

Antônio Francisco de Sousa

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),
Sobral (CE)

E-mail: francisco-bio@hotmail.com

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),
Sobral (CE)

E-mail: rosemironeto@gmail.com

Francisco Willian Melo de Sousa

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),
Sobral (CE)

E-mail: enfwillianmelo@gmail.com

Layse Fernandes Queiroz Vasconcelos

Universidade Federal do Ceará (UFC), Sobral (CE)

E-mail: queirozflayse@gmail.com

Eliany Nazaré Oliveira

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA),
Sobral (CE).

E-mail: elianyy@hotmail.com

Luciano Garcia Lourenção

Universidade do Rio Grande (FURG), Rio Grande
(RS)

E-mail: lucianolourencao.enf@gmail.com

CARTOGRAFIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RESUMO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo este um dos eixos de ação da Estratégia Saúde da Família (ESF). A infância constitui-se numa das fases mais vulneráveis da vida, quando os determinantes biológicos, sociais e ambientais do processo saúde-doença-cuidado incidem sobre o binômio família-criança. Assim, a saúde infantil é um importante descritor para avaliação da qualidade da atenção, principalmente, quando ainda se convive com a mortalidade infantil no território-sanitário. A pesquisa objetivou descrever os componentes do processo de trabalho da ESF na atenção à saúde da criança, a partir de um estudo descritivo, desenvolvido num Centro de Saúde da Família (CSF) da Sede do Município de Sobral – Ceará, utilizando-se como técnicas de coleta das informações a observação e a entrevista diretiva, com a sistematização destas a partir do Fluxograma Analisador de Merhy. A partir da análise realizada, conseguiu-se identificar no processo de trabalho todo o percurso realizado pela mãe e sua criança no CSF, na tentativa de obter o restabelecimento saúde e prevenção de doenças da criança, além de identificar as intervenções realizadas, as potencialidade e fragilidades.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Saúde da Criança; Trabalho; Fluxo de Trabalho.

CARTOGRAPHY OF CHILD HEALTH CARE IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

The National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) within the scope of the Unified Health System, which is one of the axes of action of the Family Health Strategy (ESF). Childhood is one of the most vulnerable phases of life, when the biological, social and environmental determinants of the health-disease-care process affect the family-child binomial. Thus, child health is an important descriptor for evaluating the quality of care, especially when infant mortality is still being dealt with in the sanitary territory. The research aimed to describe the components of the FHS work process in child health care, based on a descriptive study, developed in a Family Health Center (CSF) in the city of Sobral - Ceará, using techniques such as from collecting information to observation and the directive interview, with their systematization based on the Merhy Analyzer Flowchart. Based on the analysis carried out, it was possible to identify in the work process the entire route taken by the mother and her child in the FHC, in an attempt to restore the child's health and disease prevention, in addition to identifying the interventions carried out, the potentialities and weaknesses.

Keywords: Primary Health Care; Family Health Strategy; Child Health; Work; Workflow.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, o Setor Saúde passou por intenso processo de descentralização de políticas, programas, ações e serviços de saúde, em diferentes campos de atuação da Saúde Pública e, muitos deles com enfoque na Saúde Coletiva, com base na Epidemiologia Social, no Planejamento em Saúde e nas Ciências Sociais.

Dentre as prioridades para a implantação, implementação e, consolidação processual do SUS, inclui-se a Atenção Primária à Saúde (APS), por conta de seu potencial estratégico, de aportar maior efetividade, no desenvolvimento das ações e serviços de saúde, junto às famílias e comunidades (BRASIL, 2012).

Para fomentar a descentralização da APS, foram criados Programas como o de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), em 1991, e o de Saúde da Família (PSF), em 1994; que, com o avançar do número de equipes, o impacto na saúde da população, a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade, principalmente, os relacionados à saúde materna e infantil, no de 1997, o PSF passa a política estruturante da APS Brasileira, com a denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF). Políticas essas que vem tornando viável a construção de um novo modelo de atenção à saúde, baseado na qualidade de vida e, conseqüentemente, contribuindo com o processo de consolidação do SUS em diversas áreas (XIMENES NETO *et al.*, 2016).

Dentre as inúmeras áreas programáticas e unidades de cuidado da APS, as equipes da ESF

assumem a responsabilidade sanitária para a prevenção da morbidade e mortalidade infantil, a promoção da saúde das crianças, com o estabelecimento de um plano terapêuticos específicos e integral à tríade família-criança-comunidade, durante o processo saúde-doença-cuidado.

Com o advento da ESF, indicadores da infância tem melhorado, a exemplo da redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Estudos apontam que, em 2002, os municípios com mais de 70% de cobertura da ESF, tinham 34% menos crianças com baixo peso ao nascer, e, sobretudo, uma melhor cobertura vacinal. Além disso, ampliações de 10% na população atendida pelas equipes da ESF respondiam por 4,5% da redução da mortalidade infantil. A TMI no País, de 1990 a 2011, caiu de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para 2015, o que contribuiu para o país atingir a meta quatro dos Objetivos do Milênio (ODM) (BRASIL, 2014).

No Estado do Ceará, a TMI reflete a tendência de declínio apresentada pelo Brasil, passando de 32 óbitos/1.000 nascidos vivos em 1997, para 12,3 em 2014, com uma redução de 61,5% (CEARÁ, 2016). No município de Sobral (CE), cenário deste estudo, com a implantação da ESF no ano de 1997, reduziu a TMI de 36/1.000 nascidos vivos em 1996, para 8,35 em 2015 (CEARÁ, 2017).

Destarte que, a oferta de ações e serviços de saúde pelo SUS na atenção à criança, em especial na ESF/APS, é um importante descritor e indicador, não somente para a avaliação da qualidade da atenção no processo saúde-doença-

cuidado em determinados conglomerados populacionais, mas também, dos princípios da integralidade, universalidade e equidade, principalmente, quando da ocorrência de óbitos infantis, por conta da determinação social do evento (VASCONCELOS; XIMENES NETO; FERREIRA, 2014).

