

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SAÚDE DA CRIANÇA NO EXTREMO SUL DA BAHIA, BRASIL

Márcia Maria dos Santos de Moraes^a

<https://orcid.org/0000-0001-5344-2337>

Jéssica Mayara Oliveira Afonso^b

<https://orcid.org/0009-0009-5521-4835>

Mércia Kimdolly de França Nascimento^c

<https://orcid.org/0000-0002-8393-230X>

Gessitania Rocha Pires Pereira^d

<https://orcid.org/0000-0001-7535-7344>

Samuel Costa Pereira^e

<https://orcid.org/0009-0006-0555-5832>

Brenda Santana de Souza^f

<https://orcid.org/0009-0009-8359-9963>

Resumo

A Estratégia Saúde da Família é ordenadora do cuidado prestado às crianças em assistência, da prevenção de agravos e da promoção da saúde na maioria dos municípios de médio e pequeno porte. Este estudo descreve os cuidados prestados à saúde da criança no Extremo Sul da Bahia, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, e discute a ausência do pediatra nesse contexto. Trata-se de estudo descritivo realizado nos 13 municípios da região. Coordenadores da atenção básica, médicos e enfermeiros responderam a distintos questionários online sobre a estrutura da Estratégia Saúde da Família e a forma de atendimento às crianças. Para os coordenadores, a cobertura para identificação precoce da gestação é baixa; 60% dos municípios realizam visita puerperal em até uma semana; na maior parte dos casos, a única triagem neonatal realizada é a biológica;

^a Médica. Doutora em Medicina (Pediatria). Docente Adjunta da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), campus Paulo Freire. Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: dra.marciamaria@uol.com.br

^b Bacharel em Saúde. Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: jessicamayaraoli@gmail.com

^c Médica. Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: merciakimdolly@gmail.com

^d Bacharel em Saúde. Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: gessitania2040@gmail.com

^e Bacharel em Saúde. Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: samuelcp3@gmail.com

^f Bacharel em Saúde. Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: brendasdsouza18@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Federal do Sul da Bahia. Avenida Getúlio Vargas, n. 1732A, Monte Castelo. Teixeira de Freitas, Bahia, Brasil. CEP: 45996-108. E-mail: dra.marciamaria@uol.com.br

a distribuição da caderneta da criança é regular para 56,2%; e a principal dificuldade encontrada na atenção à criança é a alta demanda da Estratégia Saúde da Família para outros grupos prioritários. As consultas de puericultura não têm agenda organizada, podendo ser periódicas ou por livre demanda, e cerca de 35% a 60% delas resultam no encaminhamento da criança para o parecer de pediatras, mas 90% dos médicos e 74% dos enfermeiros informam não receber contrarreferência do serviço especializado. Os profissionais destacam dificuldades para orientar famílias sobre comportamento, alimentação, higiene e sono. Os resultados possibilitam identificar falhas na assistência e no cuidado integral a esse público, contrariando o que preconizam suas políticas. Sobre a qualidade do cuidado, discute-se o papel do pediatra na composição dessa estratégia.

Palavras-chave: Atenção integral à saúde da criança. Estratégia Saúde da Família. Atenção primária à saúde.

FAMILY HEALTH STRATEGY AND CHILD HEALTH IN THE EXTREME SOUTH OF BAHIA, BRAZIL

Abstract

The Family Health Strategy is the organizer of the care provided to children in assistance, of prevention of diseases, and of health promotion in most Brazilian medium and small municipalities. This study describes the care provided to the health of children in the Extreme South of Bahia, in the context of the Family Health Strategy, and discusses the absence of the pediatrician in this context. This is a descriptive study carried out in the 13 municipalities of the region. Primary care coordinators, physicians, and nurses answered different online questionnaires about the structure of the Family Health Strategy and the way they care for children. For the coordinators, the coverage for the early identification of pregnancy is low; 60% of the municipalities perform puerperal visits within one week; and in most cases the only neonatal screening performed is the biological one; the distribution of the child's booklet is regular for 56.2%, and the main difficulty found in childcare is the high demand of the Family Health Strategy for other priority groups. The childcare consultations do not have an organized schedule, and may be periodical or by free demand, and about 35% to 60% of them result in referring children for a pediatricians' opinion, but 90% of the doctors and 74% of the nurses reported not receiving counter-reference from the specialized service. The professionals highlighted difficulties to guide families about the child's behavior, feeding, hygiene, and sleep. The results made it possible to identify failures in the assistance and comprehensive care to this public, contrary to what their policies advocate. About the quality of care, the role of the pediatrician in the composition of this strategy is discussed.

Keywords: Comprehensive health care. National health strategies. Primary health care.

