

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE – UNICENTRO**  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM MESTRADO  
INTERDISCIPLINAR EM DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO - PPGIDC

**LEANDRO JOSÉ MICHELON**

**A CONTRIBUIÇÃO DA PUERICULTURA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL  
NA ESF: CONCEPÇÕES MATERNAS**

IRATI - PR  
2015

LEANDRO JOSÉ MICHELON

**A CONTRIBUIÇÃO DA PUERICULTURA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL  
NA ESF: CONCEPÇÕES MATERNAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* (nível de Mestrado) Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Universidade Estadual do Centro-Oeste, UNICENTRO, para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário.

Área de concentração: Desenvolvimento Comunitário.

Linha de Pesquisa: Cultura, práticas sociais, formação humana e desenvolvimento comunitário.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jáima Pinheiro de Oliveira

IRATI - PR  
2015

Catálogo na Fonte  
Biblioteca da UNICENTRO

M623c	<p>MICHELON, Leandro José.</p> <p>A contribuição da puericultura para o desenvolvimento infantil na ESF : concepções maternas / Leandro José Michelin. – Irati, PR : [s.n], 2015. 48f.</p> <p>Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jáima Pinheiro de Oliveira</p> <p>Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração: Desenvolvimento Comunitário, Linha de pesquisa : Cultura, práticas sociais, formação humana e desenvolvimento comunitário. Universidade Estadual do Centro-Oeste, Paraná.</p> <p>1. Medicina – dissertação. 2. Saúde – materno – infantil. 3. Acolhimento da criança. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Amamentação. I. Oliveira, Jáima Pinheiro. II. UNICENTRO. III. Título.</p> <p>CDD 20 ed. 618.921</p>
-------	---

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

LEANDRO JOSÉ MICHELON

Dissertação aprovada em 14/09/2015 como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da Universidade Estadual do Centro-Oeste pela seguinte banca examinadora:

### Membros Titulares

Presidente da Banca (Orientadora):

Profª Drª Jáima Pinheiro de Oliveira  
Instituição: FFC/UNESP/SP

Titular Externo:

Profª Drª Pollyanna Kássia de Oliveira Borges  
Instituição: UEPG/PR

Titular Interno:

Profª Drª Maria Fernanda Bagarollo  
Instituição: UNICENTRO/PR

### Membros Suplentes

Suplente Externo:

Profª Drª Lígia Maria Presumido Bracciali  
Instituição: FFC/UNESP/SP

Suplente Interno:

Profª Drª Cristina Ide Fujinaga  
Instituição: UNICENTRO/PR

Irati, 14/09/2015

## AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, **Profª Drª Jáima Pinheiro de Oliveira**, pela confiança, paciência e dedicação, pela generosidade que compartilhou comigo tempo e conhecimentos, pelos desafios de cada etapa que me proporcionou por meio deste trabalho e principalmente pela admirável dedicação à ciência!

As professoras doutoras **Pollyanna Kássia de Oliveira Borges** e **Maria Fernanda Bagarollo**, componentes da Banca do Exame de Qualificação e Defesa desta dissertação, pelo aceite do convite e por enriquecer esta pesquisa com suas sábias contribuições.

À minha mãe, **Rosalba**, que soube aceitar a minha ausência, superado pelo amor, carinho, apoio e incentivos manifestados pelo olhar, necessários como A VIDA!

À **Adrieli** que nessa jornada; pelo carinho, amizade, companheirismo e pelas palavras de consolo e apoio!

Aos sujeitos participantes, por acreditarem nesta pesquisa, muito obrigado!

Sobretudo agradeço a Deus, por colocar esta oportunidade e todas essas pessoas no meu caminho.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	1
2. <i>Capítulo 1 CRIANÇA: SUA AFETIVIDADE E O AMBIENTE FAMILIAR</i> .....	6
3. <i>Capítulo 2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): POLÍTICAS DE SAÚDE INFANTIL</i> .....	9
4. <i>Capítulo 3 PUERICULTURA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL</i> .....	12
4.1 Rede Cegonha.....	16
4.2 Políticas de saúde infantil no Paraná .....	17
4.3 Reflexos das Políticas de saúde em Laranjeiras do Sul.....	18
5. <i>Capítulo 4 MÉTODO</i> .....	21
5.1 Caracterização da pesquisa e aspectos éticos.....	21
5.2 Local e participantes (critérios para seleção) .....	22
5.3 Perfil socioeconômico materno .....	22
5.4 Coleta de dados .....	24
5.5 Análise de dados.....	24
6. <i>Capítulo 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</i> .....	24
a) <i>Sobre o processo de empoderamento materno no contexto da puericultura</i> .....	26
b) <i>Elementos indicadores sobre o serviço oferecido e motivações para         participar deste serviço</i> .....	29
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
<b>APÊNDICE A</b> - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS MÃES.....	44
<b>APÊNDICE B</b> - PESQUISA SOBRE O PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MÃES ENTREVISTADAS .....	47
<b>APÊNDICE C</b> - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM AS MÃE...48	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<i>Gráfico 1</i> Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos nove anos precedentes.....	19
--	----

## ÍNDICE DE TABELAS

<b><i>Tabela 1</i></b> Distribuição da amostra em relação a dados socioeconômicos.....	23
--	----

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>ANEXO A</b> - O parecer de aprovação CEPE.....	41
---	----

## RESUMO

O objetivo desse estudo foi identificar as temáticas descritas pelas mães usuárias da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o serviço de puericultura e o desenvolvimento de seus filhos. Participaram do estudo onze mães, sendo o vínculo com a puericultura o principal critério de seleção. A territorialização e adscrição das Estratégias Saúde da Família (ESF) também foram consideradas. Elas foram entrevistadas com um roteiro semiestruturado e os dados foram gravados, transcritos e analisados por meio de seu conteúdo. Os relatos das mães revelaram aspectos importantes sobre o processo de emponderamento delas e sobre os motivos que as fizeram participar do serviço. Sobre o emponderamento materno, foi possível identificar nos relatos contribuições da puericultura em relação à alimentação geral, amamentação, cuidado diário e procura por outros serviços. Sobre os motivos que as fizeram participar da puericultura, três mães relataram importância, duas relataram necessidade e duas indicaram o serviço como uma espécie de compromisso com o desenvolvimento do filho. As demais atribuíram a participação ao agendamento. Os resultados do estudo sugerem a continuidade de investigação das práticas da puericultura, com vistas ao aprofundamento de estratégias que ampliem o vínculo entre profissionais e usuários do serviço.