Frente ao exposto, o estudo objetiva cartografar o processo de trabalho da ESF na atenção à saúde da criança.

2. METODOLOGIA

Pesquisa descritiva, sob abordagem qualitativa, desenvolvida durante o período de janeiro de 2016 a junho de 2017, no Território da ESF do Bairro Tamarindo, Sobral – Ceará, com 10 mães de crianças de zero a um ano, que as acompanharam ao Centro de Saúde da Família (CSF), durante o período de coleta das informações e aceitaram participar do estudo. Além das mães, participaram profissionais da saúde da equipe da ESF, que atuam no território há mais de um ano, tais como: duas Enfermeiras, dois Técnicos de Enfermagem, um Médico, um Cirurgião-Dentista e três ACS.

Este estudo foi autorizado pelos sujeitos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando aos princípios éticos e legais da bioética, conforme o estabelecido pela Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O protocolo do estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), sendo aprovado sob o nº 1.891.823.

Quanto a escolha do Território da ESF do Bairro Tamarindo, como cenário do estudo, este se deu pela realização de estudos anteriores, e

afinidade dos pesquisadores com a equipe, além do largo conhecimento deste. O referido território possui um CSF e uma equipe multiprofissional composta por: uma Gerente (Enfermeira), quatro Enfermeiras, dois Médicos, uma Cirurgiã-Dentista, três Técnicos de Enfermagem, um Auxiliar de Saúde Bucal, sete ACS, quatro Agentes Administrativos, sete Agentes Comunitários de Saúde, três auxiliares de serviços gerais, quatro vigilantes e dois estagiários do Programa Jovem Aprendiz.

No CSF são ofertados os seguintes serviços: imunização, aferição de sinais vitais, glicemia capilar, dispensação de medicações, saúde bucal preventiva e curativa, testes rápidos para HIV, Hepatite B e C, teste de gravidez (TIG), nebulização/aerosolterapia, curativos em domicílio, coleta de exames laboratoriais, além de todos os demais procedimentos protocolares do estabelecidos pelo Ministério da Saúde, comuns ao processo de trabalho do Enfermeiro e do Médico.

Durante o processo de coleta das informações foram utilizadas as técnicas da entrevista não-diretiva e a observação não participante. A primeira foi aplicada às mães e aos profissionais do CSF e, a segunda foi destinada a observação simples do processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais da Equipe da ESF.

Como técnica para análise das informações foi utilizado o Fluxograma Analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde proposto por Emerson Elias Merhy (1997), que consiste em uma representação gráfica que proporciona uma visualização do caminho percorrido pelo usuário a partir do momento de sua entrada no serviço, perpassando pelos procedimentos das equipes de

saúde até o desfecho do caso. O Fluxograma, segundo Franco (2006, p. 165), “permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde, e permite a detecção de seus problemas”.

O fluxograma é um “[...] diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de ‘desenhar’ certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de [uma] certa cadeia de produção” (MERHY, 1997, p. 73).

No fluxograma alguns símbolos são utilizados para a construção do diagrama, que são: a *elipse* – o começo e o fim da cadeia produtiva; o *retângulo* – etapas importantes da cadeia produtiva, nas quais realizam consumo de recursos e produção de produtos bem definidos; e o *losango* – momentos de decisão e possibilidades a serem seguidos durante a cadeia produtiva. Assim, os diagramas representam os trabalhos em saúde com seus diferentes saberes e práticas. Assim, a construção de fluxogramas analisadores na APS para cartografar a atenção à

saúde da criança, tornará evidente, as diferentes etapas do processo de trabalho em saúde.

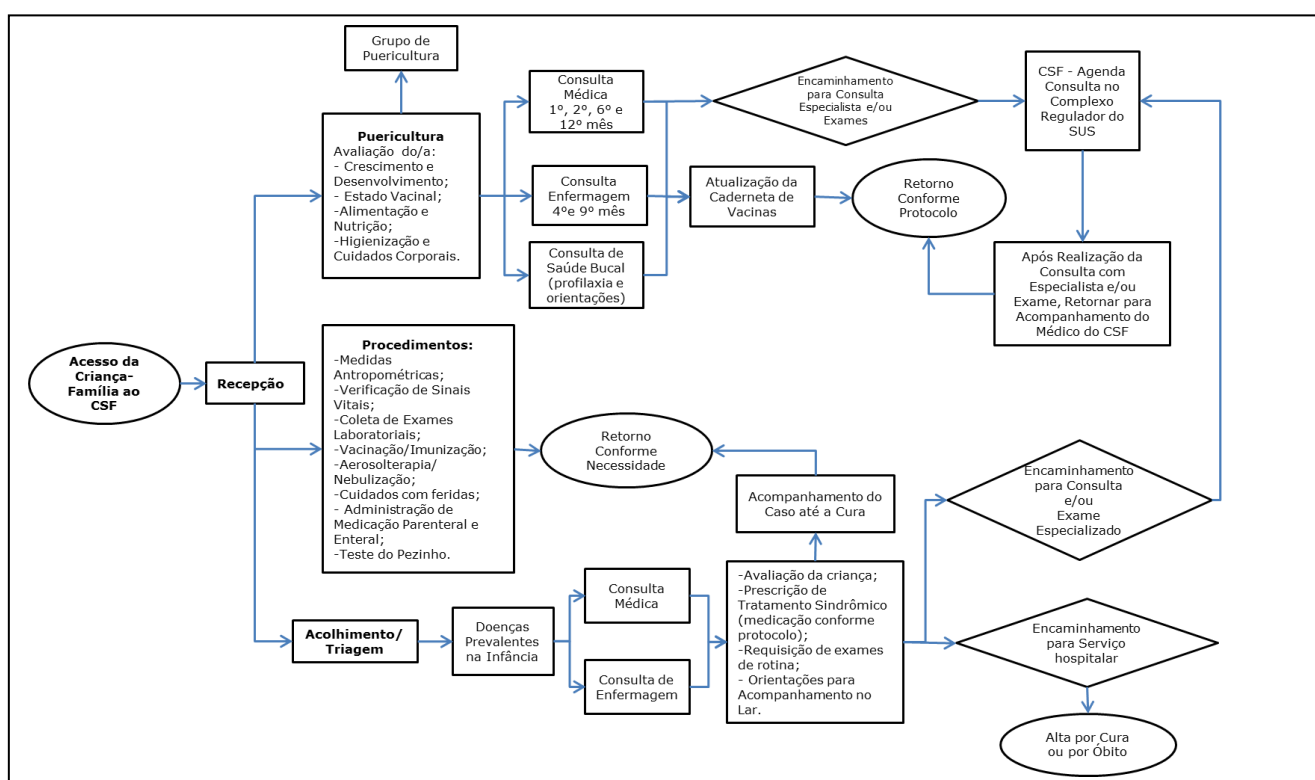
3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Descrição do Fluxo de Trabalho no Centro de Saúde da Família do Tamarindo