Resumen

La Estrategia Salud Familiar coordina la atención prestada a los niños en la asistencia, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en la mayoría de los municipios brasileños de mediano y pequeño tamaños. Este estudio describe la atención prestada a la salud de los niños en el Extremo Sur de Bahía (Brasil), en el contexto de la Estrategia Salud Familiar, y discute la ausencia del pediatra en este contexto. Se trata de un estudio descriptivo realizado en los trece municipios de la región. Los coordinadores de la atención primaria, los médicos y los enfermeros respondieron diferentes cuestionarios en línea sobre la estructura de la Estrategia Salud Familiar y la forma de atención a los niños. Para los coordinadores, la cobertura para identificar precozmente el embarazo es baja; el 60% de los municipios realizan visitas puerperales en el plazo de una semana; y en casi todos ellos el único cribado neonatal que se realiza es el biológico; la distribución de la cartilla infantil es regular para el 56,2%, y la principal dificultad encontrada en la atención infantil es la alta demanda de la Estrategia Salud Familiar para otros colectivos prioritarios. Para los médicos y los enfermeros, las consultas de puericultura no tienen una agenda organizada que pueden ser por periodicidad o libre demanda; y cerca del 35% y 60% de estas remiten a los niños para los pediatras, pero el 90% de los médicos y el 74% de los enfermeros relataron no recibir contrarreferencia del servicio especializado. Los profesionales destacaron las dificultades para orientar a las familias sobre el comportamiento, la alimentación, la higiene y el sueño. Los resultados permiten identificar carencias en la asistencia y el cuidado integral a este público, contrariando lo que preconiza sus políticas. Con relación a la calidad del cuidado, se discutió el papel del pediatra en la composición de esta estrategia.

Palabras clave: Atención integral de salud. Estrategias de salud nacionales. Atención primaria de salud.

INTRODUÇÃO

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica, porta de entrada para os serviços de saúde, é a responsável pelo cuidado longitudinal da saúde da criança, devendo a equipe multiprofissional promover assistência e reabilitação, bem como ações de promoção e prevenção da saúde. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Rede Cegonha a fim de garantir qualidade e segurança na atenção humanizada à mulher durante o ciclo reprodutivo, englobando a assistência ao planejamento familiar, gestação e

puerpério, bem como a saúde da criança, fornecendo o direito à assistência ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis¹.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) representa um marco para a assistência a esse público por articular ações em todos os níveis da atenção, sinalizadas em eixos que compõem a atenção integral à saúde da criança, propiciando estratégias e ações para profissionais de saúde e para a gestão municipal².

De acordo com essa política, a assistência adequada à criança deve compreender a atenção à gestação, desde o pré-natal ao nascimento, bem como os cuidados com o recém-nascido, integrando as ações desenvolvidas na atenção básica voltadas à maternidade; o incentivo ao aleitamento materno; o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; o diagnóstico precoce e o tratamento de doenças prevalentes e crônicas; a atenção qualificada à criança em situação de violência sexual, física ou psicológica, àquela em situação de negligência ou abandono e àquela com algum tipo de deficiência².

A caderneta de saúde da criança, instrumento que auxilia o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a vigilância da saúde integral da criança, vem sofrendo modificações ao longo dos anos. Em 2019, passou a ser chamada de Caderneta da Criança (CC), pois permite o registro de informações não só relacionadas à saúde, mas também às demais políticas sociais, especialmente as referentes à assistência social e à educação. Na edição mais recente, foi incluída a escala Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F), que auxilia a identificação de possível transtorno do espectro autista em crianças com idade entre 16 e 30 meses³.

Já o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) tem como objetivo geral identificar distúrbios e doenças no recém-nascido em tempo oportuno para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo àqueles com diagnóstico positivo. A triagem é realizada através de testes capazes de detectar precocemente um grupo de doenças e alterações, geralmente assintomáticas no período neonatal, porém potencialmente causadoras de danos durante o crescimento e desenvolvimento das crianças acometidas⁴.

Instituído no ano de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) é mais uma política importante para a saúde integral do público infantil. Ele se baseia no princípio de que as escolas são espaços importantes para a promoção e a educação em saúde das crianças, uma vez que elas possibilitam a síntese do conhecimento a partir do encontro de saberes distintos, tornando-se um espaço de referência, de promoção da qualidade de vida e de redução de vulnerabilidades e riscos à saúde dessa população⁵.

O Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), trouxe uma nova estruturação dos serviços de saúde e sua ampliação, influenciando positivamente a saúde da criança no Brasil ao promover maior proximidade e responsabilização dos profissionais de saúde pelas famílias que necessitam de cuidados⁶.

A ESF é o modelo de atenção primária mais presente nos municípios brasileiros, principalmente naqueles de menor porte. Essa estratégia tem como uma de suas ações o acompanhamento e a vigilância do desenvolvimento das crianças do seu território, cabendo à equipe da ESF realizar esse seguimento e garantir frequência às consultas, visitas domiciliares, orientações para os cuidados iniciais, práticas de educação em saúde e encaminhamentos necessários, assim como acompanhar os marcos do desenvolvimento da criança e as ações territoriais pertinentes ao projeto terapêutico de cada criança e família⁷.

Contudo, ao longo dos anos de implantação da ESF, observa-se que as ações relacionadas à saúde da criança e ao cuidado integral não têm se efetivado plenamente e que a população infantil tem encontrado dificuldade de acesso ou de atendimento de suas necessidades de saúde, que são apenas parcialmente satisfeitas⁸⁻¹¹. Nesse sentido, os serviços precisam estar organizados para realizar o acompanhamento rotineiro da criança, da gestação até a adolescência, identificando e abordando as vulnerabilidades específicas de cada fase do crescimento e desenvolvimento infantil, nos diversos cenários de se fazer saúde.

Barreiras de acesso e falta de resolutividade diante das necessidades das crianças refletem as dificuldades da ESF no acompanhamento desse público e no modo como a oferta dos serviços vem sendo praticada em muitos municípios brasileiros, principalmente no que se refere à atenção integral, que impõe ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e identificação de doenças sensíveis de acompanhamento na atenção primária¹¹.

Na ESF, haveria que se trabalhar com várias alternativas de composição para as equipes, conforme as características de cada população ou de cada espaço geocultural, desde que fossem asseguradas as funções essenciais da rede básica, como capacidade de resolver problemas com ações clínicas, de saúde coletiva e mediante o acolhimento¹².

