

Claudia Santos Martiniano¹
Fernanda Ferreira de Souza²
Emanuella de Castro Marcolino¹
Breno Lincoln Pereira de Souza
Diniz³
Maiza Gabriela Camêlo Guimarães¹
Daniella Ramos de Almeida¹

Analysis of care childcare and child relationship-puericultor-caregiver in primary care

| Análise dos cuidados de puericultura e da relação puericultor-criança-cuidador na atenção básica

ABSTRACT | Introduction: *Childcare has the aim to offer health promotion and disease prevention during childhood, considering the physical, social and psychological determinants and its relationship with the child and the environment in which it operates, as well as with individuals who offer care in childhood, knowing that childcare should be developed in its amplitude within the ESF from the approach of the child, inserted in his family and social context.* **Objective:** *To analyze the childcare performed in assisting children of two years old ascribed to a Basic Family Health.* **Methods:** *This is a qualitative study, which was collected from August to December 2011, through desk study, non-participant observation and semi-structured interviews. The sample consisted of caregivers of children of two years and the professional child cares who attend them.* **Results:** *Assistance in childcare had no approach for the promotion of child health with a predominance of type queries conduct complaint which is summarized in evaluating anthropometric measurements, record the card with the child's growth curve analysis, incomplete physical examination and guidelines geared primarily to food, which are performed by two types of child cares, a distant and a second one, with good relationship with the caregiver.* **Conclusion:** *The study allowed the conclusion that the development of childcare is still guided by the model "medical center health care" of the child, contrasting the ideals of the Family Health Strategy.*

Keywords | *Family health; Health promotion; Child health; Childcare.*

RESUMO | Introdução: A puericultura visa à promoção da saúde e prevenção de agravos durante a infância, considerando os determinantes físicos, sociais e psíquicos da criança e a relação com o ambiente no qual está inserida, assim como com os indivíduos que lhe oferecem os cuidados na infância, sabendo-se que a puericultura deve ser desenvolvida em sua amplitude dentro da estratégia saúde da família (ESF) a partir da abordagem integral da criança, inserida em seu contexto familiar e social. **Objetivo:** Analisar a puericultura realizada na assistência às crianças menores de dois anos adscritas em uma Unidade Básica de Saúde da Família. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja coleta foi de agosto a dezembro de 2011, por meio de estudo documental, observação não participante e entrevistas semiestruturadas. A amostra foi composta por cuidadoras de crianças menores de dois anos e os profissionais puericultores que as atendem. **Resultados:** A assistência em puericultura apresentou inexistência de abordagem em prol da promoção da saúde da criança com predomínio de consultas do tipo queixa conduta, as quais se resumiam em avaliação de medidas antropométricas, registro no cartão da criança com análise da curva de crescimento, exame físico incompleto e orientações voltadas prioritariamente à alimentação, executadas por dois tipos de puericultores, um distante e outro com boa relação com o cuidador. **Conclusão:** O estudo permitiu deduzir que o desenvolvimento da puericultura ainda é orientado pelo modelo medicalocêntrico de assistência à saúde da criança, contrapondo-se aos ideais da Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave | Saúde da família; Promoção da saúde; Saúde da criança; Puericultura.

¹Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil

²Prefeitura Municipal de Juazeiro da Bahia, Juazeiro, Bahia, Brasil.

³Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, Paraíba, Brasil

INTRODUÇÃO |

A Estratégia em Saúde da Família (ESF) tem como premissa o fortalecimento da Atenção Básica por meio da reorientação do modelo de atenção à saúde. Mediante ações de promoção, prevenção e proteção à saúde, a ESF deve ser capaz de garantir os princípios da universalidade, integralidade e equidade assegurados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito da atenção à saúde da criança, destaca-se a puericultura como instrumento de acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil, por meio de ações simples, eficazes e de baixo custo. Para tal, deve-se compreender e conhecer a criança e sua família por uma visão física, mental e social, mantendo o vínculo com os familiares, a fim de estimular a responsabilidade contínua e conjunta na atenção à criança^{1,2}.