O itinerário das mães com suas crianças no Território da ESF do Tamarindo é de forma geral, marcado por idas e vindas, expectativas, frustrações, satisfação, acolhidas, encontros e desencontros. Cada etapa da cadeia produtiva apresenta características bem definidas, marcadas por ações que se complementam na produção do cuidado, individual e coletivo.

No Fluxograma Analisador mostrado na Figura 1. Nele está representado todo o percurso da criança menor de um ano, começando com a entrada no CSF e a abordagem desta (criança-família) pela Equipe da ESF da recepção, para encaminhá-la ao setor que possa atender à sua demanda.

Figura 1 Fluxograma Analisador da Atenção a Saúde da Criança na Estratégia Saúde da Família. Sobral - Ceará, Brasil, 2017.



a) Entrada e o acolhimento da criança e sua família

A entrada no CSF é seguida pelo acolhimento e/ou triagem. A definição de acolhimento adotada no Setor Saúde significa uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores da saúde e usuários, nos atos de receber e escutar os sujeitos, podendo acontecer de formas variadas. O processo de acolhimento é uma das grandes apostas da ESF nas últimas duas décadas, na tentativa de reorganizar a atenção à saúde e, melhorar a qualidade da assistência, buscando a humanização (BRASIL, 2013a). O acolhimento deve ser transversal, longitudinal e carregado de subjetividade, com o envolvimento de todos os trabalhadores do CSF, desde o vigilante/porteiro, os de apoio administrativo, perpassando por toda a equipe da ESF.

No tocante aos vigilantes, Farias *et al.* (2015) relatam que estes também desempenham um importante papel na recepção e acolhimento da clientela, tendo em vista ser o primeiro trabalhador do CSF que o usuário estabelece contato; e nisso, este é rotineiramente solicitado a prestar informações sobre os tipos de atendimento, horários, profissionais, dentre outros. Em algumas unidades, os vigilantes chegam a desempenhar um papel ainda mais efetivo no acolhimento, como mostra um estudo de Finkler *et al.* (2014), em que este chega a distribuir fichas, vagas de atendimento e ordenar o processo de acesso a unidade.

No CSF deste estudo, as mães chegam cedo da manhã, e aguardam na calçada até o início do horário em que dá início o expediente. Na recepção os atendentes identificam se a

criança é cadastrada no CSF ou oriunda de outro território, se está retornando, se é o seu primeiro atendimento, além de separarem o prontuário familiar.

Após a identificação, a criança é encaminhada à Sala de Procedimentos. Para em seguida, se dirigir a Sala de Triagem, onde será avaliada por um enfermeiro. Antes de entrar na sala, as mães aguardam em fila por ordem de chegada. Esta etapa é organizada pelos ACS, em um regime de revezamento entre estes, para o acolhimento qualificado e diário dos usuários no saguão do CSF. Quanto ao processo de acolhimento desenvolvido pelo ACS, Fonseca *et al.* (2013) enfatizam ser esta uma potente tecnologia leve do processo de trabalho para o fortalecimento de vínculo.

Por meio da observação de campo foi possível verificar que o acolhimento neste CSF é carregado de atos de receber, escutar e responder adequadamente a comunidade que procura o serviço, constituindo-se numa importante ferramenta de cuidado e fortalecimento da afetividade entre criança-família-equipe de saúde.

b) Cardápio Terapêutico

Existe uma rotina relativa ao atendimento às crianças, que podemos chamá-la de cardápio terapêutico, a exemplo do que estabelece Merhy (1997, p. 73). No primeiro momento, a criança é encaminhada para a Sala de Procedimentos, onde uma Técnica de Enfermagem verifica os seus sinais de vitais e o peso corporal e, em seguida, encaminhada para a Sala de Acolhimento/Triagem para a Consulta de Enfermagem, situação detalhada na fala da Enfermeira a seguir:

A criança passa por nós na triagem, nós fazemos o exame clínico e a anamnese... (Enfermeira 1).

Observou-se que a Enfermeira tem autonomia para desenvolver inúmeras ações no cuidado à criança, dentro de suas atribuições e diante do quadro clínico que esta apresenta ao entrar no CSF. Durante a consulta, a Enfermeira avalia o estado de saúde da criança, prescrevendo ou não o tratamento sintomático, conforme o protocolo do município. Um dos pontos importantes desta etapa é identificar as doenças que mais acometem as crianças no primeiro ano de vida, ou seja, as diarreias e as infecções respiratórias (VIEIRA *et al.*, 2012).

O Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família é um pouco de tudo, ... gerencia a sua equipe, ele é psicólogo, porque muitas vezes quando a gente está atendendo um paciente, a doença é mais mental do que clínica. Nós somos enfermeiros clínicos, ... fazemos todos os programas como puericultura, acompanhamento da criança, visita domiciliar, e tendo outras funções (Enfermeira 1).

Após a triagem, e havendo necessidade do Médico, a Enfermeira emite uma ficha autorizando a recepção permitir acesso à consulta médica. Sobre isso, são disponibilizadas no máximo 13 fichas por turno. Durante a consulta, o Médico avalia o estado de saúde da criança e prescreve o tratamento sintomático.

Com relação ao tratamento o CSF oferta nebulização/aerosolterapia, reidratação oral, curativos em domicílio, administração de medicamentos enterais e parenterais.

Diante da necessidade da avaliação de um especialista, o Médico preenche uma ficha de encaminhamento padronizada e entrega para o usuário no final da consulta. O usuário retorna para a recepção e entrega a ficha para que sejam

realizados os procedimentos do encaminhamento. Para isso, a recepção leva a ficha ao setor de marcação de consultas do CSF, que entra em contato com a Central de Marcação de Sobral, que se encarrega das providências necessárias para o agendamento da consulta ou procedimento especializado, verificando a disponibilidade de vagas no serviço específico.

Quando na liberação pela Central de marcação, o ACS recolhe a autorização no CSF e o leva até a casa da criança. Geralmente, o processo de marcação é demorado, exigindo um grande tempo de espera, o que pode aumentar a carga de sofrimento e o processo de adoecimento. Após a consulta especializada, a mãe retorna ao CSF para dar continuidade ao tratamento. Nos casos graves, as crianças são encaminhadas aos hospitais de referência local.

O outro serviço demonstrado no cardápio é a solicitação de exames laboratoriais e exames especiais. Após a requisição dos exames, a mãe vai à recepção em busca de orientação, sendo este direcionado para a Sala de Procedimentos, onde uma técnica de enfermagem verifica se o exame é de rotina do CSF e/ou se é urgência. Se for urgência, imediatamente é coletado o material (sangue ou urina), e encaminhado para o laboratório de análises clínicas. Depois de realizado a coleta encerra-se o trajeto da criança no CSF, sendo a mãe orientada a retornar quando retornar. Se o exame não for de urgência, a mãe é orientada a retornar no dia da semana designado para a coleta.

Se o exame ou consulta especializada não forem de rotina do CSF, a mãe é orientada a se dirigir a Diretoria de Regulação, Avaliação e Controle (DIRAC), para serem autorizados/auditados. Esta rotina serve para

também para alguns procedimentos que o SUS não disponibiliza, para serem pagos pela Secretaria da Saúde do município.

Vale registrar que o processo de coleta de exame no próprio CSF melhora a forma como a mãe experimenta o serviço de saúde, uma vez que reduz a carga de sofrimento ao reduzir o caminho a ser percorrido, garantido a acessibilidade com acesso,

Sendo o exame do tipo especializado, o caminho a ser percorrido é bem maior, visto que a solicitação do exame passa a depender de serviços externos ao CSF e que tem suas próprias rotinas. Entretanto, a carga de sofrimento é reduzida tendo vista que o próprio CSF se encarrega de verificar o agendamento do exame e de leva-lo até a residência, por meio do ACS. Essa observação evidencia a sobreposição do interesse da criança sobre os profissionais, na organização dos serviços.

Após a chegada do resultado do exame e/ou da consulta especializada, ocorre a demanda programada por retornos às consultas, feita pelo médico e enfermeiro. Este processo segue novamente a lógica do acolhimento na recepção e triagem, para a liberação de nova ficha ou nova agenda de consulta para o acesso ao retorno, ou seja, a entrada do retorno é a mesma da demanda espontânea.

A enfermeira eventualmente interpreta exames complementares de rotina solicitados pelo médico. Assim, em casos onde não se verifica alteração dos parâmetros normais a enfermeira orienta o usuário a trazer a criança em outro momento para a consulta médica.

A dispensação de medicamentos ocorre da seguinte forma. Após verificar a prescrição, o funcionário da farmácia checa a existência do

medicamento na farmácia e tendo o medicamento, o mesmo é fornecido à mãe. Sendo fornecido o medicamento, encerra-se o trajeto da criança no CSF.

Entretanto, se não há o medicamento, ponto crítico observado, o usuário é questionado, se ele pode comprar. Se sim, é orientado a obter o medicamento em farmácia particular. Se não, a gerente entra em contato com a Farmácia de Medicamentos Especiais de Sobral, e verifica se há o medicamento necessitado, se sim, o medicamento é fornecido ao usuário, se não, a gerente entrar em contato com o coordenador da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), para verificar outras possibilidades. É importante registrar que esse empenho pelo fornecimento de medicamentos mostra responsabilização e compromisso com a resolubilidade.

Entro em contato com o coordenador da CAF, para ver a possibilidade de solucionar a demanda (Gerente do CSF).

No atendimento odontológico, o processo de acolhimento é diferente, não havendo necessariamente a participação do enfermeiro e do ACS. Neste caso, o acolhimento inicial do usuário é realizado na recepção com a participação da auxiliar de saúde bucal. Esta profissional se encarrega de marcar e agendar as consultas e procedimentos odontológicos. Cabe ao cirurgião-dentista a avaliação e resolução dos problemas de saúde bucal bem como a profilaxia destes problemas.

As ações da cirurgia-dentista estão principalmente relacionadas com a profilaxia das doenças bucais e orientações. Esta observação estar de acordo com os achados de Finkler *et al.* (2014, p. 550): “a equipe da odontologia ensina as mães medidas preventivas de saúde bucal”.

Aqui eu faço profilaxia das doenças da cavidade bucal das crianças, fazemos aplicação de flúor, restauração dos dentes cariados e orientamos sobre a alimentação adequada (Cirurgiã-Dentista).