Enquanto alternativa de composição da equipe, debate-se a inclusão do pediatra na ESF. O pediatra seria o profissional de apoio nas unidades básicas que favoreceria a qualidade de assistência à saúde da criança, assim como a resolubilidade¹³. Contudo, esses profissionais precisariam estar capacitados nas tecnologias próprias da ESF, principalmente no que se refere à abordagem do território e à compreensão do que venha a ser trabalhar com equipes multiprofissionais, podendo contribuir com seu saber específico para o aperfeiçoamento do sistema ao assumir, quando necessário, a interlocução da sua equipe com instituições e especialistas¹⁴.

Assim, esta pesquisa teve por objetivo descrever a assistência prestada à saúde da criança nascida na microrregião do Extremo Sul da Bahia, no âmbito da ESF, e contribuir para a discussão acerca da ausência do médico pediatra nesse contexto.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva, analítica e quantitativa que foi realizada por meio de levantamento de dados. O campo de estudo foram os 13 municípios que contemplam a microrregião do Extremo Sul da Bahia, que tem uma estimativa populacional de 164.290 habitantes e índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,685¹⁵. A região conta com apenas um município com mais de 100 mil habitantes, que é referência para a atenção em saúde de toda a microrregião nos serviços de média e alta complexidade. Esse município dispõe de uma policlínica de referência estadual para atenção especializada ambulatorial, uma unidade municipal materno-infantil de referência regional para atendimento a partos, urgência/emergência e internações pediátricas com leitos de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), além de um centro especializado em reabilitação¹⁵.

A ESF é o principal arranjo organizacional para o atendimento às ações básicas de saúde de toda a região, com cobertura populacional acima de 90% na maioria dos municípios, chegando a 100% naqueles de pequeno porte¹⁶. É a porta de entrada para as ações básicas de saúde destinadas ao público materno-infantil.

Para descrever a assistência prestada às crianças pela ESF, foram formados dois grupos de participantes que responderam a um questionário online no período de novembro 2020 a fevereiro de 2021. Um grupo foi formado por coordenadores da atenção básica dos 13 municípios e responderam a questões sobre a estrutura da atenção básica para atender as demandas do público pediátrico em relação ao pré-natal, ao puerpério e ao acompanhamento da saúde da criança. O outro grupo, constituído por médicos e enfermeiros que trabalhavam nas equipes da ESF dos 13 municípios, respondeu a questões sobre a forma de atendimento às crianças na ESF.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva simples utilizando frequências. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia (CEP/UFSB) sob CAAE nº 15004719.1.0000.8467.

RESULTADOS

Um total de 17 coordenadores ou ex-coordenadores da atenção básica e 101 profissionais de saúde responderam ao questionário, com representação de todos os 13 municípios participantes nos dois grupos.

GRUPO DE COORDENADORES DA ATENÇÃO BÁSICA

Esse grupo respondeu a questões relacionadas à caracterização da atenção básica e das ações relacionadas ao programa de saúde da criança na ESF (**Tabelas 1 e 2**). Segundo 64,7% dos coordenadores, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) não dispõem de teste rápido para gravidez, e para 53% não há estratégia para a captação precoce de gestantes (até a 12ª semana de gestação). Todos os coordenadores responderam que as equipes fazem busca ativa de gestantes faltosas, e 94,1% relataram que não há dificuldades de acesso ao ambulatório de gestação de alto risco. A maioria também relatou que os municípios realizam visita puerperal, e 62,5% deles informaram que essa visita é realizada em até uma semana após o parto e 25% que ela é realizada em até 15 dias. As visitas são feitas predominantemente por enfermeiros, técnicos e agentes comunitários de saúde (ACS), enquanto médicos estão presentes em 17,6% delas.

Tabela 1 – Procedimentos realizados no pré-natal e no puerpério na Estratégia Saúde da Família segundo coordenadores ou ex-coordenadores da atenção básica no Extremo Sul da Bahia. Bahia, Brasil – 2021

Ações realizadas	N	%
Total de coordenadores	17	
As UBS dispõem de teste rápido de gravidez?		
Sim	6	35,3
Não	11	64,7
Existe alguma estratégia para a captação precoce das gestantes (< 12ª semana de gestação)?		
Sim	8	47
Não	9	53
É realizada a busca ativa das gestantes faltosas?		
Sim	17	100
Não	0	0
Existem dificuldades para marcar consultas para o pré-natal de alto risco?		
Sim	1	5,9
Não	16	94,1
São realizadas visitas domiciliares à puérpera e ao recém-nascido?		
Sim	16	94,1
Não	1	5,9
Qual o tempo, em média, após a alta da maternidade para que essa visita ocorra?		
Até uma semana	10	58,8
Até 15 dias	4	23,5
Até 1 mês	2	11,8
Depende do local	1	5,9
Quem é o profissional que realiza essa visita?		
Enfermeiro, ACS	7	41,2
Médico, enfermeiro, ACS, técnico de enfermagem	3	17,6
Enfermeiro, ACS, técnico de enfermagem	3	17,6
Enfermeiro	3	17,6
ACS	1	5,9

Fonte: Elaboração própria.