**Palavras-chave:** Cuidado da criança; Acolhimento; Estratégia Saúde da Família (ESF), Saúde materno-infantil.

## **Abstract**

The objective of this study was to identify the themes described by the mothers users of the Family Health Strategy (FHS) on the childcare service and the development of their children. Eleven mothers participated of the study. The participation on child care services was the main criterion for selection. The territorial and ascription of the Family Health Strategy (ESF) also were considered. They were interviewed with a semi structured questionnaire and the data were recorded, transcribed and analyzed using its contents. The reports of the mothers revealed important aspects of their empowerment process and about the reasons or grounds for the participation in the service. About maternal empowerment, there were reports of contributions of the child care service for the general feeding, breastfeeding, daily care and demand to other services. About the grounds of participation in the service, three mothers reported importance; two reported need and two indicated the service as a commitment to the development of the child. The study results suggest the continuity of investigation of child care services for direction of the strategies that enhance the connection between professionals and service users.

**Key words:** *Child care; User embracement; Family Health Strategy; Maternal and child health.*

“Carinho é o que mais ajuda, inclusive meu bebê nasceu com um quilo e pouquinho e o que mais ajuda é o carinho, é o amor” (Rosane<sup>1</sup>, 40 anos).

## 1. INTRODUÇÃO

Algumas pesquisas atuais indicam trabalhos promissores (SAPAROLLI, ADAMI, 2007; CIAMPO *et al.*, 2006; OLIVEIRA; ZABOROSKI, 2013; RICCO, 2000; BONILHA e *cols*, 2005; DEL CIAMPO *et al.*, 2006; CAMPOS e *cols*, 2011; DUNCAN, 2004) que corroboram a relação do foco interdisciplinar de trabalho em saúde e uma preocupação maior dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) com o processo de vigilância do desenvolvimento infantil.

Por outro lado, o trabalho interdisciplinar envolve estudos acerca do significado e da pertinência das colaborações entre as disciplinas. Isso deve ser levado em consideração, em prol de um novo conhecimento capaz de avançar aspectos da própria formação humana e que haja deslocamentos dos campos dos diversos saberes no sentido da construção de um saber essencialmente interdisciplinar.

A problemática dessa pesquisa insere-se no contexto da puericultura. Ingressar num mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário (o que por si só já é algo complexo e que exige disponibilidade e interesse), repensar preconceitos do contexto interdisciplinar e ainda ter que abrir mão das certezas construídas durante a trajetória de graduação, é uma tarefa árdua e cheia de impasses e desafios. Inserir-se neste espaço de estudos exige predisposição para questionar os caminhos percorridos até aqui e construir outros, a partir dos novos desafios do cotidiano. Paralelamente a estes (des)caminhos que foram trilhados no mestrado, foram adquiridos novos conhecimentos, alguns ainda em processo de apropriação.

---

<sup>1</sup> Relato de uma das mães participantes desse estudo. Todos os nomes das mães apresentados ao longo do texto são fictícios. Estes foram trocados para evitar qualquer tipo de identificação.

Ao pesquisar e escrever sobre as concepções maternas das usuárias da Estratégia Saúde da Família (ESF), sobre a puericultura e o desenvolvimento infantil, partimos de nossa prática, da experiência de colegas e vivências que implementaram as políticas públicas a partir de 1994, das falas das pacientes, das melhores evidências científicas e comprovamos que fazemos ciência unindo a *práxis* e a prática.

Dentro desse contexto, a compreensão que as mães possuem acerca da puericultura, bem como da contribuição desta para o desenvolvimento de seus filhos foi um dos pontos que geraram problematizações para essa pesquisa.

Além disso, a puericultura é realizada por uma equipe interdisciplinar, o que nos coloca, a todo momento, diante de saberes e práticas diferentes, embora tenham o mesmo objetivo. Entende-se que a ESF deve procurar compreender a saúde das pessoas no contexto dos seus diversos determinantes, quer seja no ambiente físico da comunidade, quer seja nas relações sociais, alcançando muito além do simples enfoque sobre a enfermidade dos cidadãos. A família, além do indivíduo, passa a ser objeto de atenção no ambiente onde vive, ampliando-se a sua compreensão diante do processo saúde/doença (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

A temática infância, remete-nos a uma etapa única da vida, socialmente é uma referência de uma fase de expectativa e felicidade, um conjunto de fatores que institui determinados arranjos que incluem a família, a escola, dentre outros arcabouços sociais que colaboram para que haja determinados modos de pensar e viver a infância. Nesse processo, o enfermeiro é um ator social que participa na vida, antes mesmo do nascimento, até a morte do indivíduo. Ao mesmo tempo, é convidado a refletir sobre as mudanças necessárias e que devem ser buscadas na assistência de todo esse processo.

Ao pesquisar a concepção materna na comunidade, pode-se encontrar com pressupostos do senso comum, ao lado do saber religioso, da arte e do saber científico, pois todos participam da construção da nossa concepção do mundo. São saberes diferentes, mas são todos construídos em um determinado tempo, em

uma determinada cultura. Esse universo permite imprimir categorias de análise, para compreender melhor toda essa complexa realidade, ao longo do processo de desenvolvimento humano.

Entendemos que a concepção do que é o ser humano não é dado desde o nascimento, ou seja, não é inato ao indivíduo. Ele constrói o seu ser aos poucos, apropriando-se do material do mundo social e cultural, ao mesmo tempo em que atua sobre este mundo, ou seja, é ativo na sua construção e modificação (BRASIL, 2006).

Desse modo, ressalta-se a importância de estudar a concepção materna pelo enfermeiro, que presta cuidado à infância. É necessário que estes estejam imersos nessa realidade materna, de maneira a conhecer o cotidiano ao qual essas mães pertencem, bem como sua "bagagem cultural". Conhecedores dos contextos nos quais estas mulheres estão inseridas - principalmente suas dúvidas, angústias, mitos e crenças em relação ao cuidado infantil, de maneira a refletir e trabalhar questões importantes e presentes no discurso das mães. Isso pode ter um objetivo imediato, que é o de "favorecer" o cuidado, em relação aos hábitos saudáveis e promover o desenvolvimento da criança, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde. Mas, por outro lado, pode trazer também à tona questionamentos que envolvem, por exemplo, a forma diretiva com as quais os profissionais lidam com a comunidade, numa posição de que o profissional detém o saber que deve ser "transmitido" para os que não o possuem.