Além de tudo isso, é importante registrar que o serviço dispõe de visitas aos lares realizados pelos ACS, médicos e enfermeiros e técnicos de enfermagem. O CSF também dispõe de profissionais de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), sendo eles: um educador físico, uma fisioterapeuta, uma terapeuta ocupacional, uma farmacêutica e uma fonoaudióloga.

Como mostra o Fluxograma (Figura 1), a demanda ao invés de ir diretamente para o médico, vai para a equipe de acolhimento (equipe de escuta), o qual abre um cardápio de oferta, onde pode direcionar o usuário para a consulta médica, para a consulta de enfermagem, para a consulta odontológica ou para outros serviços como procedimentos e encaminhamentos. Percebe-se também a inexistência de um trabalho hierárquico, de maneira que cada profissional é valorizado na sua área de atuação, onde trabalham de forma conjunta, interagindo seus saberes e práticas para produzir o cuidado.

Nas observações realizadas, foi possível identificar a demanda programada de atenção à criança que ocorre pela puericultura dos enfermeiros e médicos, pela consulta puerperal associada à primeira consulta do recém-nascido com os profissionais médicos e pela equipe de odontologia com promoção à saúde bucal de gestantes e crianças.

c) Decisão

Neste CSF as principais decisões são tomadas pelo médico durante a Consulta Médica e, por

consequente, pelo enfermeiro no momento da Consulta de Enfermagem.

Na etapa de decisão, o serviço avalia se a queixa da família ou o problema que a criança estar manifestando pode ser resolvido no próprio CSF, ou se o caso precisa ser avaliado por outro nível de atenção. Assim, é a partir da identificação das necessidades da criança, que o profissional toma a decisão, que pode ser a de resolver a demanda naquele momento, ou encaminhar para o pronto-atendimento, outros serviços de referência do município ou agendamento via Central de Regulação do SUS (CRES-SUS).

Os momentos de decisões envolvem as seguintes variáveis: as práticas de cuidado a serem desenvolvida, os determinantes do processo saúde-doença-cuidado, as necessidades individuais e coletivas da criança e sua família, o quadro clínico. A partir de então, vem a escolha do processo terapêutico mais adequado para o caso, que vai desde a prescrição de tratamento e requisição de exames especializados, ao acompanhamento da criança pela equipe no lar, ou o encaminhamento para serviços de especialidades de média e alta complexidade, a exemplo de hospitais.

Com relação ao encaminhamento da criança para avaliação de um médico especialista ou para procedimento ambulatorial, esta etapa é um ponto importante do fluxo, considerando que o encaminhamento para outro serviço deve ser pensado apenas quando se esgotar todas as possibilidades de diagnose da ESF, tendo em vista o enorme potencial de resolubilidade que se espera da APS (UCHÔA *et al.*, 2016).

Diante de um caso de urgência ou emergência e ausência de Médico, a Enfermeira

realiza o encaminhamento da criança para o serviço hospitalar do município. Além disso, se o caso não for uma urgência mais sim, a manifestação de uma situação clínica preocupante, a Enfermeira pode realizar o encaminhamento da criança para avaliação por um pediatra, como descrito na fala a seguir:

[...] se eu estiver no PSF e eu não tiver um médico, e chegar uma criança que ela necessita de um encaminhamento para um especialista, eu vejo isso, sei lá, eu desconfiei, porque o enfermeiro pode ter uns potinhos de interrogação, e ele pode encaminhar a criança sim para um pediatra. A criança chega para mim, a mãe relata vários episódios de vômito, né, a criança se alimenta e vomita, poxa! Ligou uma luzinha de interrogação de que a criança pode ter um possível refluxo, na verdade aí eu não tenho como diagnosticar, porque eu não sou médica para estar diagnosticando, mas eu tenho como triar a criança, eu tenho como ouvir o que a mãe tem para mim dizer, eu tenho como fazer um exame clínico na criança e encaminhar a criança para o CEM. Mas se for outra situação em que a criança, chega, e é uma urgência ou uma emergência, e preciso de um atendimento de imediato, seja ele que pode esperar como urgência algumas horas, ou como emergência e ele não pode esperar, eu posso sim encaminhar para a Unidade Mista ou para o Regional (Enfermeira 1).

Contudo, os recursos do município e também dos cuidadores das crianças são limitados. O fluxo de encaminhamento da criança em caso de urgência e emergência, geralmente colide com a dificuldade financeira de algumas mães de transportar a criança para o serviço hospitalar, uma vez que os hospitais estão localizados em regiões distantes do CSF.

Nós temos um carro de macro-área aqui, mas às vezes há uma demora no carro, isso para mim, é um dos pontos críticos que a gente tem. As mães às vezes vêm para cá e não tem dinheiro, e as vezes esse carro, como é para a macro-área, está fazendo atendimentos nos distritos, aí a mãe não tem dinheiro

para ir. A gente já cansou várias vezes aqui de fazer cotinha para a mãe ir para o hospital, entendeu (Enfermeira 1)

d) Saída

A saída se refere ao fim da trajetória da criança na cadeia produtiva, que pode se dar por meio de várias situações: alta, abandono do tratamento, cura, óbito, transferência para outro território e encaminhamentos para outros serviços. No caso, da puericultura, está se dá de modo contínuo, longitudinal.

3.1.1 Visita Puerperal, Puericultura e Vacinação

Como protocolo de acompanhamento da criança no primeiro ano de vida, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) recomenda no mínimo, sete consultas de rotina, sendo na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês. Entende-se que o acompanhamento de crescimento, do nascimento até o segundo ano de vida é fundamental para a promoção à saúde da criança e prevenção de doenças, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nos problemas.