ACS = agente comunitário de saúde

UBS = Unidade Básica de Saúde

Tabela 2 – Procedimentos realizados relacionados à saúde da criança na Estratégia Saúde da Família segundo coordenadores/ex-coordenadores da atenção básica no Extremo Sul da Bahia. Bahia, Brasil – 2021

Procedimentos/Ações	N	%
Total de coordenadores	17	
Em relação aos equipamentos para o atendimento às crianças, as UBS dispõem de:		
Balança pediátrica, régua antropométrica, estetoscópio infantil e esfigmomanômetro em diferentes tamanhos	8	47,3
Balança pediátrica, régua antropométrica e estetoscópio infantil	7	41,2
Balança pediátrica e régua antropométrica	2	11,8
Há distribuição regular da caderneta de saúde da criança preconizada pelo Ministério da Saúde?		
Sim	10	58,8
Não, falta com frequência	7	41,2
Quais testes de triagem neonatal o município disponibiliza?		
Apenas o “teste do pezinho”	16	94,1
“Teste do coraçozinho”	1	5,9
Quem são os profissionais responsáveis pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nas UBS?		
Enfermeiro e médico	9	52,9
Enfermeiro, médico, odontólogo e profissionais do Nasf	3	17,6
Enfermeiro	2	11,8
Enfermeiro, médico e odontólogo	1	5,9
Enfermeiro, médico e profissionais do Nasf	1	5,9
Enfermeiro e profissionais do Nasf	1	5,9
É realizada a busca ativa de crianças menores de 2 anos faltosas?		
Sim	14	82,4
Não	3	17,6
Existem dificuldades para marcar consultas com médico pediatra?		
Sim	3	17,6
Não	14	82,4
Para onde é encaminhada a criança que necessita de procedimento ou avaliação não disponível na UBS?		
Emergência/hospital do município	15	88,2
Emergência/hospital de outro município	2	11,8
Existe o Programa Saúde na Escola no município?		
Sim	17	100
Não	0	0
As UBS realizam atividades de promoção e prevenção de saúde nas creches e nas escolas do município?		
Sim	15	88,2
Não	2	11,8
Existe alguma atividade de educação permanente para os profissionais que trabalham com saúde da criança?		
Sim	8	47,1
Não	9	52,9
Qual a principal dificuldade encontrada na atenção à saúde da criança?		
Alta demanda na ESF para outros grupos prioritários	9	52,9
Falta de ambulatório de pediatria	4	23,5
Pouca interação dos profissionais para o trabalho em equipe	3	17,6
Outras: microáreas descobertas, regiões periféricas	1	5,9

Fonte: Elaboração própria.

ESF = Estratégia Saúde da Família

Nasf = Núcleo Ampliado de Saúde da Família

UBS = Unidade Básica de Saúde

Em relação aos equipamentos para o atendimento pediátrico, apenas 47,3% das UBS dispõem de balança pediátrica, régua antropométrica, estetoscópio e esfigmomanômetro infantis. A CC tem distribuição regular para 58,8% dos respondentes. Em 94,1% dos municípios a única triagem neonatal ofertada é a biológica. Para 52,9% dos coordenadores, médicos e enfermeiros são os principais responsáveis pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nas UBS; e 17,6% incluíram o odontólogo e equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf). Entre os coordenadores, 82,4% relataram que as UBSs realizam a busca ativa de crianças menores de 2 anos que faltam às consultas.

Para 82,4% dos coordenadores não há dificuldades de acesso à consulta com pediatra, sendo que 11,8% relataram que, quando a criança necessita de procedimento ou avaliação não disponível na UBS, elas são encaminhadas para emergência ou hospital de outro município. Todos informaram que os municípios ofertam o PSE, e 88,2% afirmaram a existência de atividades de prevenção e promoção de saúde nas creches e escolas. Segundo 52,9% dos coordenadores, não há oferta de atividades de educação permanente relacionadas à saúde da criança. Quanto à principal dificuldade encontrada na atenção à saúde da criança, os coordenadores identificaram a alta demanda na ESF para outros grupos prioritários (52,9%), seguida da falta de ambulatório de pediatria (23,5%) e a pouca interação dos profissionais para o trabalho em equipe (17,6%).

GRUPO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ESF (MÉDICOS E ENFERMEIROS)

Esses profissionais responderam a questões sobre atendimentos e ações relacionados à saúde da criança (**Tabela 3**). Dos 101 profissionais que responderam ao questionário, 64,4% eram enfermeiros e 41,6% médicos. A maioria dos médicos (62,5%) e 32,8% dos enfermeiros tinham entre um e cinco anos de atuação na ESF (**Tabela 3**).

Tabela 3 – Tempo de atuação de enfermeiros e médicos na Estratégia Saúde da Família do Extremo Sul da Bahia. Bahia, Brasil – 2021

Tempo de atuação	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
< 1 ano	17	27,9	5	12,5
Entre 1 e 5 anos	20	32,8	25	62,5
Entre 6 e 10 anos	14	22,9	5	12,5
> 10 anos	10	16,4	5	12,5
Total	61		40	

Fonte: Elaboração própria.

Perguntados sobre a preferência de faixa etária para atendimentos, a maioria dos enfermeiros relatou não ter preferência, enquanto os médicos se dividiram entre preferência por atender adultos (45%) e não ter preferências (45%). Para a maioria dos profissionais, a UBS realiza a busca ativa de recém-nascidos, e o principal responsável por essa ação é o ACS. Em relação às consultas de puericultura, 20% dos médicos relataram não a realizar; e, para 47,5% dos médicos e 65,6% dos enfermeiros, a periodicidade ocorre conforme a idade da criança, enquanto 40% e 31,1% dos médicos e dos enfermeiros, respectivamente, afirmaram que essas consultas ocorrem por livre demanda; e 67% dos profissionais relataram trabalhar com agenda compartilhada. Médicos (30%) e enfermeiros (26,2%) informaram que crianças egressas de internações prolongadas em UTIN não têm consulta de rotina garantida nas UBS (**Tabela 4**).