A puericultura destina-se a assistir integralmente a criança e a família, por meio da promoção da saúde e prevenção de agravos, correlacionando determinantes físicos, sociais e psíquicos da criança com o ambiente no qual ela está inserida, com vistas à redução dos adoecimentos, aumentando, assim, as chances de a criança crescer e se desenvolver alcançando todo o seu potencial³. Desse modo, torna-se uma aliada na efetivação da promoção da saúde infantil, à medida que objetiva enfrentar múltiplos problemas relativos à saúde, a partir da ampla compreensão do processo saúde-doença e de seus determinantes⁴.

Considerando que a puericultura deve ser desenvolvida em sua amplitude dentro da ESF a partir da abordagem integral da criança, inserida em seu contexto familiar e social, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de analisar a puericultura realizada na atenção a crianças menores de dois anos de idade adscritas em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), no município de Campina Grande/Paraíba.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que se ocupa do conjunto das expressões humanas presentes nas representações sociais, nos processos, nas relações e expressões da subjetividade, tratando da realidade que não pode e nem deve ser quantificada, logo a pesquisa qualitativa lida com os significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes⁵.

O cenário da pesquisa foi a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Malvinas I, no município de Campina Grande/PB, que acolhe duas equipes de Saúde da Família. A amostra da

pesquisa foi composta por dois grupos de sujeitos distintos: as cuidadoras das crianças menores de dois anos de idade adscritas na área de abrangência da referida UBSF e os quatro profissionais que realizam a puericultura naquela unidade.

Para a coleta de dados, foram utilizadas três técnicas distintas. Inicialmente, realizou-se um estudo documental nas fichas das Crianças que se encontravam nos prontuários familiares. Foram coletadas informações referentes à idade da criança; ao responsável pela criança durante visita à UBSF; à regularidade das visitas; ao cumprimento do calendário vacinal; à existência e natureza de possíveis intercorrências clínicas, bem como o intervalo entre elas.

A segunda técnica de coleta foi a entrevista semiestruturada aplicada as cuidadoras das referidas crianças em seus domicílios. As cuidadoras foram escolhidas segundo o critério do sorteio aleatório, porém de forma estratificada entre as 12 microáreas que compõem a UBSF. No total, foram entrevistadas 24 cuidadoras, com o intuito de reunir o discurso dessas mulheres acerca dos cuidados realizados por elas e pela equipe de profissionais da UBSF às crianças.

A terceira técnica utilizada foi a observação sistematizada da atuação dos profissionais da UBSF durante a realização da puericultura às crianças envolvidas no estudo. A observação foi guiada por um roteiro no qual constavam os seguintes aspectos relacionados com o binômio puericultor-cuidador: receptividade, acolhimento e as relações subjetivas entre estes; aspectos abordados na consulta clínica e a realização ou não de ações de promoção da saúde. As observações foram realizadas por cinco pesquisadores autores previamente treinados e calibrados para a observação e o registro dos dados em diários de campo.

A observação foi realizada no turno semanal destinado pelas duas equipes de Saúde da Família para a consulta de puericultura e ocorreu por um período de quatro meses, no total de 128 horas. Os dados registrados auxiliaram na descrição de fatos, impressões, registros de conversas informais e da dinâmica da prática das ações desenvolvidas pelos profissionais atuantes na UBSF. O período de coleta foi de agosto a dezembro de 2011.

Para a análise dos dados, fez-se uso do método de análise de conteúdo de Bardin, o qual visa a compreender o conteúdo das mensagens por meio de procedimentos sistemáticos, permitindo, assim, a inferência de conhecimentos. Para tanto, iniciou-se com a pré-análise, com base na leitura flutuante das transcrições das entrevistas e das anotações da observação nos diários de campo. Em seguida, utilizou-se a categorização temática, ou seja, o agrupamento de elementos, ideias e expressões

em torno de temáticas surgidas das próprias mensagens, analisadas com base no referencial teórico⁶.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, sob o número de Protocolo 0280.0.133.000-10. Assim, a pesquisa esteve em consonância com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para manter o anonimato dos entrevistados, estes foram identificados pelo termo “cuidadora” e o número correspondente à ordem de realização da entrevista; os profissionais foram identificados pelo termo “puericultor” e pela ordem da realização da observação sistemática.

RESULTADOS |

Vários aspectos sobre a atenção à saúde da criança menor de dois anos promovida pela UBSF analisada puderam ser observados.