A puericultura vem sendo considerada uma estratégia eficaz para reduzir os indicadores da morbimortalidade infantil (IBGE, 2015). Especificamente sobre o modo de compreender o processo de desenvolvimento infantil, desde a década de 90, foi possível observar releituras de teorias, que passaram a incorporar novos elementos e novas preocupações. Na literatura relacionada à estimulação essencial, por exemplo, verifica-se uma mudança no foco da atenção dos profissionais que trabalhavam com crianças de risco. Nesse sentido, consideram-se não só os aspectos orgânicos do desenvolvimento infantil, mas fundamentalmente questões do ambiente no qual essa criança estava inserida (BLAIR; RAMEY, 1997).

Dessa forma, vislumbram-se estas influências em outras áreas de formação profissional, sendo muito difundida a teoria ecológica do desenvolvimento humano. Segundo Bronfenbrenner (1996) o desenvolvimento humano era um processo decorrente da interação entre o ser humano ativo e suas propriedades mutáveis do ambiente imediato em que ele se encontrava. Essa interação, por sua vez, se relacionava com o contexto mais amplo em que essas propriedades estivessem inseridas. Diante disso, passou-se a considerar três aspectos importantes: a criança como uma entidade em crescimento, dinâmica, que progressivamente interage no meio em que reside e o reestrutura; segundo, essa interação entre criança e ambiente passa a ser bidirecional, já que a criança e o ambiente poderiam sofrer modificações constantes e terceiro, o meio ambiente considerado não poderia se restringir apenas a um ambiente único, mas sim relacionado às interações entre os diversos ambientes de contato dessa criança.

As reflexões e os avanços que elas possibilitaram em relação à atenção à saúde e à educação das pessoas, no entanto, deram-se mais rapidamente nos países desenvolvidos. Prova disso, é que somente agora algumas profissões da área de saúde, estão observando a necessidade de serem revistas suas práticas em ambientes não clínicos (OLIVEIRA; ZABOROSKI, 2013).

Nesse sentido, retoma-se o conceito de promoção de saúde, da seguinte forma: promover a saúde implica conhecer as necessidades da população abrangida, levando em conta fatores contextuais. Essa atuação não deve se restringir ao controle de fatores etiológicos, mas também, priorizar a elaboração de estratégias de ação voltadas ao coletivo. Além disso, o objetivo não deve ser o de tornar a população dependente dos profissionais, mas sim, de lhe dar autonomia para que ela possa promover, por si só, a sua saúde. De maneira a reforçar esse conceito, Ferreira (1986) aponta que promover significa "dar impulso a", "fomentar", "originar", "gerar". Portanto, a atuação pautada nestes conceitos deverá oferecer subsídios para o aproveitamento do potencial infantil, gerando condições essenciais que propiciam, por sua vez, um desenvolvimento infantil

verdadeiramente satisfatório.

O objetivo desse estudo foi identificar as temáticas maternas de usuárias da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a puericultura e o desenvolvimento de seus filhos.

No Capítulo 1, apresenta-se o movimento moderno do cuidado infantil e os profissionais que atendem esse sujeito, mesmo antes do nascimento, aproximando com vivências.

No Capítulo 2, denominado Estratégia Saúde da Família (ESF): Políticas de saúde infantil, estas políticas apresentam-se nos níveis: federal, estadual e municipal. Como foi feita a tentativa da ruptura do modelo hospitalocêntrico e nessa trajetória organiza-se um espaço nas práticas do cuidado com a criança, garantindo o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e da qualidade na gestação, parto e puerpério, também as crianças menores de um ano de idade.

O Capítulo 3 faz referência à importância da consulta de enfermagem que está inserida na puericultura, atividade legalmente privativa do enfermeiro na equipe de enfermagem, esta tem a importância de promover o vínculo do enfermeiro com a criança e a família na comunidade. Ao final deste capítulo, também é apresentada uma contextualização do local no qual foi desenvolvida essa pesquisa.

O capítulo 4 trata-se do método, expõe sobre os sujeitos da pesquisa, procedimentos de coleta e análise de dados, com foco para uma abordagem de natureza qualitativa, centrada na concepção materna através *práxis* na comunidade sobre a prática do cotidiano.

O capítulo 5 aborda os resultados e discussão dos dados obtidos, por meio das principais temáticas que emergiram nos relatos das mães, no contexto das entrevistas.

Na última parte da dissertação, são apresentadas as considerações finais, destacando os fatores que ampliam significativamente essa prática, provocando o leitor a continuar esse diálogo.

## 2. Capítulo 1

### **CRIANÇA: SUA AFETIVIDADE E O AMBIENTE FAMILIAR**

“O Henrique é muito inteligente, ele consegue desenvolver até atividade, para a idade dele ele te surpreende...é eu acho que atribui bastante porque eu fui ensinada como amamentar leite materno que foi muito importante na segunda gestação e ele teve...eu lembro que nas puericulturas, quando ele era pequeno, era avaliado reflexo, perímetro cefálico, essas coisas assim, e ele se desenvolveu muito, na creche ele é muito inteligente, falou antes da hora, com sete meses ele engatinhou, com um ano certinho ele caminhou. Que era ensinado a fazer, na puericultura era ensinado a deixar os brinquedinhos longe, estimulado ele pegar e quando ele resmungasse era para ver o que ele queria, para estimular ele falar, quando ele fazia manha, ficava chorando não era para alcançar, estimular para ele pegar” (Maria, 32 anos).

A gravidez constitui um período de muitas expectativas não só para a gestante, mas para toda sua família, que se prepara para a chegada de um novo membro. E cada criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças, valores e metas, que influenciarão a formação deste sujeito em desenvolvimento (DE BEM; WAGNER, 2006).

No atendimento ao público infantil, o profissional de saúde não pode vê-la como um ser isolado, mas como parte de seu contexto familiar, com características e funcionamento próprios. É importante prestar atenção na relação que os membros da família estabelecem com a criança, na maneira como se dispõem a cuidar dela, em seu percurso escolar desde os primeiros anos, enfim, na forma como ela é recebida e “direcionada” ao mundo (BRASIL, 2005).

Dados importantes resultaram de um estudo que acompanhou crianças desde o pré-natal até a adolescência e que reviu as influências ambientais na saúde mental das crianças. Os fatores encontrados como determinantes da saúde mental de crianças referem-se, em sua maioria, a fatores familiares: história de

doença mental materna, níveis elevados de ansiedade materna, perspectivas parentais limitadas, interação limitada entre a criança e a mãe, chefe de família sem ocupação qualificada, baixa escolaridade materna, famílias de grupos étnicos minoritários, famílias monoparentais, presença de eventos estressantes e famílias com quatro ou mais filhos (SAMEROFF *et al. apud* HALPERN, R.; FIGUEIRAS, 2004).