Tabela 4 – Processo de trabalho e formas de atendimento às crianças de enfermeiros e médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família do Extremo Sul da Bahia. Bahia, Brasil – 2021

(continua)

Processo de trabalho/Formas de atendimento	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
No atendimento, qual a faixa etária de sua preferência?				
Crianças < 2 anos	5	8,2	3	7,5
Adolescentes	1	1,6	1	2,5
Adultos	6	9,9	18	45
Não tenho preferência	49	80,3	18	45
A unidade de saúde realiza busca ativa de recém-nascidos?				
Sim	60	98,4	37	92,5
Não	1	1,6	3	7,5
Quem é o profissional responsável por essa captação?				
ACS	45	73,8	25	62,5
Enfermeiros	16	26,2	15	37,5
Em relação às consultas de puericultura, você as realiza?				
Sim	54	88,5	29	72,5
Não	2	3,3	8	20
Não respondeu	5	8,2	3	7,5
Se sim, qual a periodicidade dessas consultas?				
Conforme a idade da criança	40	65,6	19	47,5
É livre demanda	19	31,1	16	40
Não respondeu	2	3,3	5	12,5
O atendimento de puericultura tem agenda compartilhada entre médico e enfermeiro?				
Sim	41	67,2	27	67,5
Não	20	32,8	13	32,5
Crianças egressas de internações longas em UTIN têm consulta de rotina garantida na unidade de saúde?				
Sim	45	73,8	28	70
Não	16	26,2	12	30
Em quais situações a criança é mais frequentemente encaminhada para outros serviços?				
Parecer de pediatra	35	57,4	17	36,2
Urgência/emergência	19	31,1	18	38,3
A pedido dos responsáveis	7	11,5	12	25,5

Tabela 4 – Processo de trabalho e formas de atendimento às crianças de enfermeiros e médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família do Extremo Sul da Bahia, Bahia, Brasil – 2021

Processo de trabalho/Formas de atendimento	(conclusão)			
	Enfermeiros		Médicos	
	N	%	N	%
Ao encaminhar a criança, você fornece informações por escrito ao especialista ou serviço especializado?				
Sim	49	80,3	37	92,5
Não	12	19,7	3	7,5
Você recebe informações sobre a criança encaminhada do especialista ou serviço especializado?				
Sim	16	26,2	4	10
Não	45	73,8	36	90
Após o encaminhamento ao especialista, a criança continua sendo acompanhada pela unidade?				
Sim	60	98,4	38	95
Não	1	1,6	2	5
Você tem conhecimento/controla as consultas que as crianças da sua área fazem a especialistas ou serviços especializados?				
Sim	41	67,2	17	42,5
Não	20	32,8	23	57,5
Existe demanda reprimida para o agendamento de consulta com pediatras?				
Sim	12	19,7	9	22,5
Não	44	72,1	28	70
Não respondeu	5	8,2	3	7,5
Existe algum tipo de grupo educativo para crianças?				
Sim	12	19,7	2	5
Não	49	80,3	38	95
E para adolescentes?				
Sim	16	26,2	4	10
Não	43	70,5	35	87,5
Não respondeu	2	3,3	1	2,5

Fonte: Elaboração própria.

ACS = agente comunitário de saúde

UTIN = unidade de terapia intensiva neonatal

Em relação às situações que geram encaminhamentos da criança para outros serviços, 38,3% dos médicos encaminham para urgência, 36,2% para parecer de pediatras e 25,5% quando solicitado pelos responsáveis. Já os enfermeiros, 57,4% relataram encaminhar para parecer de pediatras, 31,1% para urgência e 11,5% por solicitação dos pais. A maioria dos médicos e dos enfermeiros afirmou que fornece encaminhamentos por escrito, entretanto, 19,7% dos enfermeiros não. Em relação às informações sobre o paciente encaminhado ao serviço especializado, 73,8% dos enfermeiros e 90% dos médicos informaram não receber retorno ou contrarreferência. A grande maioria dos profissionais também afirmou que, após o encaminhamento, as crianças continuam sendo acompanhadas na UBS. Contudo, 32,8% dos enfermeiros e 57,5% dos médicos relataram que não têm conhecimento ou controle das consultas

que as crianças fazem a outros serviços. Cerca de 20% dos profissionais alegaram existência de demanda reprimida para consultas pediátricas. Quanto às atividades educativas, para a grande maioria dos profissionais não existem grupos educativos para crianças ou adolescentes (**Tabela 4**).

Esses profissionais também responderam a questões sobre as dificuldades encontradas para orientar os familiares das crianças. As cinco possíveis dificuldades questionadas foram: amamentação e alimentação, crescimento e desenvolvimento, higiene e sono, comportamento e prevenção de acidentes (**Tabela 5**). A dificuldade mais frequente, para ambas as categorias, foi dar orientações sobre o comportamento da criança, seguida da alimentação e, em terceiro lugar, da higiene (do sono, corporal e bucal).