Em relação às consultas de puericultura, de modo geral, para as duas equipes de saúde da família, não há uma rotina de atendimento intercalada entre consultas médicas e de enfermagem, conforme orientação do Ministério da Saúde, dado evidenciado pelas falas das cuidadoras:

Eu vou só para a médica (CUIDADORA 2).

Ela nunca foi para a enfermeira, não. Só vai para a médica (CUIDADORA 21).

Pela médica eu ainda não fui não, é sempre pela enfermeira (CUIDADORA 3).

Nunca levei ela pra médico lá [ESF] não (CUIDADORA 7).

No que tange ao laço entre puericultor-cuidador, constataram-se diferentes formas de relação entre eles. Dois dos profissionais puericultores (P1 e P2) demonstraram pouca empatia com as cuidadoras durante as consultas de puericultura. Em geral, no decorrer do atendimento à criança, a comunicação entre os envolvidos pautou-se no diálogo básico e superficial. Nos casos de dúvidas por parte das cuidadoras, as respostas eram oferecidas de modo indelicado, com uso de tons de ameaça e de repressão, com clara intenção de estabelecer uma relação de hierarquização.

Em contrapartida, o Puericultor P3 manteve, constantemente, uma relação empática com as cuidadoras. Durante as consultas, mostrou-se receptiva e interativa,

forneendo escuta e demonstrando sensibilidade e atenção às angústias delas. Também o Puericultor P4 apresentou uma relação satisfatória com as cuidadoras ao demonstrar conhecê-las individualmente, assim como suas famílias, revelando a existência de vínculo entre eles.

Quanto às divergências encontradas durante as consultas de puericultura, no que se refere ao posicionamento dos puericultores em relação às cuidadoras e às crianças, destacam-se os discursos das cuidadoras sobre o atendimento prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família que também apresentaram contradição.

É um atendimento muito bom. Eles explicam direito, faz tudo direitinho sem aquela pressa. É tudo bem direitinho, bem explicado. Não fica fazendo às pressas pra gente poder ir embora (CUIDADORA 8).

Às vezes elas tratam mal. Lá o atendimento é ruim, elas não tratam o povo direito. A médica só faz olhar se tá bem ou não, não olha mais nada (CUIDADORA 21).

No que diz respeito ao ato de orientar quanto aos cuidados infantis, papel fundamental do puericultor durante o processo de acompanhamento das crianças³, as cuidadoras, unanimemente, revelaram receber orientações.

Apesar da criação das crianças serem bem diferentes, mas a higiene, a alimentação, tudo eu recebo orientação pra realizar (CUIDADORA 15).

Eu já tenho prática, mas eu recebi mais ainda (orientações). Aprendi coisas mais novas (CUIDADORA 15).

No entanto, elementos potencialmente voltados para o desenvolvimento infantil e a abordagem em prol a promoção da saúde de maneira ampla apresentaram-se inexistentes, o que pode ser percebido pelas falas das cuidadoras:

Eu vejo se ele tá se desenvolvendo direito, se ele anda, tem os tempos de andar, se ele anda bem, a fala, o jeito de mexer nas coisas, se engatinha na frente do espelho, se ver bem, o peso, se come bem, se ele se alimenta bem, tudo isso eu olho, mas tem muita coisa que é por experiência (CUIDADORA 13).

Eu dou banho na hora certa, comida na hora certa, tem a hora de dormir. Mas o que eu realizo é mais por experiência própria mesmo (CUIDADORA 14).

Outro aspecto notório nas entrevistas com as cuidadoras foi o predomínio da enfermeira como principal agente de educação em saúde, citada com frequência quando se perguntou acerca das ações de orientação, como pode ser visto nas falas a seguir:

A enfermeira é muito boa, ela faz todas as perguntas, dá todas as dicas do que tem que fazer com a criança, tipo a alimentação, dar as vacinas todos os meses (CUIDADORA 3).

A enfermeira é muito boa, eu gosto dela, ela é muito simpática, ela atende tudo direitinho, agora a médica que deixa um pouco a desejar, mas a enfermeira é muito boa (CUIDADORA 16).