No que se refere ao campo da saúde infantil, o profissional de saúde está presente desde o pré-natal até a adolescência. Nesse processo haverá mudanças, necessidades de adaptação nesse percurso natural nas famílias diante do nascimento de um novo ser. O profissional de saúde deve saber que não é uma tarefa fácil uma família adaptar-se a uma nova realidade, especialmente quando se trata do primeiro filho. Neste caso, os pais necessitam ajustar seu sistema conjugal, criando um espaço para os filhos. Além disso, é preciso aprender a unir as tarefas financeiras e domésticas com a educação dos filhos. Um estudo evidencia que bom relacionamento do casal está associado a um maior apoio do pai à lactação e uma maior participação dele nos cuidados com a criança (FALCETO; GIUGLIANI; FERNANDES, 2004).

Na vida moderna, a mudança com o nascimento da criança ocorre não apenas na família nuclear, mas também na família ampliada, que passa por uma alteração importante em seus papéis, avançando um grau em seu sistema de relacionamentos: irmãos tornam-se tios, sobrinhos tornam-se primos, pais tornam-se avós, entre outros exemplos de alterações na configuração familiar (CARTER; MCGOLDRICK, 2001). E é dentro do referido contexto familiar ou por intermédio de seu substituto (instituições ou pessoas que exerçam a função de cuidadores) que acontecerão as primeiras relações da criança, tão importantes para o seu desenvolvimento psicossocial. Os laços afetivos formados, em especial entre pais e filhos, influenciam o desenvolvimento saudável do bebê e determinam modos de interação positivos, que possibilitam o ajustamento do indivíduo aos diferentes ambientes de que ele irá participar (DESSEN; POLONIA, 2007).

O apego, vínculo emocional recíproco entre um bebê e seu cuidador,

constrói-se baseado em relacionamentos preliminares estabelecidos ainda com o feto e com a criança imaginada pelos pais, antes mesmo do seu nascimento. Após o nascimento, o bebê, para sobreviver, precisa de alguém que cuide dele e que assegure que suas necessidades físicas (alimentação, limpeza, cuidado, proteção, entre outras) e psicossociais (de se sentir seguro, amado, protegido, valorizado) sejam atendidas. Qualquer atividade por parte do bebê que provoque uma resposta do adulto pode ser considerada um comportamento de busca de apego: sorrir, chorar, sugar e olhar nos olhos. Por isso, é importante que o profissional de saúde, em contato com a família, observe cuidadosamente como os cuidadores (em especial, a mãe) reagem a tais comportamentos. São afetuosos? Oferecem aconchego frequente ao bebê? Reagem de forma irritada ou agressiva ao choro? (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006; BRAZELTON; CRAMER, 1992).

Por vezes, os modos como se dão as reações aos comportamentos do bebê podem ser indicativos de que sua família precisa de auxílio para superar o momento de crise. A prática da amamentação favorece a formação de vínculo entre mãe e filho e deve ser estimulada. Entretanto, a amamentação não é um comportamento inato, mas sim um hábito que se adquire e se aperfeiçoa com a prática, que depende de aprendizado e da interação positiva entre os fatores culturais e sociais (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004).

Numa retomada análise histórica, Bonilha *et al.* (2005) observa que na Idade Média ainda não era clara a separação entre o mundo das crianças e o dos adultos. No século XVIII com o Iluminismo, foi um período fundamental para o surgimento do interesse científico pela criança, assim como para uma nova concepção da medicina, que passa a se preocupar com a sociedade. No Renascimento, teriam a capacidade de estabelecer normas adequadas de reduzir a mortalidade infantil e a maioria das doenças, formando uma nova sociedade, constituída por adultos saudáveis.

Percebe-se através da história a visão da sociedade sobre a infância, na modernidade pensa-se o contexto da saúde infantil através de políticas públicas.

### 3. Capítulo 2

#### **ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): POLÍTICAS DE SAÚDE INFANTIL**

A legitimidade do SUS está na prerrogativa da Constituição Federal e a saúde passa a ser “dever do Estado e direito do cidadão” (BRASIL, 1988), tornando assim a saúde um direito universal e não mais direito de quem contribui com a previdência. As condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde foram definidas na lei nº 8080 de 1990.

Toda essa estrutura do SUS está condicionalmente ligada à participação da comunidade e no controle social, através da Lei 8142 de 1990 que valida os Conselhos Municipais de saúde e da realização de conferências de saúde (BRASIL, 1990).

Historicamente na saúde pública brasileira o modelo médico-assistencial foi hospitalocêntrico, buscando superar esta prática inicia-se em 1994 a reorganização do modelo de assistência à saúde para desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo no âmbito da saúde da família e da comunidade. Esta assistência pertence ao nível de atenção primária, com equipes de saúde realizam o atendimento na unidade local de saúde e no domicílio de uma determinada comunidade.

A portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (Revogada pela PRT GM/MS nº 2.488 de 21.10.2011) que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011) e estabeleceu as normas para sua organização incluindo o *Programa Saúde da Família* (PSF), como era denominado no princípio, afirma que a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo: enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. Respeitando critérios de equidade para essa definição, recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, tratado nesse período ainda como Unidade de Saúde. O PSF,

apesar de ter modificado sua nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF), é tratado jurídica e contabilmente ainda como um programa.

Uma referência importante dessa estratégia é a queda da taxa de mortalidade infantil (crianças menores de um ano) nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza através de programas do Governo Federal, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). De tal modo, em 2015 apresenta apenas um óbito infantil notificado (DATASUS, 2015).

Dentro desse contexto, a atenção básica compreende “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (BRASIL, 2001, p. 5). Inserida nesse primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, a unidade de saúde da família, segundo o Ministério, está vinculada a uma rede de serviços que, hierarquizada, deve garantir assistência integral aos indivíduos e familiares, referenciando aos níveis superiores de complexidade tecnológica quando as situações ou problemas identificados requerem resolução acima do âmbito da atenção básica (BRASIL, 2001).

Como estratégia diretamente relacionada à atenção primária, a ESF deve procurar compreender a saúde das pessoas no contexto dos seus diversos determinantes, quer seja no ambiente físico da comunidade, quer seja nas relações sociais, alcançando muito além do simples enfoque sobre a enfermidade dos cidadãos. A família, além do indivíduo, passa a ser objeto de atenção no ambiente onde vive, ampliando-se a sua compreensão diante do processo saúde/doença (DEL CIAMPO *et al*, 2006).