Quanto à puericultura e sua rotina de cuidados, percebeu-se que a equipe da ESF tem como uma das prioridades, iniciando-a logo na primeira semana de vida do recém-nascido (RN), durante visita ao lar a este e sua mãe puérpera. Onde garante-se uma visita puerperal, realizada pelo ACS, a partir do momento em que o RN chega da maternidade para seu domicílio, e posteriormente, em um prazo de até sete dias pós-parto, ocorre a visita da enfermeira.

Eu vou visitar a mãe, visitar a criança, na visita puerperal vou ver se a criança está mamando bem, se está tendo uma boa pega, como está a pele da criança, como está o umbigo da criança, procuro saber se a criança faz xixi, se está defecando, como é que está a

mãe, se ela estar se alimentando bem, como que estar o puerpério dela, se estar tendo apoio familiar. Quando fazemos a visita puerperal já deixamos certo que vamos levar a enfermeira lá, e a partir daqui já começa a questão da puericultura, observação do cartão de vacina, para que a criança tenha uma boa assistência (ACS 1).

A enfermeira juntamente com o ACS realiza uma visita ao lar ao binômio mãe/RN. Nesta visita a enfermeira realiza anamnese e exame físico em ambos, verifica o contexto da família, e orienta sobre os cuidados de saúde, como a higienização do coto umbilical e dos seios, a “boa pega” na amamentação, a vacinação, os testes de triagem (Teste do Pezinho e Teste da Orelhinha) e finalmente providencia a primeira consulta do RN na CSF com o médico.

Esta prática corrobora com o trabalho de Tabile *et al.* (2015) que preconizam que seja feita a visita logo após a alta da puérpera e RN. O objetivo dessa captação está pautado, sobretudo, na marcação do Teste da Orelhinha e Teste do Pezinho, vacinações (BCG e hepatite B), higiene bucal, avaliação de coto umbilical, importância da amamentação exclusiva e da “boa pega” do RN e orientações sobre as consultas de puericultura na ESF.

Quanto ao termo visita ao lar, Ximenes Neto *et al* (2012, p. 28) optam por essa denominação, apesar da terminologia nacionalmente conhecida seja a visita domiciliar, por essa propiciar “maior acolhimento, construção de vínculo e desenvolvimento do processo de cuidar holístico e humanizado”. De acordo com os autores, a visita da equipe à puérpera e ao recém-nascido logo após a chegada da maternidade, é necessária para se “evitar a introdução de práticas culturais inadequadas ou diferentes das preconizadas nos planos de

cuidados”, a exemplo do aleitamento em mamadeira e outras práticas que podem influenciar com os determinantes do processo saúde-doença-cuidado.

O primeiro ano de vida é crucial para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, em vista disso, as puericulturas são mensais nos primeiros meses, bimensais nos meses seguintes e trimestrais nos últimos meses. O médico realiza as puericulturas do 1º, 2º, 6º e 12º mês, enquanto que a enfermeira realiza as puericulturas do 4º e 9º. Por ocasião da puericultura de enfermagem, pelo menos uma vez ao mês, as enfermeiras juntamente com os ACS organizam um grupo de puericultura com as mães e suas crianças, no qual as consultas ocorrem de forma coletiva. Trata-se de um momento lúdico de socialização das crianças e das mães, no qual se promove a conscientização da importância do acompanhamento da saúde infantil, por meio de roda de conversa entre as enfermeiras e as mães.

No primeiro mês ocorrem os testes de triagem (Testes da orelhinha e do Pezinho), avaliações neurológicas, orientação sobre as primeiras vacinas, sobre a amamentação exclusiva até o sexto mês e sobre a profilaxia de doenças na cavidade bucal.

A criança deve ficar na amamentação exclusiva, mas a mãe hoje em dia tem que ir trabalhar, né, e mãe já que colocar a criança em outros alimentos e a gente já vai orientar na questão da sopinha e orientar que a amamentação deve continuar, não é porque ela entrou em outros alimentos que ela vai parar a amamentação, a amamentação é importantíssima para a saúde da criança (ACS 1).

Acompanho o aleitamento materno de zero até seis meses, olhamos se a criança estar pegando bem o peito, e não só com a criança mais também com mãe, olhamos como estão as mamas, se

tem ferida. Acompanhamos também as vacinas (ACS 2).

... no domicílio da criança, fazemos a visita domiciliar, pelo menos uma vez no mês, né, porque eu tenho 700 pessoas, tenho gestante, tenho acamados, restrito ao lar e tenho as prioridades. Então todo mês eu vou, para verificar e peso e ver se estar sendo acompanhada direitinho (ACS 3).

As ações de saúde bucal no primeiro ano de vida da criança são realizadas no contexto do trabalho multiprofissional da equipe de saúde. As ações do dentista se dividem antes e após a protrusão dos dentes. Destacam-se as orientações sobre alimentação e higienização das gengivas da criança com a utilização de uma frauda, e no segundo período orienta-se a troca da frauda pelo uso de escova e creme dental para a higienização da cavidade bucal e profilaxia da cárie.

De acordo com o Fluxograma Analisador (Figura 2), o período de puericultura é seguido pelo serviço de vacinação, também chamado de imunização, o qual é realizado em um trabalho conjunto entre ACS e Enfermagem. De acordo com Figueiredo *et al.* (2011) há uma interdependência entre estes dois serviços, ao verificar que as crianças que não aproveitam as oportunidades de vacinação podem ser as mesmas que não frequentam o acompanhamento de puericultura.

O período de zero a um ano é a fase em que a criança deve receber a maioria das vacinas do calendário de vacinação. Assim, a vacinação trata-se de um processo determinante para a saúde da criança e que depende, principalmente, da iniciativa da mãe, ponto crítico observado, como mostra as falas a seguir.

Procuro manter em dia os cartões de vacinas das crianças, mantendo as crianças vacinadas. Quando tem uma

mãe mais difícil que não traz a criança, eu peço pra agente de saúde para fazer a busca na área pra procurar a criança com vacina atrasada (Enfermeira 2).