A observação revelou que o enfoque das orientações prestadas pelas enfermeiras foi, principalmente, em relação à alimentação das crianças (amamentação, tipo de leite oferecido, inserção de alimentos, preparo, administração, construção de dieta) e outros cuidados como: o não uso de chupetas, a atenção com as assaduras, a importância das vacinas e o encaminhamento para realizar a administração dentro do prazo, assim como a condução dos tratamentos.

Já os profissionais médicos restringiram suas orientações à alimentação infantil (a amamentação, o tipo de leite, a dieta), sem mencionar outras orientações sobre a infância. Respondiam apenas quando a indagação partia da cuidadora.

No que se refere ao acolhimento prestado pela UBSF analisada, percebe-se que este não tem se efetivado minimamente, como se pode observar no discurso a seguir:

O que eu acho de ruim é porque é assim: se a menina adoecer, hoje, a pessoa vai lá, só atende se a criança tiver com febre, o que eu acho que não era pra ser, já que é no bairro, já pra pessoa não ir pra os hospitais, é pra pessoa ser atendida aí, mas tem que marcar [...]. Agora, tem que marcar. Claro que tem que marcar! Mas, se a menina adoecer, só atende se tiver com febre, se não tiver com febre, não atende (CUIDADORA 14).

Os dados evidenciam que as cuidadoras, em sua maioria, dirigem-se à ESF com suas crianças, principalmente, por motivo de intercorrência clínica, a qual é definida como um evento clínico inesperado, que ocorre sem previsão:

Eu só levo mais para vacinar. Só levo mais quando ele tá doente, cansadinho, mas até agora ele tá bem (CUIDADORA 4).

Quando tem alguma coisa, alguma intercorrência, aí encaminham e eu vou [à ESF], marco e vou direto pra enfermeira (CUIDADORA 11).

A predominância de consultas do tipo queixa-conduta pode ser percebida nas observações e na análise documental, cujos registros apontavam a intercorrência clínica como o principal motivo da busca das cuidadoras pelo serviço

de saúde na UBSF. Observou-se que, dificilmente, as mães comparecem com as crianças exclusivamente para a puericultura dentro do calendário mínimo de consultas. Estimulando essa prática, os profissionais que assistem a criança nas consultas de intercorrências realizam somente o atendimento clínico direcionado para a queixa com uma perspectiva focalizada na doença.

Tendo em vista o momento da consulta de puericultura, verificou-se que esta se caracteriza pela superficialidade, resumindo-se à avaliação das medidas antropométricas (realizadas pela profissional de nível médio), registro no cartão da criança com análise da curva de crescimento, exame físico incompleto e orientações voltadas prioritariamente à amamentação, alimentação e dietas infantis. Esses dados podem ser confirmados nas falas das cuidadoras:

Pesa, mede, olha se tá com catarro somente. Ela pergunta se tá bem, encerrou a conversa ali (CUIDADORA 21).

Mas ela só fez pesar, medir, olhou ele assim e disse: 'Não, tá tudo bem'. Ai eu disse: 'só pra isso, não venho mais, não' (CUIDADORA 10).

Recebo [orientações] sobre a alimentação, acompanha a idadezinha dela, [diz] quando posso começar com outras alimentações, quando for pra parar a amamentação, tudo isso ela me orienta bem direitinho (CUIDADORA 15).

Entretanto, algumas cuidadoras afirmam que a atenção à saúde das crianças prestada pelas equipes de Saúde da Família que as assistem ultrapassa a mera realização de medidas e pesos. Tal afirmação pode indicar falta de informação dessas cuidadoras acerca do que seria uma consulta integral e sistematizada, tendo em vista que a maior parte das falas anteriores denuncia uma consulta superficial e do tipo queixa-conduta:

Examina ela todinha e faz um monte de pergunta, se ela teve doente (CUIDADORA 1).

Olha o tamanho da criança, vê se tem algum problema, pergunta o dia a dia da criança, pesa, mede a cabeça, mede o tamanho, se tá desenvolvendo bem, se não tá, tudo isso é importante (CUIDADORA 13).

De modo geral, os resultados revelam, ainda, um alto grau de insatisfação das usuárias cuidadoras em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil prestado pelas equipes da UBSF em questão, desde o acolhimento à consulta de puericultura propriamente dita, conforme foi explicitado nas falas abaixo:

Às vezes elas tratam mal, lá o atendimento é ruim, elas não tratam o povo direito, a médica só faz olhar se tá bem ou não, não olha mais nada (CUIDADORA 21).