Houve uma evolução brasileira nas ações de saúde preventiva no Sistema Único de Saúde (SUS), mudando o modelo assistencial que era distinguido por um exercício médico direcionado para um método biológico e hospitalar. Um processo

de trabalho que deu abertura na atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de bem-estar das pessoas e sua coletividade, além de propiciar uma significativa relação custo-efetividade.

Para se alcançar uma provisão (resolutividade, eficiência e qualidade) na assistência de saúde para a maioria da população brasileira, as políticas de saúde devem estar direcionadas para assistência integral, enfocando os níveis primários de saúde, atendendo às reais necessidades dos serviços e da população, alocando e preparando seus profissionais para assistir a população conforme estabelece as políticas públicas (DUNCAN, 2004).

Dentre as atividades da Estratégia Saúde da Família (ESF) na promoção e proteção à saúde do indivíduo na comunidade, realiza-se a puericultura.

A divulgação da puericultura no Brasil não se deu da mesma forma que nos países industrializados, revelando mais uma vez a sua determinação social. Apesar de importada da França logo após ter surgido, só seria institucionalizada a década de 1920. Alguns autores também identificaram, na história da puericultura, relações entre suas normas e interesses de setores muito fortes economicamente. O melhor exemplo teria sido dado pela indústria do leite em pó, que parece ter sido responsável por importante atenuação no discurso pró-aleitamento materno, através de publicidade nos grandes meios de comunicação e junto aos profissionais de saúde, em associação a políticas públicas assistencialistas de distribuição destes (BONILHA *et al.*, 2005).

O atendimento à criança saudável ou vulnerável na consulta de puericultura é realizado pelo (a) enfermeiro (a) ou pelo (a) pediatra na Unidade de Saúde. Nessa consulta, o profissional realiza atividades voltadas para acompanhamento e avaliação da criança com subsequente orientação às mães/familiares. Essas atividades serão descritas de maneira detalhada em subtópicos subsequentes dessa fundamentação teórica.

#### 4. Capítulo 3

“Na emergência (*pausa*) porque geralmente a gente aprendeu antes que a criança se afogasse você dava uns tapa nas costas e pronto né. Com essas orientações que tive agora por causa do nenê, no posto: não deixar ele, dar mama e esperar arrotar para fazer efeito o mamazinho, colocar na cama de barriguinha para cima, tá cuidando essa parte, então ajudou bastante, a não deixar...evitar o afogamento, a maneira de você cuidar, de você amamentar e a maneira de você por bercinho já evitava de esta se afogando” (Adrieli, 33 anos).

### **PUERICULTURA E DESENVOLVIMENTO INFANTIL**

A Enfermagem ciência do cuidado, nas suas inquietações preocupou-se com a melhoria da assistência infantil. Como profissão, sistematizou e organizou na sua *práxis* (exercício de teorizar suas práticas) e na sua prática favoreceu uma assistência fundamentada no processo de cuidar, indo além da grandeza biológica do indivíduo, que tem sentimentos, na compreensão do ser humano como sujeito social e que acredita numa crença, no seu processo saúde-doença.

Assim, destaca-se a importância da consulta de Enfermagem como estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutiva, de prevenção de situações evitáveis. É uma estratégia eficaz para a detecção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar à comunidade, em especial as crianças. Orientada pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um método científico com aplicação específica, de modo que o cuidado de Enfermagem seja adequado, individualizado e efetivo (ZAGONEL, 2001).

Puericultura (quer dizer: Puer = criança e cultur/cultura = criação). Nestas atividades é possível a educação para a saúde em geral. Depois do nascimento até os dois anos de idade há o controle do crescimento e do desenvolvimento

neuropsicomotor da criança. Conforme Sá (2003, p. 50) “A estratégia Saúde da Família [...] [promove] a reorganização dos demais níveis do sistema, segundo suas complexidades e economias de escala, de acordo com o princípio da abordagem integral. A integralidade então deveria acontecer tanto no sistema como em cada nível, a fim de se promover a resolução dos problemas de saúde da população.” Sem dúvida, o Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é um dos maiores exemplos de política pública promotora de inclusão social no Brasil e no mundo. Nos seus pressupostos e princípios, define o acesso universal dos cidadãos, a integralidade do cuidado e saúde e o controle social (DUNCAN, 2004).

Ao explicar aos pais o calendário de consultas, deve-se sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, as vulnerabilidades e a resiliência. Não existem estudos bem delineados que avaliem o impacto e o número ideal de consultas para crianças assintomáticas (e talvez nunca existam), devido a uma limitação ética, pois não se pode privar as crianças de ações preventivas já consagradas em busca de evidências. Recomendam-se consultas de revisão de saúde conforme a frequência e o conteúdo apresentados a seguir (BLANK, 2003; INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2012; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE *et al.*, 2006; CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE, 2008).

Durante todas as consultas, é muito importante o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança. Além disso, deve-se explicar para os pais como buscar as informações nela. A Caderneta de Saúde da Criança é um documento que deve ficar de posse da família e que, se devidamente preenchido pelos profissionais de saúde, contém informações valiosas sobre vários aspectos de saúde da criança, que podem ser utilizadas por diversos profissionais e serviços. De igual forma, quando os dados são anotados na caderneta, uma sugestão é evitar termos técnicos prolixos ou que sejam compreendidos apenas pela categoria profissional da equipe de saúde. Por isso, deve-se preferir a utilização de termos de

mais fácil compreensão por parte da família. Assim, estimula-se a produção de autonomia das famílias na interpretação dos dados sobre a criança e valoriza-se a função da caderneta como “histórico volante”.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência. Este calendário de consultas representa um consenso em relação à bibliografia consultada (INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2012; PORTO ALEGRE, 2004; BRASIL, 2005; ROURKE *et al.*, 2006; BEHRMAN; KLIEGMAN; JENSEN, 2003).

A consulta de puericultura deve ser realizada segundo o Calendário de Atendimento da Criança ou um protocolo elaborado pela instituição. Tem o objetivo principal de promover a saúde da criança através de acompanhamento de seu desenvolvimento, vacinação e orientações às mães sobre as condutas mais adequadas para o desenvolvimento infantil. Objetiva também identificar doenças e/ou sinais de alarme para tratamento e/ou encaminhamento adequado das crianças para atenção apropriada, na unidade de saúde com agendamento prévio pelos responsáveis da criança ou pelo Agente Comunitário de Saúde. A infância é um período no qual ocorre os mais amplos e complexos desenvolvimentos da criança, seja em seus aspectos físicos, psicológicos, cognitivos, afetivos, sociais, dentre outros. Por isso essa complexidade deve fazer parte também dessa rotina da equipe de enfermagem. E, sem dúvida, a compreensão que a família possui sobre esse processo pode também ajudar muito essa equipe.