Difícil é a própria mãe que às vezes a gente vai e não quer abrir a porta, manda o filho maior dizer que estar dormindo. Isso aí é difícil porque algumas mães não contribuem para o nosso trabalho (ACS 3).

Segundo Piacentini e Contrera-Moreno (2011) as vacinas estão entre os produtos biológicos mais seguros, e os programas consolidaram sua posição entre as medidas de intervenção em saúde pública mais eficazes. Todavia, considerando que as vacinas possuem agentes infecciosos atenuados ou inativados e alguns componentes podem induzir a eventos adversos, o que requer maiores cuidados na administração dos imunobiológicos em crianças menores de um ano.

De acordo com o que a enfermeira da Sala de Vacina relatou em entrevista, os principais cuidados durante a rotina de vacinação, diz respeito às reações que os imunobiológicos podem causar nas crianças, e cita os procedimentos burocráticos em caso de reação grave.

Em caso de reação, isso é chamado efeito adverso da vacina, então a gente tem uma ficha de efeitos adversos, é do ministério da saúde, então se criança tiver uma febre muito alta, às vezes convulsão, vai para o hospital. A mãe leva essa ficha para o médico que atendeu a criança, aí ele vai relatar tudo que ele observou, o médico preenche a sintomatologia da criança pós-vacina, depois essa ficha volta pra mim e eu dou meu parecer também, aí essa ficha vai pra Secretaria da Saúde para o setor de imunização e lá, mandam pra Fortaleza e depois vai pra Brasília. (Enfermeira 2).

Por ocasião da aplicação de vacinas que costumeiramente causam reação, a enfermeira toma algumas medidas de prevenção.

A vacina que dar reação, a PENTA e DTP, a gente recomenda botar gelo nas perninhas, e dá um antitérmico de 6 em 6 horas, e quando a mãe não faz isso, geralmente a criança tem apresenta febre da reação da vacina. É recomendado que se der o antitérmico antes de vir para vacina, as vezes eu dou até aqui na sala mesmo. Todos os meses eu pego na farmácia frascos de dipirona e de paracetamol pra facilitar para as mães, então eu sempre mantenho o medicamento aqui na sala. É importante registrar no cartão da criança o lote, a data de fabricação e o laboratório da vacina, para num caso de uma reação muito forte, irem pesquisar aquele lote, e ver se houve algum erro na fabricação (Enfermeira 2).

A participação do ACS no serviço de imunização é essencial, especialmente durante o primeiro ano de vida. O ACS mantém uma cópia do cartão de vacinação da criança, denominado de cartão espelho, onde registra as aplicações de vacinas, exatamente como ocorre na Sala de Vacina. E uma vez por mês todos os ACS se reúnem com suas respectivas enfermeiras, onde mostram os cartões de vacinas e verificam o estado de vacinação das crianças. Se for encontrado crianças com vacinas atrasadas ou não vacinadas, os ACS se deslocam para seus territórios, para reverter essa situação.

Segundo Joyce (2007), para que a criança seja considerada imunizada, é importante respeitar o esquema vacinal preconizado para cada imunobiológico e para cada idade, uma vez que o atraso na vacinação pode ser tão prejudicial quanto à falta da vacina. Um estudo posterior realizado por Tertuliano e Stein (2011) observou que quanto mais doses a vacina tiver no esquema vacinal, maiores são as chances de atrasos e

presumem que a mãe julgue que essas doses seguintes sejam menos importantes e/ou dispensáveis. Neste sentido, a equipe do CSF do Tamarindo enfatiza a correta vacinação das crianças menores de ano, tendo em vista ser uma fase crucial para a imunização.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre o processo de trabalho dos trabalhadores da saúde, nos diversos processos produtivos, durante o cuidado, assistência e atenção à saúde, aos sujeitos famílias e comunidades faz-se mister, para que se possa identificar os acertos, as rupturas, as dificuldades, bem como os nós críticos do processo de trabalho e de gestão, e assim gerar subsídios para intervir quando necessário. Nesta perspectiva, o uso do Fluxograma Analisar para se visualizar o trabalho vivo em ato, que se dá com a operação das tecnologias leves, leves duras e duras, revela as diversas faces do agir em saúde, suas potencialidades, fragilidades e fortalezas.

A assistência prestada à criança na APS visa à promoção integral da saúde por meio de ações prior de vigilância e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Todavia, é necessário a reflexão sobre a prática do cuidado de saúde as crianças, para lançar luzes sobre a temática, assim como preencher lacunas de conhecimento e práticas que possibilitem garantir o acesso adequado e ao tratamento eficaz, com ênfase na descentralização e na integralidade das ações.

Com relação ao acesso ao serviço de saúde do CSF em estudo, constatou-se que a recepção constitui-se o *locus* de busca de informações dos os usuários que procuram seus serviços. Neste local os usuários são direcionados de acordo com

a manifestação de sua necessidade, questionamentos ou reclamações. Portanto, está recepção comporta-se com filtro, em que os usuários são acolhidos, onde ocorre o estabelecimento de vínculo e escuta, tornando este setor do CSF não apenas como a porta de entrada do setor, mas das redes de atenção à saúde.

A partir da análise realizada, utilizando a ferramenta do Fluxograma Analisador, conseguiu-se identificar no processo de trabalho deste CSF todo o itinerário realizado pela mãe e sua criança, na tentativa de obter o restabelecimento da saúde e prevenção de doenças da criança, além de identificar as intervenções realizadas, revelou as potencialidades, fragilidades e pontos críticos de cada serviço.

Partindo da observação de que todos os profissionais deste CSF resolvem o problema de saúde, verifica-se que o fluxo de trabalho da demanda é compartilhado entre os profissionais e não necessariamente só o médico resolve o problema. Fica claro que esta forma de trabalhar apresenta dois pontos importantes, ou seja, evita a sobrecarga de trabalho do profissional médico e evita que demanda fique sem atendimento.