A enfermeira ainda vai, agora a médica, ela atende muito mal mesmo. Ela muito mal olha pra você. Só faz perguntar o que é que o menino tem, coloca o palito na boca do menino e pronto (CUIDADORA 23).

DISCUSSÃO |

A partir dos resultados apresentados, foram elencados três pontos de análise e discussão, os quais refletem as tensões e desafios da promoção da saúde da criança por meio da puericultura.

Os agentes da puericultura

O puericultor é definido como toda e qualquer pessoa envolvida direta ou indiretamente na promoção da saúde da criança⁷. Dessa forma, é o responsável pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, visando, primordialmente, às ações de promoção à saúde infantil, assim como ao norteamiento das cuidadoras no cuidado às suas crianças. De acordo com o Ministério da Saúde, o atendimento à criança deve ser realizado por toda a equipe de saúde que compõe a ESF, de forma intercalada, de modo que seja garantida à criança uma assistência integral e contínua⁸.

Nesse sentido, a pesquisa revela falhas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pois as crianças não possuem uma rotina de atendimento intercalada entre consultas médicas e de enfermagem, havendo uma concentração de consultas de um desses profissionais, conforme a dinâmica de trabalho de cada equipe de saúde da família.

Recomenda-se que a primeira consulta de puericultura seja realizada pelo médico, a fim de que ele identifique possíveis agravos ou situações de risco para a criança. O Ministério da Saúde (MS) preconiza que, para crianças com até dois anos de idade, haja um calendário mínimo de nove consultas de puericultura, sendo a primeira até 15 dias após o nascimento, perfazendo um total de sete no primeiro ano de idade e duas no segundo⁸.

Na UBSF analisada, a primeira consulta não obedece ao protocolo estabelecido pelo MS. Ora a consulta é realizada

pelo médico, ora pelo enfermeiro. Destaca-se, também, que a realização dessa primeira consulta ocorre em idades variadas das crianças. Tais fatos podem influenciar a baixa adesão das cuidadoras à puericultura. A abordagem profissional nos primeiros dias de vida do recém-nascido é essencial e decisiva na elucidação da importância de um acompanhamento contínuo à saúde infantil, o que estimulará as cuidadoras positivamente no cuidado, com base na promoção da saúde, utilizando a puericultura como meio para tal e desmistificando, assim, o ideário da necessidade de ida à UBSF somente em casos de doença.

Relação puericultor-cuidador

No que tange à relação puericultor-cuidador, evidenciou-se que os profissionais de saúde despendem pouca atenção à construção do vínculo entre estes e os cuidadores, impedindo o estabelecimento de uma relação de corresponsabilidade e confiança mútua, capaz de potencializar o adequado acompanhamento da criança.

O vínculo comunitário pauta-se na ausência de ruptura, ou seja, na ligação ininterrupta entre quem presta o serviço e o receptor, com tendência a singularizar a relação. Esse vínculo é o motor da ação na produção da saúde⁹.

O descompromisso com a construção do vínculo puericultor-cuidador associado ao comportamento pouco afetivo de alguns puericultores promoveu um clima de antipatia, resultando na aparente insatisfação por parte das cuidadoras no momento das consultas de puericultura. Percebe-se que esse comportamento do puericultor se revela pela ausência do olhar para o rosto das mães e pelo desinteresse em absorver as estórias cotidianas que elas querem contar, transpassando visivelmente a falta de empenho pela troca de saberes.

A noção de vínculo está intrinsecamente envolvida com a concepção de responsabilidade e de compromisso. Criar o vínculo implica a aproximação efetiva dos sujeitos, o que permite responsabilização e desburocratização das intervenções e ações por parte dos profissionais. É exatamente essa perspectiva que orienta as diretrizes operacionais da ESF, a construção de responsabilização e compromisso no ato do vínculo¹⁰.