Tabela 5 – Principais dificuldades que enfermeiros e médicos enfrentam para orientar as famílias das crianças na Estratégia Saúde da Família do Extremo Sul da Bahia. Bahia, Brasil – 2021

Situação	Frequência (nº de vezes mencionada)
Maneiras de lidar com o comportamento da criança	57
Amamentação e alimentação complementar	36
Orientações sobre higiene (do sono, corporal, bucal) para cada faixa etária	28
Mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança esperada para cada faixa etária	17
Prevenção de acidentes para cada faixa etária	15

Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa buscou descrever a assistência prestada à saúde da criança no Extremo Sul da Bahia, no âmbito da ESF, mostrando a visão de coordenadores e de médicos e enfermeiros das equipes. Mesmo trabalhando com questionários online, o percentual de respondentes foi considerado relevante para os objetivos propostos, já que houve respostas oriundas de todos os municípios estudados.

Conforme as respostas dos coordenadores, é baixa a cobertura para a identificação precoce da gestação, devido à baixa disponibilidade de teste rápido para gravidez e à baixa captação de gestantes para o pré-natal antes da 12ª semana. Sabe-se que quanto mais cedo a mulher inicia o pré-natal, mais precocemente se consegue diagnosticar problemas que podem ser sanados com acompanhamento e tratamento precoce, como as infecções congênitas¹. Estudo nacional, de base hospitalar, que foi realizado entre 2011 e 2012, com cerca de 24 mil mulheres, encontrou como principal motivo para o início tardio do pré-natal a dificuldade para o diagnóstico da gravidez (46,6%), seguida por problemas pessoais (30,1%) e barreiras de acesso (23,2%)¹⁷.

Já para o período neonatal, marcado pela importância da visita puerperal, os achados mostraram que, em mais de 60% dos municípios, a visita ocorre em até uma semana e, para 25%, em até 15 dias, sendo realizada predominantemente por enfermeiros, técnicos e ACS; enquanto a equipe completa, que inclui o médico, ocorre em menos de 20%. Estudo sobre a prática da visita domiciliar no contexto da ESF demonstrou que a visita ainda tem sido realizada de forma fragmentada, sem a presença de toda a equipe, e focada no indivíduo doente, na qual a presença do médico está sempre ligada às práticas curativas e não de promoção de saúde da família¹⁸.

Os profissionais da equipe multiprofissional devem realizar a captação precoce até o quinto dia de vida da criança, a fim de promover as condutas necessárias para o período do desenvolvimento, tais como triagem neonatal e orientações acerca da amamentação e da importância de se estabelecer um vínculo entre a família e o bebê⁷.

Pesquisa nacional sobre fatores associados à adesão à consulta puerperal concluiu que, segundo dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a proporção de consultas puerperais realizadas é baixa (53%) e que a adesão das mulheres à consulta é maior quando recebem visita do ACS, são acompanhadas pelo mesmo médico, realizaram acompanhamento pré-natal e têm uma unidade de saúde como fonte regular de cuidado¹⁹.

Em relação à distribuição da caderneta de saúde da criança, apenas 58,8% dos coordenadores informaram que esta ocorre de forma regular. Sabe-se que a CC é instrumento fundamental de acompanhamento e deve ser entregue à família ainda na maternidade, pois assegura o registro de informações fundamentais para guiar a equipe de saúde nos cuidados de prevenção e promoção da saúde, como imunizações, monitoramento do crescimento e desenvolvimento³.

Contudo, ainda que a CC tenha evoluído no seu conteúdo e se tornado, a cada nova edição, um verdadeiro prontuário do qual pais, responsáveis e profissionais de saúde podem se apropriar, alguns estudos mostram que existem dificuldades de acesso a esse instrumento ou a informações sobre a saúde da criança pelo precário preenchimento por parte dos profissionais, seja na maternidade, na atenção primária ou em outros serviços. Essa situação sinaliza prejuízos no acompanhamento da criança pela falta de informações fundamentais para a vigilância da saúde integral e sugere que o instrumento não vem alcançando os objetivos propostos²⁰⁻²².

Quanto à realização da triagem neonatal, em quase todos os municípios estudados a única triagem realizada é a biológica. A triagem neonatal deve incluir triagem auditiva, ocular e cardíaca, e não apenas das doenças detectadas na triagem biológica, ressaltando que a auditiva e a cardiológica são obrigatórias no país desde 2010 e 2014, respectivamente, e a ocular faz parte do exame físico do recém-nascido⁴. Os resultados deste estudo mostram que as crianças

seguem sem acesso a cuidados importantes. Segundo a PNAISC, todo serviço de assistência à saúde das crianças deve prezar pelo direito à vida e à saúde, ao acesso universal, ao cuidado integral, à equidade, a um ambiente favorável à vida, à humanização e ao controle social².

Em relação à saúde da criança nas escolas, os coordenadores informaram que todos os municípios aderiram ao PSE e a maioria realiza atividades de prevenção e promoção de saúde. Faz-se necessário questionar o impacto dessas ações, pois a proposta do PSE é de muita importância para a melhoria da qualidade de vida da população infantil⁵.

Alguns estudos mostram que os objetivos do PSE não se realizam na prática. Conforme os autores, apesar de haver boa adesão das escolas ao PSE, não houve impacto proporcional sobre a implementação das estratégias propostas na promoção da saúde. Tal fato pode ser explicado pela ausência de monitoramentos sistemáticos do alcance dos resultados propostos pelo PSE²³, mas também pela debilidade das relações entre os profissionais dos equipamentos de saúde e de educação²⁴.

