquisador**. Rio de Janeiro: Fábrica de Livros, 2007.

SPYRIDES, M. H. C. et al. Effect of predominant breastfeeding duration on infant growth: a prospective study using nonlinear mixed effect models. **Jornal de Pediatria**, v. 84, (3): 237-243, 2008.

SORANZ, D. Avaliação do Planejamento Familiar como traçador de resultado das ações de Atenção Básica: um inquérito domiciliar mm Manguinhos. [dissertação de mestrado] Rio de Janeiro: ENSP/ FIOCRUZ, 2008.

SOUZA, D. F. F.; COSTA, J. S. D. da. Avaliação do programa de puericultura no Posto de Saúde da COHAB Pestano. **Jornal de Pediatria**, vol. 70, n. 1, 1994.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n.3, p.457-502, 2005.

STOTZ, E. N. Os Desafios para o SUS e a Educação Popular. Uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. <<http://www.redepopsaude.com.br/varal/PoliticaSaude/DesafioSUS.htm>> acessado em: 25/ 09/ 2005.

TEORIA SÓCIO-CONSTRUTIVISTA OU SÓCIO-HISTÓRICA.<<http://www.trendnete.com.br/users/hargento/socioconstrutivismo.pdf>> acessado em: 14/04/07.

TOBAR, F; YALOR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2001.

TRINDADE, C. P. da; COSTA, R. G. R.; FERNANDES, T. M. Memória e conflitos sociais no espaço urbano - Manguinhos/ Rio de Janeiro. XII Encontro de História Anpuh-Rio <http://www.encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1214230187_ARQUIVO_TextocompletoAnpuh2008ClaudiaPecanhadaTrindade2.pdf> acessado em 12/11/2008.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2006. Excluídas e invisíveis**. UNICEF, 2005.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação da Infância Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos, o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento.** UNICEF, 2006.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2007. Mulheres e Crianças, o duplo dividendo da igualdade de gênero** UNICEF, 2007.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância 2008. Caderno Brasil.** UNICEF, 2008.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N.; ALGEBAILLE, E. B. **Para compreender a pobreza no Brasil.** Rio de Janeiro: Contraponto: ENSP, 2005.

VIEIRA, M. de L. F. et al. Crescimento e desenvolvimento de filhos de mães adolescentes no primeiro ano de vida. **Ver. Paul. Pediatria**, 25 (4): 343-348, 2007.

WERNER. J. **Saúde e educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno.** Rio de Janeiro: Gryphus, 2005.

WHO. WOLD HELTH ORGANIZACION. The WHO Child Growth Standards. <<http://www.who.int/childgrowth/en/>> **acessado em 23/03/08.**

YIN, R. K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos;** Trad. Daniel Grassi. – 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANOLLI, M. de L.; MERHY, E. E. A pediatria social e as suas apostas reformistas. **Cad. Saúde Pública** vol.17 n.4 Rio de Janeiro Jul/ago. 2001.

ZEFERINO, A. M. B. et al. Acompanhamento do crescimento. **Jornal de Pediatria**, v. 79, Supl. 1, 2003.

APÊNDICE

Apêndice 1: Ficha de coleta dos dados no prontuário

UFF – FACULDADE DE MEDICINA MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Ficha de Avaliação dos Registros em Prontuários das Crianças de 0 a 24 meses

I. Identificação:

1. Prontuário nº _____. Data de abertura do prontuário: ____/____/_____.
2. Sexo: () masculino () feminino Data de Nascimento: ____/____/_____.
3. Bairro de moradia: () Manguinhos, comunidade: _____ () Outros bairros:

II. Assistência:

4. atendimentos feitos: () Somente pelo PSF () Somente pelo Centro de Saúde () Pelo PSF e Centro de Saúde