Se, por um lado, havia puericultores distantes dos cuidadores, por outro, um dos puericultores, distintamente dos outros profissionais, a partir de uma relação empática, permitiu a ocorrência de diálogo e interação com as cuidadoras. Mesmo assim, em alguns casos, apesar

do esforço do puericultor P3, a relação entre ele e as cuidadoras não foi capaz de envolvê-las o suficiente, a ponto de estabelecer laços fundamentais no processo de cuidar, visto que o bom vínculo entre o profissional e o cuidador estimula a autonomia e a cidadania, permitindo a participação do usuário na prestação de serviço, favorecendo a eficácia das ações de saúde, nas quais ele é reconhecido como sujeito que possui voz e desejos¹¹.

Já o puericultor P4 foi além, na medida em que atingiu a fortalecimento das relações por meio de elos de confiança com as cuidadoras. A constituição e manutenção dessa relação concretiza um dos pontos centrais da ESF, como proposta de reorganização do modelo de saúde, que se pauta na construção de vínculo e estabelecimento de laços de comprometimento mútuo e de corresponsabilidade entre a comunidade e os profissionais de saúde¹².

A construção de vínculo entre puericultor-criança-cuidador é fundamental, mas se faz imprescindível, de igual maneira, o acolhimento adequado. Vínculo e acolhimento são interdependentes no processo de cuidar, pois os dois são produtos do encontro entre o profissional e o usuário durante o trabalho vivo em ato¹¹.

O acolhimento é definido como a abertura dos serviços para a demanda, buscando modificar o processo de trabalho para garantir a satisfação do usuário¹³. Dessa maneira, é um arranjo tecnológico que visa a garantir acesso e resolutividade às demandas e/ou referenciar, se necessário¹¹.

Assim, o cronograma da unidade, rotineiramente, deve existir, mas de forma flexível, visando a criar no usuário uma sensação de corresponsabilização entre ele e a equipe de Saúde da Família. Além disso, o usuário deve ver a equipe de saúde da família como sendo capaz de solucionar seus problemas, evitando que ele transite de forma desnecessária pela rede de serviços. Portanto, o vínculo e o acolhimento são aspectos essenciais na garantia da corresponsabilização nos processos saúde-doença e na emancipação do sujeito autônomo.

Mesmo diante das diferenciadas abordagens exercidas pelos puericultores, nos discursos das cuidadoras predominou satisfação em relação aos profissionais de saúde, posicionamento que pode estar relacionado com a falta de conhecimento acerca do que seria uma efetiva assistência integral à saúde da criança, bem como a facetas da hierarquização da relação profissional de saúde-paciente, historicamente construída⁴, restando uma minoria que demonstrou insatisfação com o mesmo atendimento prestado pelas equipes de ESF.

Apesar da dicotomia entre as consultas de puericultura, a ação de orientar as cuidadoras foi uniforme. No entanto, para a concretização da promoção da saúde, faz-se necessária, além da existência da informação, a ocorrência de impacto dessas orientações nos hábitos de vida do usuário¹.

Nesse sentido, a promoção da saúde, entendida como a preparação dos usuários para a gestão de sua própria saúde⁴, não tem ocorrido, visto que há apenas transferência de informações às cuidadoras. Muitas vezes, a experiência das cuidadoras tem contribuído com o cuidado com as crianças, mais do que as orientações oferecidas pelos profissionais das equipes da ESF, ainda que a equipe de referência da Atenção Básica tenha como papel concretizar e/ou potencializar o vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, por meio de uma assistência com qualidade, acolhimento e vínculo.

É importante enfatizar que alguns puericultores utilizaram uma linguagem inadequada durante as consultas, o que impossibilitava o entendimento das cuidadoras acerca das informações oferecidas, impedindo, dessa maneira, a efetivação da transmissão das mensagens até a cuidadora, pois, para que o profissional realize seu papel transformador, é necessário diálogo e interação puericultor-criança-cuidador, com vistas a uma adequada comunicação na busca de cumplicidades, relações de vínculo e produção de responsabilidades em torno do problema¹⁴.

Os dados das observações das consultas de puericultura e das falas das cuidadoras revelaram que, nas equipes da ESF, o enfermeiro se destaca na execução da educação em saúde, o que pode ser reflexo da formação acadêmica dessa profissão, a qual busca formar profissionais capazes de desenvolver novas práticas, pautadas no modelo coletivo de atenção à saúde, a fim de superar o modelo hospitalocêntrico e medicalizante¹⁵.