Nesse tocante, é preciso ressaltar as prioridades de ações na ESF dos municípios, já que os coordenadores relataram como principal dificuldade encontrada para a atenção à saúde da criança a alta demanda de outros grupos prioritários. Estudos mostram que a acessibilidade ainda é apontada como forte limitante da qualidade da atenção primária. Além disso, a ESF tem maior expressão entre as populações mais vulneráveis, em localidades com menos recursos, com mais dificuldade para fixação e qualificação de profissionais, o que impacta a qualidade do atendimento integral à saúde da criança²⁵⁻²⁷.

Essa situação se agrava com a verificação de uma atenção fragmentada, centrada em práticas curativas a partir de programas e protocolos verticais, procedimentais e rígidos, o que fragiliza a promoção da saúde da criança e a deixa à margem das práticas de puericultura^{28,29}. Neste estudo, quase metade dos médicos relataram preferir atender adultos, e 20% informaram não realizar consultas de puericultura. Essas, por sua vez, ocorrem por livre demanda para 40% dos médicos e 31% dos enfermeiros. Cerca de 30% e 60% de médicos e enfermeiros, respectivamente, encaminham as crianças para parecer de pediatras. O MS determina que as consultas de rotina para as crianças devem ser realizadas do 3º ao 5º dia de vida, bem como no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses e, após isso, uma vez ao ano. Todavia, cabe ressaltar que crianças com maiores indicativos de vulnerabilidade e fatores de risco devem ser acompanhadas de acordo com a necessidade verificada pela equipe de saúde⁷.

A descontinuidade da assistência e a falta de longitudinalidade do cuidado fica mais evidente pela informação de que cerca de 74% dos enfermeiros e 90% dos médicos não recebem contrarreferência sobre a criança encaminhada ao serviço especializado. Estudo atual

sobre o PMAQ-AB, com foco na avaliação da qualidade da atenção primária à saúde infantil em estados da região Nordeste, avaliou a opinião das usuárias e mostrou que existem divergências na qualidade do cuidado ofertado à saúde infantil. Entre os indicadores analisados, o agendamento das consultas subsequentes foi considerado uma fragilidade dos serviços pelos baixos percentuais alcançados em alguns estados²⁷.

Revisão sistemática recente, cujo objetivo era analisar métodos, instrumentos e principais resultados encontrados em estudos que avaliam a qualidade da assistência à saúde da criança na APS no Brasil, aponta limitações dos serviços que prestam assistência à criança relacionadas a dificuldades de acesso aos serviços, pouca qualificação ou falta de profissionais, problemas de estrutura e de materiais, além da priorização de ações curativas em detrimento das de prevenção e promoção da saúde²⁶.

Por fim, quanto às dificuldades de médicos e enfermeiros em orientar as famílias, os profissionais destacaram como principais as orientações sobre comportamento, alimentação e crescimento e desenvolvimento da criança. Colocados, predominantemente, nas funções curativas, a maioria dos médicos na ESF ficam às margens das ações de promoção de saúde e prevenção de doenças no seguimento das crianças, como mostra esta pesquisa. Estudo em município brasileiro com alta cobertura da ESF procurou identificar as dificuldades dos médicos em ofertar assistência à saúde da criança. Os resultados mostraram falhas no atendimento devido a fragilidades nas habilidades médicas, falta de abordagem multiprofissional e estrutura física inadequada ou inexistência de equipamentos apropriados para o atendimento infantil³⁰.

Em relação aos enfermeiros, pesquisa sobre adesão à puericultura pelas ações do enfermeiro na atenção primária mostrou que a maioria das crianças tiveram número incompleto de consultas e que o enfoque delas foi a aferição das medidas antropométricas, não contemplando a integralidade da atenção para promoção da saúde e prevenção de agravos²⁹.

Para além da discussão sobre acessibilidade aos serviços, é preciso trazer para o centro do debate a qualidade da atenção que vem sendo prestada às crianças e a ausência do médico pediatra na ESF. Ainda que as crianças sejam encaminhadas à atenção secundária para acesso a esse profissional, a prática do cuidado se mantém voltada para ações curativas, pois o encaminhamento só é feito se a criança estiver doente e o acesso às ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, próprias dos pediatras, são colocadas à margem. Nesse contexto, o questionamento que emerge desta pesquisa é: se a atenção básica tem dificuldades para trabalhar a promoção da saúde e encaminha as crianças para avaliação de enfermidades, em que momento estão sendo cumpridas as atribuições da ESF em relação a esse público?

Alguns autores afirmam que a presença do pediatra em uma equipe de saúde da família não pode ser encarada como uma instância de encaminhamento, mas como parte efetiva de todo o processo de trabalho da equipe. Outra opção seria esse profissional fazer parte de uma equipe de referência (apoio), responsabilizando-se pelo matriciamento de duas ou mais equipes, discutindo casos, participando da elaboração de projetos terapêuticos singulares em conjunto e solidariamente se engajando com essas equipes e o domínio dos territórios implicados¹⁴.

Estudo das perspectivas de mães e profissionais de saúde sobre a consulta de puericultura nas unidades básicas mostrou que profissionais de unidades com média de consultas mais baixa afirmaram se sentir pouco capacitados em saúde da criança; que a falta de pediatras na rede básica os deixa sem apoio técnico e sem segurança quando precisam esclarecer dúvidas e discutir casos; e que a ausência dessa categoria afasta ainda mais as mães do serviço de saúde. Os pediatras citaram que acreditam que consultas com diferentes categorias de profissionais se complementam e valorizam a troca de saberes²⁸.