5. Tipo de atendimentos:

FAIXA ETÁRIA	Nº C	FORMA				MOTIVO					PROFISSIONAIS									
		1ª V	SUB	PA	SR	P	D	R	SM	MP	MG	E	EG	D	N	AS	P	F	O	
0-30 d																				
1-2 m																				
2-3 m																				
3-4 m																				
4-5 m																				
5-6 m																				
6-9 m																				
9-12 m																				
12-15 m																				
15-18 m																				
18-21 m																				
21-24 m																				

6. Morbidades apresentadas:

FAIXA ETÁRIA	Acidente	Anemia	Asma	Bronqueolite	Bronquite	Dermatite	Desidratação	Desnutrição	Diarréia	Doença Cong.	Doença febril	Escabiose	Estrófulo	Herniação	Impetigo	IRA/IVAS	ITU	Má-formação	Miliária	Monilíase	Pediculose	Pneumonia	Transf. mental	Vermínoze
0-30 d																								
1-2 m																								
2-3 m																								
3-4 m																								
4-5 m																								
5-6 m																								
6-9 m																								
9-12 m																								
12-15 m																								
15-18 m																								
18-21 m																								
21-24 m																								

7. Outros agravos: () sim () não Qual? _____

8. Desfecho do atendimento: () agendamento () alta () internação () emergência () encaminhamento: para onde? _____ () sem registro.

III. Crescimento:

13. Nos registros são expressos elogios ao cuidador pelo bom cuidado prestado?

sempre pelo menos uma vez nunca

14. Nos registros são descritos os planos de cuidado para a fase em que se encontra a criança? Caso afirmativo, em que fase?

sempre pelo menos uma vez nunca./ _____

15. Nos registros aparecem incentivos ao cuidador frente à proposta de cuidado?

sempre pelo menos uma vez nunca.

16. Existe proposta(s) expressa(s) nos registros para a participação em atividades coletivas ou de grupos educativas?

sim não

17. Existe(m) registro(s) de participação em grupo(s) educativo(s)?

sim, no primeiro semestre de vida sim, no segundo semestre de vida sim, no segundo ano de vida

não tem registro.

18. Observações:

Apêndice 2: Legenda da Ficha de Avaliação dos Registros em Prontuários das Crianças de 0 a 24 meses

II. Assistência:

Questão 5.

Nº C. – número de consultas

FORMA

1ª V – primeira vez

SUB – subsequente

P. A. – pronto atendimento

S. R. – sem registro

MOTIVO

P – puericultura

D – doença

R – revisão/ retorno

SM – sem motivo definido

PROFISSIONAIS

MP – médico pediatra

MG – médico generalista do PSF

E – enfermeiro fora do PSF

EG – enfermeiro do PSF

D – dentista

N – nutricionista

AS – Assistente Social

P – psicólogo

F – fonoaudiólogo

O – Outros (psiquiatria, infectologia, dermatologia)

III. Crescimento:

Questão 10.

DESENVOLVIMENTO

A – atrasado

N – normal

SR – sem registro

REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL, ÁPGAR, TESTE DO PEZINHO, CONDIÇÃO
OBSTÉTRICA MATERNA

S – sim
N – não

TIPO DE PARTO

N – natural
C – cesário
F – fórceps
SR – sem registro

V. Dimensão da ação integral e da promoção da saúde:

Questão 12.

ALEITAMENTO

ME – materno exclusivo
M – misto
A – artificial
SR – sem registro

SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO, INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS,
ADEQUAÇÃO ALIMENTAR

S – sim
N – não

OUTROS SUPLEMENTOS

Vit. C – vitamina C
Vit A – vitamina A
Polivit – polivitamínico

Apêndice 3: Roteiro de entrevistas aos profissionais

**UFF – FACULDADE DE MEDICINA
MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
FIOCRUZ – ENSP - CSEGSF**

Roteiro de Entrevista

Público alvo: profissionais de nível superior envolvidos, diretamente, no cuidado as crianças de 0 a 24 meses no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF).