O caminhar deste estudo, por meio das veredas do cuidado das mães com suas crianças nos serviços de saúde do CSF, conduziu a construção de uma cartografia do percurso de encontros, construídas e experimentadas através das relações estabelecidas entre os profissionais de saúde nos espaços de produção do cuidado. Identificou-se, nas trajetórias, dentre as idas e vindas, a dinâmica realizada pelos profissionais de saúde na produção de cuidado para com as crianças, em um campo relativamente novo,

inquietante e instigante como são as dimensões da ESF, bem como as competências requeridas pelos profissionais da saúde, para a construção de práticas e saberes que deem resolubilidade para as demandas das crianças-mães-famílias-comunidade no campo da APS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; MARTINS JÚNIOR, T. Saúde da Família: Construindo um Novo Modelo A experiência de Sobral. **Sanare**, v. 1, n. 1, p.1-11, 1999.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS. **Estimativa da população de 2015**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº. 28. Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a (Volume I).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº. 28. Acolhimento à demanda espontânea: Queixas mais comuns na Atenção Básica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

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

BRASIL. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: V Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília: Ipea: 2014. Citado em: 16 jun. 2017.

CAMPOS, R. M. C.; RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V.; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 3, 2011.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/COPROM-NUIAS. **Mortalidade no Estado do CEARÁ**.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016 – 2019**.

FARIAS, D.C.; CELINO, S. D.; PEIXOTO, J. B.; BARBOSA, M. L.; COSTA, G. M. Acolhimento e Resolubilidade das Urgências na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 79-87, 2015.

FIGUEIREDO, G.L.A.; PINA, J.C.; TONETE, V. L. P.; LIMA, R. A.; MELLO, D. F. Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 598-605, 2011.

FINKLER, A.L.; VIERA, C. S.; TACLA, M. T.; TOSO, B. R. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 27, n. 6, p. 548-553, 2014

FONSECA, G. G. P.; LIMA, S. B.; PARCIANELLO, M. K.; BISOGNO, S. B.; RITTER, F.; BADKE, M. R. Acolhimento e vínculo no processo de fazer dos agentes comunitários de saúde: Revisão Integrativa. **Revista Saúde**, v. 39, n. 2, p. 9-22, 2013. Citado em: 10 mai. 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/revistasaude/artic le/view/7921>. DOI: <http://dx.doi.org/10.5902/223658347921>

FRANCO, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. Cap. 6. p. 161-198. Citado em: 2 jul. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/pt/lil-536157>

JOYCE, C. Steps to success: getting children vaccinated on time. **Pediatric Nursing**, v. 33, n. 6, p. 491-496, 2007. Citado em: 9 fev. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18196712>

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. Capítulo 2. p. 71-112. <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/ca pitulos-03.pdf>

PIACENTINI, S.; CONTRERA-MORENO, L. Eventos adversos pós-vacinais no município de Campo Grande (MS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p.531-536, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pi d=S1413-81232011000200016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000200016>

ROLNIK, S. Cartografia sentimental – transformações contemporâneas do desejo. 2. ed. Porto Alegre: Sulina/Editora UFRGS, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pr imaria_pl.pdf

TABILE, P.M.; BERNHARD, T. W.; MÜLLER, E.; DIHEL, D.; JANINE KOEPP, J.. A importância do fluxograma para o trabalho da saúde da família na visão do projeto PET-Saúde. **Revista Eletrônica Ges- tão & Saúde**, v. 6, n. 1, p.680-690, 2015.

TERTULIANO, G.C.; STEIN, A.T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência de Saúde Coletiva**, v.16, n. 2, p. 523-530, 2011.

UCHÔA, S.A.C.; ARCÊNCIO, R. A.; FRONTEIRA, I. S. E.; COELHO, A. A.; MARTINIANO, C. S.; BRANDÃO, I. C. A. Acesso potencial à Atenção Primária à Saúde: o que mostram os dados do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade do Brasil?. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1-30, 2016.

VASCONCELOS, M.L.P.; XIMENES NETO, F.R.G.; FERREIRA, A.G.N. Análise da integralidade da atenção à saúde da criança a partir de óbitos infantis. **Essentia**, Sobral, v. 16, n. 1, p. 111-133, 2014. Citado em: 2 nov. 2016. Disponível em: <http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessent ia/article/view/6>.

VIEIRA, V.C.L. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 119-125, 2012. Citado em: 5 abr. 2017.

XIMENES NETO, F.R.G.; FERREIRA, G. B.; XIMENES, M.R.G. ; BASTOS, E.B. ; COSTA, S.S. ; NEGREIROS, J. A. Necessidades de qualificação, dificuldades e facilidades dos Técnicos de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. **SANARE**, v. 15, p. 47-54, 2016. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFil e/927/556>

XIMENES NETO, F.R.G.; CHAVES, M.E.; PONTE, M.A.C.; CUNHA, I.C.K.O. . Trabalho do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família na visita ao lar da puérpera e recém-nascido. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v. 12, p. 27-36, 2012.

Antônio Francisco de Sousa

Enfermeiro. Biólogo. Especialista em Bioquímica e Biologia Molecular Aplicadas com Ênfase em Saúde, Meio Ambiente e Agropecuária (UVA). Mestre em Biotecnologia (UFC).

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto

Enfermeiro Sanitarista. Mestre em Saúde Pública/UECE. Doutor em Ciências/UNIFESP. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (UVA/RENASF/FIOCRUZ).

Francisco Willian Melo de Sousa

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho.

Layse Fernandes Queiroz Vasconcelos

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família pela UFC, *Campus* Sobral (CE).

Eliany Nazaré Oliveira

Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFC, *Campus* Fortaleza (CE).

Luciano Garcia Lourenção

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP).