Pode ser observado durante a puericultura:

- Desenvolvimento neuropsicomotor (NPM), social e afetivo;
- Crescimento físico e nutricional;
- Vacinação, higiene pessoal, domiciliar e ambiental-atividades lúdicas, vínculo afetivo, alto estima, análise e orientação á família sobre o ambiente da criança (berço), quarto, casa, quesitos significativos para a saúde da criança;
- Segurança e proteção contra acidentes;
- Identificação de agravos e situações de risco;
- Comunicação com a mãe e familiares;
- Escuta dos pais;
- Encaminhamento para outros setores/unidades quando for indicado e conforme organização do sistema de saúde.

Nesse contexto da puericultura, sem dúvida, o papel da enfermagem é de extrema relevância. É a equipe de enfermagem, formada pelo enfermeiro, o técnico em enfermagem e o auxiliar de enfermagem que, além de executar cuidados diretos à criança, tornam-se um elo entre a criança, a família e os demais profissionais da equipe de saúde (SAPAROLLI; ADAMI, 2007). Esse vínculo possibilita olhar de modo mais atento questões importantes do desenvolvimento infantil, como é o caso do desenvolvimento da linguagem. Por isso, o conhecimento do enfermeiro nas equipes da ESF é de fundamental importância para o fortalecimento deste modelo assistencial. Por outro lado, também é evidente que este papel há desafios, como: relação ao ambiente de atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações multidisciplinares, políticas salariais, acesso a formação continuada e vínculo empregatício.

Especificamente em relação aos registros, o enfermeiro usa cartões/prontuários de registros e a criança recebe a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

De modo geral, o objetivo da assistência de enfermagem em puericultura é

promover e instigar os pais a oferecer as condições mais satisfatórias possíveis, dentro da sua realidade, para que a criança obtenha o melhor nível de saúde. As funções do enfermeiro e da equipe de enfermagem variam em diferentes áreas, principalmente considerando-se as estruturas dos serviços em que estão inseridas, tais como ambulatórios públicos ou privados, clínicas particulares e clínicas especializadas (RICCO, 2000).

No contexto basilar do SUS e seus programas na saúde da criança, as equipes com seus saberes interdisciplinares objetivam promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança, a fim de garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social, bem como procuramos reduzir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade ainda verificadas em diversas populações (BONILHA *et al.*, 2005; DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

Para tanto, um aspecto chave trata-se da importância da consulta de enfermagem no sentido de promover o vínculo do enfermeiro com a criança e a família. Isso decorre tanto do convívio com a criança, sua família e a comunidade, como das ações e estratégias desenvolvidas pelo profissional, e do sentimento de empatia que surge entre eles, desde a gestação, no domicílio por ocasião da primeira semana de vida da criança, assim como nas consultas de puericultura subsequentes. A consulta de enfermagem configura-se, portanto, como uma tática de aproximação entre cliente e enfermeiro; uma estratégia de relação de ajuda; um caminho para chegar à família e à comunidade. Para o Ministério da Saúde considera o estabelecimento do vínculo e a relação de co-responsabilidade entre profissional e comunidade como propostas centrais para o desenvolvimento da ESF, que surgem quando a população passa a confiar nele e a reconhecê-lo como participante de seu tratamento (CAMPOS *et al.*, 2011).

#### **4.1 Rede Cegonha**

A portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. É uma estratégia do Ministério da Saúde

que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

#### **4.2 Políticas de saúde infantil no Paraná**

Uma das referências de política de saúde materno-infantil no Estado do Paraná é a Rede Mãe Paranaense. Ela nasce da experiência exitosa do Mãe Curitibana que reduziu os indicadores de mortalidade materno-infantil com ações de atenção ao pré-natal, à criança e à vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto (PARANÁ, 2014).

A Rede Mãe Paranaense é um conjunto de ações que envolvem a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo: sete consultas, 17 exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco e a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2014).

A mortalidade infantil no Paraná é preponderantemente neonatal (70%), sendo que a maior concentração de óbitos em menores de um ano ocorreu no período perinatal (22 semanas completas de gestação até sete dias após o nascimento). Destes, 52,8% revelam a estreita relação desses eventos com a qualidade de atenção à saúde da gestante, ao parto e ao recém-nascido (PARANÁ, 2014).

O declínio da mortalidade materno-infantil no Paraná nos últimos anos é evidente e pode ser considerado um reflexo das ações voltadas para a melhoria na

atenção à saúde da mulher e da criança, contudo esses resultados não são homogêneos em todo o Estado. A frequência do evento óbito é cada vez menor em termos absolutos e esse é um grande desafio: reduzir cada vez mais. Essa realidade aponta para necessidade de melhoria na qualidade da assistência já que a maior parte dos casos é decorrente de causas evitáveis (PARANÁ, 2014).

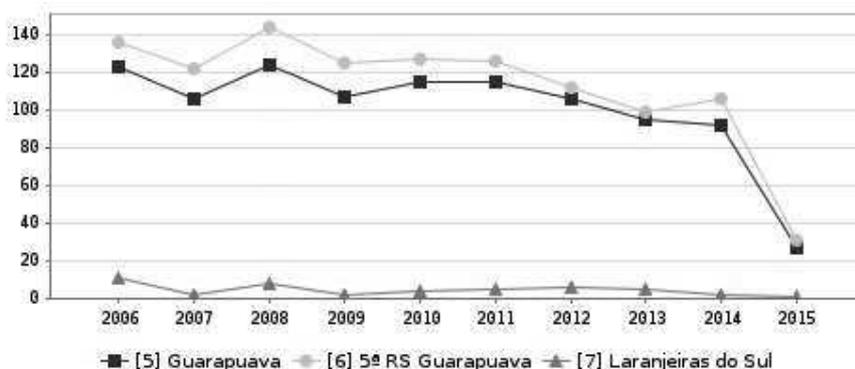
Em relação à prevenção dos óbitos infantis, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade Infantil (SIMI), da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, 68,2% dos óbitos ocorridos em 2007 foram considerados evitáveis. Em 2010, esse percentual variou para 61,5% dos óbitos investigados. Apesar da redução dos percentuais, permanece ainda alto o número de óbitos infantis evitáveis no estado, pois esse índice para o Brasil é de 17,6% (DATASUS, 2015).