1. Identificação:

Nome:

Data de nascimento: / /

Profissão:

Tempo de formado:

Tempo de trabalho no CSEGSF:

Setor de trabalho:

2. Qual é o seu público de atendimento no CSEGSF?
3. Para você o que é puericultura?
4. Quem deve realizar a puericultura?
5. Que elementos são necessários à realização de uma boa puericultura?
6. Em sua prática de puericultura você utiliza todos os elementos que julga necessários para uma boa prática e por quê? O que falta?
7. Qual o papel da família na puericultura?
8. Em sua concepção o que é cuidado? Como você estabelece o seu plano de cuidados a criança?
9. Você conhece e/ou trabalha com alguma normatização para o atendimento da puericultura? Segue algum protocolo? Qual?

Apêndice 4: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos entrevistados

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “*Avaliação da Puericultura do CSEGSF, um estudo descritivo*” como proposta de dissertação para obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal Fluminense. Você foi selecionado por estar diretamente no atendimento a crianças de 0 a 2 anos desta instituição, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os objetivos deste estudo são:

Objetivo Geral: Avaliar a puericultura das crianças de 0 a 2 anos atendidas no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ - RJ na perspectiva do cuidado.

Objetivos Específicos: Descrever o cenário sócio-político em que está inserido o atendimento a criança de 0 a 2 anos no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria – ENSP/ FIOCRUZ; Avaliar os registros da assistência prestada as crianças de 0 a 2 anos do CSEGSF/ ENSP/ FIOCRUZ, no período de junho de 2002 a junho de 2007; Analisar a qualidade dos registros da assistência prestada sob a perspectiva do cuidado integral no período de junho de 2002 a junho de 2007; Estabelecer parâmetros de qualidade da assistência à puericultura na ótica da atenção integral.

Sua participação nesta pesquisa consistirá de responder algumas perguntas, na forma de **entrevista** com gravação digital. Não haverá risco em sua participação, pois os dados coletados serão tratados de forma confidencial. Além disto, seu nome não será divulgado e seu depoimento será mantido em sigilo. Sua contribuição à pesquisa é de fundamental importância para o alcance dos objetivos propostos, bem como para o conhecimento da realidade do serviço de puericultura do Centro de Saúde Escola.

A entrevista terá um tempo de duração estimado de 30 minutos e após sua transcrição, todo o material será apagado.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome e assinatura do pesquisador

Contato CSEGSF:

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo.
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ CEP. 21041-210
E-mail: scsegsf@ensp.fiocruz.br
Tel. (21) 2598-2520

CEP:

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 314
Manguinhos – Rio de Janeiro – RJ CEP. 21041-210
E-mail: cep@ensp.fiocruz.br
Tel. e Fax – (21) 2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

ANEXOS

Anexo 1: Calendário Básico de Vacinação Infantil

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG - ID	dose única	Formas graves de tuberculose
	Vacina contra hepatite B (1)	1ª dose	Hepatite B
1 mês	Vacina contra hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2)	1ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	1ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Rotavírus Humano) (3)	1ª dose	Diarréia por Rotavírus
4 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	2ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4)	2ª dose	Diarréia por Rotavírus
6 meses	Vacina tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo Haemophilus influenzae tipo b
	VOP (vacina oral contra pólio)	3ª dose	Poliomielite (paralisia infantil)
	Vacina contra hepatite B	3ª dose	Hepatite B
9 meses	Vacina contra febre amarela (5)	dose inicial	Febre amarela
12 meses	SRC (tríplice viral)	dose única	Sarampo, rubéola e caxumba
15 meses	VOP (vacina oral contra pólio)	reforço	Poliomielite (paralisia infantil)
	DTP (tríplice bacteriana)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
4 - 6 anos	DTP (tríplice bacteriana)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	SRC (tríplice viral)	reforço	Sarampo, rubéola e caxumba
10 anos	Vacina contra febre amarela	reforço	Febre amarela

1) A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

2) O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.