Somada a toda essa discussão, reforça-se a questão de que estudos que avaliam a assistência à saúde da criança estão concentrados, em sua maioria, no Sul e no Sudeste do país. Essas regiões, por possuírem maior número de instituições de ensino e pesquisa, estabelecem melhor integração com os serviços e com a produção de estudos avaliativos no campo da atenção à criança²⁶. Nesse sentido, é preciso avançar na realização de estudos nas regiões Norte e Nordeste do Brasil que contemplem a avaliação da situação da saúde da criança na ESF e a ampliação do debate sobre a incorporação do profissional pediatra em um formato que não desconfigure a essência dessa estratégia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com limitações de abordagem e abrangência geográfica, os resultados desta pesquisa possibilitaram uma apreciação da situação de saúde da criança na conformação da ESF, além de apontarem falhas na assistência e no cuidado integral desse público na atenção primária, contrariando o que preconiza a PNAISC.

Nesse sentido, torna-se imperativo concentrar o olhar sobre as necessidades básicas da criança, que, enquanto ser em desenvolvimento, tem direito a uma saúde integral e qualificada, para que possa se tornar um adulto saudável e socialmente adaptado.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Márcia Maria dos Santos de Moraes, Jéssica Mayara Oliveira Afonso, Mércia Kimdolly de França Nascimento, Gessitania Rocha Pires Pereira, Samuel Costa Pereira e Brenda Santana de Souza.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Márcia Maria dos Santos de Moraes e Jéssica Mayara Oliveira Afonso.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Márcia Maria dos Santos de Moraes e Jéssica Mayara Oliveira Afonso.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Márcia Maria dos Santos de Moraes, Jéssica Mayara Oliveira Afonso, Mércia Kimdolly de França Nascimento, Gessitania Rocha Pires Pereira, Samuel Costa Pereira e Brenda Santana de Souza.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília (DF); 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2015 ago 6. Seção 1, p. 37.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de saúde da criança: passaporte para cidadania – menina. 2a ed. Brasília (DF); 2020.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001. Brasília (DF); 2001.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola. Brasília (DF); 2009.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília (DF); 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília (DF); 2012.
8. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. Texto Contexto Enferm. 2011;20(Spe):263-71.
9. Vanderlei LCM, Navarrete MLV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. Rev Saúde Pública. 2013;47(2):379-89.
10. Silva RMM, Viera CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. Rev Bras Enferm. 2014;67(5):794-802.

11. Sanine PR, Zarili TFT, Nunes LO, Dias A, Castanheira ERL. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2018;34(6):e00094417.
12. Campos GWS. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Colet*. 2007;12(2):301-6.
13. Almeida PVB, Zanolli ML. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(Suppl 1):1479-88.
14. Rivorêdo CRSE, Oliveira GN, Mendes RT. A prática pediátrica no SUS: reflexões sobre o papel dos pediatras na Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(10):4221-8.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Bahia [Internet]. Rio de Janeiro (RJ); 2023 [citado em 2022 fev 18]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/panorama>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistemas da Atenção Básica. e-Gestor: informação e gestão da atenção básica [Internet]. Brasília (DF); 2022 [citado em 2022 jun 22]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/>.
17. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):S85-100.
18. Gaíva MAM, Siqueira VCA. A prática da visita domiciliária pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Cuid Saúde*. 2011;10(4):697-704.
19. Baratieri T, Lentsck MH, Falavina LP, Soares LG, Prezotto KH, Pitilin EB. Longitudinalidade do cuidado: fatores associados à adesão à consulta puerperal segundo dados do PMAQ-AB. *Cad Saúde Pública*. 2022;38(3):e00103221.
20. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(3):583-95.
21. Abreu TGT, Viana LS, Cunha CLF. Desafios na utilização da caderneta de saúde da criança: entre o real e o ideal. *J Manag Prim Health Care*. 2013;3(2):80-3.
22. Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS, Carneiro GTN, Ferreira EF, Vasconcelos M, et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(2):585-97.
23. Ataliba P, Mourão L. Avaliação de impacto do Programa Saúde nas Escolas. *Psicol Esc Educ*. 2018;22(1):27-36.

24. Fontenele RM, Sousa AI, Rasche AS, Souza MHN, Medeiros DC. Construção e validação participativa do modelo lógico do Programa Saúde na Escola. *Saúde Debate*. 2017;41(Spe):167-79.
25. Pedraza DF, Santos IS. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Epidemiol Serv Saude*. 2017;26(4):847-55.
26. Silva GS, Fernandes DRF, Alves CRL. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(8):3185-200.
27. Cubert FA, Barbosa Filho VC, Queiroz RCS, Martins MC, Alves RS, Rolim ILTP, et al. Qualidade da Atenção Primária à Saúde infantil em estados da região Nordeste. *Ciênc Saúde Colet*. 2021;26(5):1757-66.
28. Dias PRM. A consulta de puericultura na perspectiva de mães e profissionais de Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.
29. Jorooki JP, Toninato APC, Ferreira H, Ferrari RAP, Zilly A, Silva RMM. Adesão a puericultura para o seguimento à saúde infantil. *Res Soc Dev*. 2021;10(6):e53710616048.
30. Pfeilsticker FJ, Silva EEA, Quintino ST, Hattori WT. Desafios no atendimento à saúde da criança por médicos da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2634.

Recebido: 15.4.2023. Aprovado: 15.6.2023. Publicado: 8.8.2023.