Essa busca dos puericultores enfermeiros para superar o modelo curativista casa com a concepção de educação em saúde como prática social que contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos, transformando-os em agentes da própria mudança¹⁶.

A clínica dos puericultores

A permanência da consulta do tipo queixa-conduta, observada neste estudo, fortalece o modelo do cuidado baseado na doença que compreende o indivíduo somente a partir da patologia e da clínica médica¹⁷.

Essa situação contraria a proposta da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde, que prevê um cuidado integral e multiprofissional, capaz de compreender todas as necessidades e direitos infantis tendo, como princípios norteadores: planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, acolhimento, acesso universal, desenvolvimento de ações coletivas, avaliação permanente, responsabilização, atuação em equipe e assistência integral¹⁸.

Nesse sentido, percebe-se que as equipes da ESF analisadas ainda direcionam sua assistência à saúde a partir do modelo medicalizante e biologicista, fugindo da proposta de reorientação do modelo de atenção à saúde representado, principalmente, pela ESF.

Sabe-se que a consulta de puericultura envolve ações para além das medidas antropométricas, devendo-se abordar a saúde da criança de forma ampla e integral. Além disso, o puericultor deve estar atento à higiene anti-infecciosa, que se refere ao cumprimento do calendário vacinal; à higiene ambiental, contribuindo, assim, para a adoção de medidas e práticas de saúde que melhorem a qualidade de vida das crianças, investigando as potencialidades da família em desenvolver essas práticas de saúde; à higiene física, que se refere à necessidade que a criança possui de um sono e repouso em ambiente tranquilo por um período determinado; aos cuidados gerais com a criança, como banho, vestuário, alimentação; aos riscos no ambiente doméstico, entre outros³.

Deve-se investigar, ainda, a saúde mental da criança, não em busca, apenas, de solucionar problemas mentais ou psicológicos, mas tendo em vista garantir melhor nível de desenvolvimento da criança, além dos aspectos afetivos e emocionais⁷.

Assim, deve-se atender às necessidades da criança de maneira integral, utilizando-se, para tanto, o exame físico completo. A realização de um exame físico completo, que aborde os diferentes sistemas e órgãos por meio das medidas antropométricas, da inspeção, palpação, percussão e ausculta, implica acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil de uma forma organizada e sistemática, permitindo identificar precocemente agravos ou alterações da saúde e neles intervir. Além disso, essa conduta profissional encoraja as cuidadoras para a corresponsabilização do cuidado, bem como permite que elas adquiram confiança e, conseqüentemente, vínculo com a equipe da ESF¹¹.

Entretanto, a clínica produzida pelos puericultores nas consultas de puericultura avaliadas apresentou lacunas em

diversos aspectos, no que concerne a uma atenção integral à criança, o que justifica a insatisfação de alguns cuidadores com o acompanhamento dos profissionais, no que se refere à consulta em si. Essa situação elucida problemas que vão desde a organização do sistema de saúde à prática clínica dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional da ESF, em destaque, o trabalho médico.

Em muitas instituições formadoras, a formação médica pauta-se na Biomedicina, a qual defende uma educação para o trabalho no hospital, desvalorizando o vínculo médico-paciente, desconsiderando a individualidade do sujeito e defendendo o uso de tecnologias caras. Assim, o médico é formado para a valorização da doença, em detrimento da saúde e do bem-estar do paciente¹⁹.

Outro ponto evidente nas observações foram os registros nos prontuários das ações desenvolvidas nas consultas de puericultura, que se apresentam de forma bastante sucinta. O estudo documental revelou, por ocasião da consulta à criança, que as anotações são vagas e não descrevem, de forma completa, a abordagem à criança nesse momento.

Os registros limitam-se a anotações genéricas, principalmente de alimentação e acompanhamento do crescimento, por parte da Enfermagem, e a condutas terapêuticas, incluindo prescrição de medicamento pelo profissional médico. Somente em poucos casos os encaminhamentos para a sala de vacina constam nos prontuários.

Pôde-se, ainda, notar a ausência de iniciativas dos puericultores para estimular a adesão das mães e cuidadoras à puericultura. Durante o período observado, não se presenciou nenhum profissional em consulta de puericultura falando sobre a importância dessa ação, revelando uma atitude de espera por uma demanda espontânea que nem sempre vem.