3) É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

4) É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.

5) A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

Anexo 2: Os Dez Passos da Alimentação Saudável – Ministério da Saúde (2002)

PASSO 1 - Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.

O leite materno contém tudo o que a criança necessita até os 6 meses de idade, inclusive água, além de proteger contra infecções. A criança que recebe outros alimentos além do leite materno antes dos seis meses, principalmente através de mamadeira, incluindo água e chás, pode adoecer mais e ficar desnutrida.

PASSO 2 - A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os dois anos de idade ou mais.

A partir dos seis meses, o organismo da criança já está preparado para receber alimentos diferentes do leite materno, que são chamados de alimentos complementares. Mesmo recebendo outros alimentos, a criança deve continuar a mamar no peito até os dois anos ou mais, pois o leite materno continua alimentando a criança e protegendo-a contra doenças. Com a introdução da alimentação complementar, é importante que a criança receba água nos intervalos das refeições.

PASSO 3 - A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

Se a criança está mamando no peito, três refeições por dia com alimentos adequados são suficientes para garantir uma boa nutrição e crescimento, no primeiro ano de vida. No segundo ano de vida, devem ser acrescentados mais dois lanches, além das três refeições. Se a criança não está mamando no peito, deve receber cinco refeições ao dia com alimentos complementares já a partir do sexto mês. Algumas crianças precisam ser estimuladas a comer (nunca forçadas).

PASSO 4 - A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre à vontade da criança.

Crianças amamentadas no peito em livre demanda desenvolvem muito cedo a capacidade de autocontrole sobre a ingestão de alimentos, aprendendo a distinguir as sensações de saciedade após as refeições e de fome após o jejum (período sem oferta de alimentos). Esquemas rígidos de alimentação interferem nesse processo de autocontrole pela criança. Este aprendizado precoce é fundamental na formação das diferenças nos estilos de controle de ingestão de alimentos nos primeiros anos de vida;

O tamanho da refeição está relacionado positivamente com os intervalos entre as refeições (grandes refeições estão associadas a longos intervalos e vice-versa). É importante que as mães desenvolvam a sensibilidade para distinguir o desconforto do bebê por fome de outros tipos de desconforto (sono, frio, calor, fraldas molhadas ou sujas, dor, necessidade de carinho), para que elas não insistam em oferecer alimentos à criança quando esta não tem fome. Sugere-se, sem esquema rígido de horário, que, para as crianças em aleitamento materno, sejam oferecidas três refeições complementares, uma no período da manhã, uma no horário do almoço e outra no final da tarde ou no início da noite.

Para as crianças já desmamadas, devem ser oferecidas três refeições mais dois lanches, assim distribuídos: no período da manhã (desjejum), meio da manhã (lanche), almoço, meio da tarde (segundo lanche), final da tarde ou início da noite (jantar).

PASSO 5 - A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas /purês) e, gradativamente, aumentar a sua consistência até chegar à alimentação da família.

No início da alimentação complementar, os alimentos oferecidos à criança devem ser preparados especialmente para ela, sob a forma de papas/purês de legumes/cereais/frutas. São os chamados alimentos de transição. A partir dos oito meses, podem ser oferecidos os mesmos alimentos preparados para a família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos. Sopas e comidas ralas/moles não fornecem energia suficiente para a criança. Deve-se evitar o uso da mamadeira, pois a mesma pode atrapalhar a amamentação e é importante fonte de contaminação e transmissão de doenças. Recomenda-se o uso de copos (copinhos) para oferecer água ou outros líquidos e dar os alimentos semi-sólidos e sólidos com prato e com a colher.

PASSO 6 - Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.