#### **4.3 Reflexos das Políticas de saúde em Laranjeiras do Sul**

O município de Laranjeiras do Sul localiza-se na região Centro-Oeste do Paraná, está a 360 km da capital (Curitiba), na regionalização de saúde do Paraná pertence à 5ª Regional de Saúde. Sobre as informações acerca da população oficial do município, foram encontradas duas fontes do mesmo autor com dados diferentes. Uma delas é a Resolução do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística nº6 de 03/11/2010 que define a população em Laranjeiras do Sul de 30.582 habitantes e, na sinopse do Censo demográfico 2010, no site IBGE Cidades a população que consta é 30.777. Como no site do DATASUS a quantidade utilizada é a mesma do IBGE Cidades, será considerada a população de 30.777 para as análises desse estudo. Com a taxa de analfabetismo - 8,5% (IBGE, 2015), o município tem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 0,753; A taxa de mortalidade infantil é referência no Estado, evidenciado no gráfico 1 o número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos nove anos precedentes. O município *possui dois hospitais privados que prestam atendimento pelo SUS*. A economia de Laranjeiras do Sul tem nos serviços sua principal representatividade, na sequência aparece a indústria com movimentação e setor agropecuário.

### Gráfico 1

Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos nove anos precedentes.



(Fonte: DATASUS, acessado 01.06.2015)

Por meio da ASSISCOP (Associação Intermunicipal de Saúde do Centro Oeste do Paraná), o município viabiliza a continuidade da assistência ao paciente, oferecendo consultas especializadas, exames de baixa, média e alta complexidade e tratamentos de reabilitação, além do acesso aos serviços de saúde de média e alta complexidade. As consultas especializadas de ortopedia e os exames de radiografias são realizados no centro de saúde Barão e no consórcio. Já os exames de laboratório são realizados no laboratório municipal e alguns casos são terceirizados aos laboratórios privados do município.

As consultas de psiquiatria são realizadas no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e também no consórcio. Os serviços de fisioterapia são realizados em três clínicas privadas credenciadas ao SUS. Outras especialidades como oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, neurologia, tomografia, ultrassonografia, colonoscopia, endoscopia, periodontia, atendimento de pacientes especiais e pequenas cirurgias odontológicas, além de aquisição de órteses, próteses (dentárias e para locomoção), cadeiras de rodas e óculos são oferecidos através do consórcio. O transporte de pacientes que fazem hemodiálise em Guarapuava, pacientes de oncologia em Cascavel e pacientes encaminhados à Curitiba para cirurgias de grande porte e acompanhamentos especiais são viabilizados através do consórcio (RAG, 2011).

O município possui para atendimento à saúde: dois Centros de Saúde, três Unidades Básicas de Saúde, quatro Postos de Saúde em região rural, dois Centros de Saúde Bucal, uma Sede do Consórcio Intermunicipal da ASSISCOP e um Centro de Especialidades Odontológicas da ASSISCOP. Em relação às equipes, estas contabilizam 11 Equipes Saúde da Família e oito de Saúde Bucal, totalizando entre servidores públicos concursados e contratados de nível médio e superior 200 profissionais trabalhando em prol da saúde da população.

Neste contexto é que essa pesquisa foi desenvolvida, levando em consideração, os dados dos sistemas de informação e, principalmente, as concepções maternas, sobre as consultas de puericultura em relação ao desenvolvimento de seus filhos.

## 5. Capítulo 4

### MÉTODO

Após uma breve contextualização em relação aos aspectos de saúde da cidade na qual foi desenvolvida essa pesquisa, iremos destacar os aspectos metodológicos referentes à caracterização, aspectos éticos, participantes, coleta e análise de dados.

#### 5.1 Caracterização da pesquisa e aspectos éticos

O projeto de pesquisa, referente aos resultados aqui relatados, foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO/PR), respeitando-se todas as normas da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012 a). O parecer dessa aprovação possui registro de número 638.832, do dia 06 de maio de 2014 (Anexo A). Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa que se aproxima das pesquisas sociais, no que se refere à sua natureza. Em relação ao problema, ela pode ser classificada como um estudo descritivo, que utilizou a entrevista como principal procedimento de coleta de dados.

A pesquisa social, em especial a percepção materna, permite a coleta de informações sobre aspectos específicos de um fenômeno, no que se refere à sua origem e à sua razão de ser. Da mesma maneira, Minayo (2004) observa que os estudos qualitativos têm a capacidade de incorporar significado e intenção aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas, tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Introduzindo a cultura na definição do conceito de Saúde demarca-se um espaçamento radical: ela amplia e contém as articulações da realidade social. Pensada assim, cultura não é um lugar subjetivo, ela abrange uma objetividade com a espessura que tem a vida, por onde passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário. Ela é o *locus* onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as

mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há apenas um significado (MINAYO, 2004, pág. 15).

Para Minayo (2000), pesquisar é uma atividade que se tornou básica na área das Ciências por sua indagação e descoberta da realidade, tendo uma atitude prática e teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. Não pode ser apenas uma fórmula numérica ou um número estatístico, podendo ser mensurado. As duas abordagens permitem que as relações sociais possam ser analisadas nos seus diferentes aspectos: a pesquisa quantitativa pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

## **5.2 Local e participantes (critérios para seleção)**

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Laranjeiras do Sul-PR. Foi selecionada uma amostra de onze mães para a realização de entrevistas. A escolha dessas onze mães, levou em consideração, inicialmente, as Estratégias Saúde da Família (ESF) respeitando-se a igualdade na territorialização e adscrição da clientela nas áreas urbana, periférica e rural, para eliminar possíveis tendências na análise de dados do estudo. Essas mães em algum momento tiveram participação na puericultura. Além disso, foi observada uma saturação de respostas, ao analisarmos as temáticas das entrevistas. Todas elas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), para participarem voluntariamente da pesquisa.

## **5.3 Perfil socioeconômico materno**

Foram entrevistadas 11 mães, sendo uma mãe por ESF. A faixa etária das mães variou de 15 a 40 anos, sendo que uma tinha até 15 anos, cinco tinham de 20 a 30 anos e três tinham mais de 30 anos, tendo uma mãe de 40 anos. Estes e outros dados são apresentados na Tabela 1, a seguir. Todos os nomes das mães apresentados, na Tabela 1 e ao longo do texto são fictícios. Estes foram trocados

para evitar qualquer tipo de identificação.