Assim sendo, na UBSF em análise, o profissional reproduz o modelo médico-assistencial, baseado, predominantemente, no aspecto curativo, que reforça a atitude dos indivíduos de procurarem os serviços apenas em condição de doença¹⁷.

O trabalho em Saúde da Família implica incorporar o conceito de Clínica Ampliada, como uma Clínica de Sujeitos, pautada nas suas necessidades reais e nas dimensões subjetiva e social, e defender a utilização da tecnologia relacional, ou seja, a materialização em ato por meio da produção das relações entre dois sujeitos²⁰. O enfoque na clínica ampliada propõe mecanismos de trabalho que possam reconhecer a complexidade dos fatores envolvidos em cada caso específico, objetivando transpor o sujeito para o centro do cuidado²¹.

CONCLUSÃO |

A partir deste estudo, infere-se que, no acompanhamento das crianças menores de dois anos, por meio da puericultura realizada pelos profissionais puericultores da UBSF em questão, predomina um modelo biomédico de produção de saúde, à medida que se priorizam consultas de puericultura do tipo queixa-conduta, em detrimento das ações de promoção da saúde, construção de vínculo e trabalho interdisciplinar.

O estudo permitiu deduzir que o desenvolvimento da puericultura ainda é orientado pelo modelo medicalocêntrico de assistência à saúde da criança, contrapondo os ideais da ESF, que, originalmente, busca reformular o modelo de atenção à saúde no País, de acordo com as propostas do SUS, tendo como prioridades a promoção da saúde e a prevenção de agravos a partir de uma assistência integral aos indivíduos.

A reorientação do modelo assistencial somente de concretiza quando as bases do modelo tradicional curativista são quebradas para que posturas dialógicas possam surgir pautadas na integralidade, na valorização da troca de saberes entre usuários e profissionais, na construção de vínculo, na horizontalidade, no acolhimento.

Este é o maior desafio da ESF – incluindo o segmento da atenção à saúde da criança na Atenção Básica: superar o monopólio do diagnóstico de necessidades para interagir com a “voz do outro”, numa perspectiva de integralidade da atenção à saúde, inserindo o usuário como sujeito da própria saúde⁹.

Podem-se apontar algumas limitações neste estudo. A principal delas é o campo empírico restrito a duas equipes da ESF, não se podendo generalizar os resultados obtidos.

REFERÊNCIAS |

- 1 - Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 739-43.
- 2 - Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sa LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64: 38-46.
- 3 - Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45: 566-74.
- 4 - Horta NC, Sena RR, Silva MEO, Oliveira SR, Rezende VA. A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62: 524-9.
- 5 - Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2007.
- 6 - Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 7 - Machado D. Higiene mental. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria Básica*. São Paulo: Sarvier; 2003. p. 98-107.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 9 - Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface – Comunic, Saúde, Educ*. 2005; 9: 287-302.
- 10 - Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p.116-60.
- 11 - Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20: 1487-94.
- 12 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
- 13 - Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecílio LCO, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.
- 14 - Figueiredo GLA, Mello DF. Comunicação em enfermagem no seguimento de crianças em atenção primária à saúde. In: Anais 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação de Enfermagem; 2002 maio 2-3; São Paulo, SP. São Paulo: SIBRACEEn; 2002. p. 1-6.

15 - Silva KL, Sena RR, Grillo MJC, Horta NC, Prado PMC. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2009; 62: 86-91.

16 - Sousa FGM, Terra MG, Reibnitz KS, Backes VMS. Educação em saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2007 [citado 2011 mar 18]; 6: [cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2007.829/223>>

17 - Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p. 567-586.

18 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

19 - Romano VF. A busca de uma identidade para o médico de família. *Physis*. 2008; 18: 13-25.

20 - Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.

21 - Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas. Faculdades de Ciências Médicas; 2004.

Endereço para correspondência/Reprint request to:

Claudia Santos Martiniano

Rua Tomás Soares de Souza, 990. Apto. 204

Catolé - Campina Grande - PB

Cep.: 58104-235.

E-mail: cmartiniano@ibest.com.br

Recebido em: 20-12-2012

Aceito em: 29-3-2013