Desde cedo a criança deve acostumar-se a comer alimentos variados. Só uma alimentação variada evita a monotonia da dieta e garante a quantidade de ferro e vitaminas que a criança necessita, mantendo uma boa saúde e crescimento adequados. O ferro dos alimentos é melhor absorvido quando a criança recebe, na mesma refeição, carne e frutas ricas em vitamina C. A formação dos hábitos alimentares é muito importante e começa muito cedo. É comum a criança aceitar novos alimentos apenas após algumas tentativas e não nas primeiras. O que pode parecer rejeição aos novos alimentos é resultado do processo natural da criança em conhecer novos sabores e texturas e da própria evolução da maturação dos reflexos da criança. Os alimentos devem ser oferecidos separadamente, para que a criança aprenda a identificar as suas cores e sabores. Colocar as porções de cada alimento no prato, sem misturá-las.

PASSO 7 - Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

As crianças devem acostumar-se a comer frutas, verduras e legumes desde cedo, pois esses alimentos são importantes fontes de vitaminas, cálcio, ferro e fibras. Para temperar os alimentos, recomenda-se o uso de cebola, alho, óleo, pouco sal e ervas (salsinha, cebolinha, coentro).

PASSO 8 – Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

Açúcar, sal e frituras devem ser consumidos com moderação, pois o seu excesso pode trazer problemas de saúde no futuro. O açúcar somente deve ser usado na alimentação da criança após um ano de idade. Esses alimentos não são bons para a nutrição da criança e competem com alimentos mais nutritivos. Deve-se evitar alimentos muito condimentados (pimenta, mostarda, “catchup”, temperos industrializados).

PASSO 9 - Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos; garantir o seu armazenamento e conservação adequada.

Para uma alimentação saudável, deve-se usar alimentos frescos, maduros e em bom estado de conservação. Os alimentos oferecidos às crianças devem ser preparados pouco antes do consumo; nunca oferecer restos de uma refeição. Para evitar a contaminação dos alimentos e a transmissão de doenças, a pessoa responsável pelo preparo das refeições deve lavar bem as mãos e os alimentos que serão consumidos, assim como os utensílios onde serão preparados e servidos. Os alimentos devem ser guardados em local fresco e protegidos de insetos e outros animais. Restos de refeições que a criança recusou não devem ser oferecidos novamente.

PASSO 10 - Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.

As crianças doentes, em geral, têm menos apetite. Por isso, devem ser estimuladas a se alimentar, sem, no entanto, serem forçadas a comer. Para garantir uma melhor nutrição e hidratação da criança doente, aconselha-se oferecer os alimentos de sua preferência, sob a forma que a criança melhor aceite, e aumentar a oferta de líquidos. Para a criança com pouco apetite, oferecer um volume menor de alimentos por refeição e aumentar a frequência de oferta de refeições ao dia. Para que a criança doente alimente-se melhor, é importante sentar-se ao lado dela na hora da refeição e ser mais flexível com horários e regras. No período de convalescença, o apetite da criança encontra-se aumentado. Por isso, recomenda-se aumentar a oferta de alimentos nesse período, acrescentando pelo menos mais uma refeição nas 24 horas. Enquanto a criança come com sua própria colher, a pessoa responsável pela sua alimentação deve ir oferecendo-lhe alimentos com o uso de outra.

Anexo 3: Aprovação do CEP/ ENSP

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

 Fundação Oswaldo Cruz
 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
 Comitê de Ética em Pesquisa


Rio de Janeiro, 14 de setembro de 2007.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº. 98/07
CAAE: 0099.0.031.000-07

Título do Projeto: “Avaliação da puericultura do CSEGSEF, um estudo descritivo”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisador Responsável: Alex Simões de Mello

Orientadora: Marilda Andrade

Instituição onde o trabalho de campo se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 14 / 08 / 2007

Data de apreciação: 15 / 08 / 2007

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Inês Nascimento de Carvalho Reis
 Coordenadora Adjunta
 Comitê de Ética em Pesquisa
 CEP/ENSP

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](#)