**Tabela 1** – Distribuição da amostra em relação a dados socioeconômicos

<i>ESF</i>	<i>Mãe</i>	<i>Idade</i>	<i>Escolaridade</i>	<i>Situação conjugal</i>	<i>Ocupação</i>	<i>Nº de filhos</i>
<b>1</b>	Eva	27	EMC	Solteira	Do lar	1
<b>2</b>	Adrieli	33	EFC	Casada	Desempregada	2
<b>3</b>	Mari	40	EFI	Separada	Do lar	1
<b>4</b>	Maria	32	EMI	Casada	Diarista	3
<b>5</b>	Margarida	35	EFI	Solteira	Desempregada	1
<b>6</b>	Adriane	15	EFI	Casada	Do lar	2
<b>7</b>	Poliana	23	EMC	Casada	Do lar	3
<b>8</b>	Rosane	40	EFI	Casada	Do lar	4
<b>9</b>	Taize	26	ESI	Casada	Balconista	1
<b>10</b>	Daiana	25	EMC	Casada	Diarista	2
<b>11</b>	Cris	27	EMI	Viúva	Frentista	1

Fonte: coleta específica para esta pesquisa. EFC = Ensino Fundamental Completo; EFI = Ensino Fundamental Incompleto; EMC = Ensino Médio Completo; EMI = Ensino Médio Incompleto, ESI= Ensino Superior Incompleto.

Em relação à escolaridade, quatro cursaram o ensino fundamental incompleto, uma o ensino fundamental completo; duas tinham o ensino médio incompleto e três o ensino médio completo e, por fim, uma das mães tinha cursado o ensino superior incompleto. Como o grau de escolaridade é considerado um indicador que revela o nível de instrução das pessoas, este fator foi considerado como um marcador da condição socioeconômica materna, relacionando-se com o perfil cultural e comportamental relacionado aos cuidados de saúde (SILVA *et al.*, 2006). No entanto, não foi objeto de análise ou de preocupação, a relação deste indicador com os relatos maternos.

Quanto à ocupação, cinco mães eram do lar, duas mães trabalhavam na ocupação de diarista, uma era balconista e outra frentista. Duas mães estavam desempregadas. Quanto à situação conjugal, sete mães eram casadas, duas eram solteiras, uma viúva e uma delas era 'separada'. O número de filhos variou de um a quatro (cinco mães tinham um filho, três tinham dois filhos, três tinham três filhos e uma, quatro filhos).

Estes dados de perfil das mães indicam conhecimentos de aspectos

socioeconômicos pela equipe. Estes dados, por sua vez, podem favorecer o planejamento de ações de atenção básica à saúde dessa população. Além disso, o perfil socioeconômico revela indicadores de vulnerabilidade social, o que pode gerar situações consideradas desfavoráveis para o cuidado com a saúde, com aspectos sociais, com o desenvolvimento da criança, dentre outros, na ausência de serviços ou orientações voltadas a essa população.

#### **5.4 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas, com gravação em áudio e posterior transcrição. Foi utilizado como apoio, a pesquisa sobre o perfil socioeconômico das mães (Apêndice B) e o roteiro semi-estruturado para entrevista com as mães (Apêndice C). As entrevistas foram realizadas durante os meses de junho a agosto de 2014 e as transcrições das mesmas, também no mesmo período.

Segundo Manzini (2006), a entrevista social pode ser concebida como meio ou instrumento para coleta de dados a respeito de dado tema que se refere a um problema de pesquisa. O autor comenta ainda que esse procedimento auxilia o pesquisador a conhecer como ocorrem fenômenos sociais. Em nosso caso, o problema fundamental seria as possíveis temáticas que as mães poderiam abordar em relação ao serviço de puericultura e também sobre o desenvolvimento infantil.

#### **5.5 Análise de dados**

À luz de Minayo (2004) e Bardin (2011), foram identificados e selecionados elementos das entrevistas realizadas para questionamentos e o estabelecimento de hipóteses com vistas às concepções maternas sobre o serviço de puericultura e o desenvolvimento de seus filhos. Essa análise de dados focou, portanto, a tentativa de compreender, interpretar e explicar esse fenômeno, a partir dos relatos das mães.

Nessa perspectiva de análise, destaca-se a importância da função social na

transformação da realidade. Assim a pesquisa qualitativa torna-se a mais apropriada por possibilitar um aprofundamento e compreensão do fenômeno estudado resgatando as subjetividades dos sujeitos envolvidos, uma vez que considera suas representações, valores, costumes, atitudes, crenças e cultura em relação ao foco do estudo (CHIESA, 2005).

Segundo Zahran *et al.* (2005) os trabalhos que envolvem concepções expressas pela população a respeito da saúde e da doença podem indicar maneiras particulares de ouvir e olhar seu próprio corpo. Na área ocupacional, alguns trabalhos, como o de Warren *et al.* (2004) também mencionam essas possibilidades e alertam para a necessidade de ouvir os envolvidos nas relações de trabalho. Na prática, verificamos que, muitas vezes, essas concepções são desconsideradas pelos profissionais em suas relações com os pacientes, o que não é viável num trabalho que tenha como meta a efetiva participação desse indivíduo no seu processo de desenvolvimento ou de empoderamento, em relação aos aspectos de sua saúde.

Levando isso em consideração, a partir da análise de dados foi possível identificar categorias temáticas que indicaram, principalmente, as *concepções dessas mães sobre processo de empoderamento delas no contexto da puericultura*. Além dessa categoria, também foi possível identificar elementos *sobre o serviço oferecido e as motivações dessas mães para participar deste serviço*.

## 6. Capítulo 5

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### a) Sobre o processo de empoderamento materno no contexto da puericultura

No Quadro 1, a seguir, é possível identificar nos relatos das mães que elas atribuem importância ao serviço de puericultura. Elas referem o que conseguiram apreender nas consultas, desde cuidados essenciais de crescimento, como peso, até cuidados mais específicos de orientações quanto à amamentação, por exemplo.

<b>Mães</b>	<b>Relatos</b>	<b>Ideias subjacentes</b>
Maria	“Eu achei interessante porque da minha primeira filha que tem onze anos eu não fazia puericultura e do meu filho se desenvolveu muito bem, eu amamentei, engordou bem. Quando ele fez seis meses ele tinha uma papinha especial e ele não comia, ele não conseguia comer com sal, o enfermeiro me orientou que era para mim fazer sem sal, aí que ele começou comer.”	Contribuição da puericultura em relação a aspectos pontuais do desenvolvimento dos filhos
Margarida	“...A maneira de cuidar dela, porque na verdade tinha tido acompanhamento mesmo na puericultura da última, antes não existia, se existia não eu também não sabia. Mas que nem da última, sempre me orientava, se a criança apresentava vômito, diarreia não era para ficar muito tempo na casa esperando, essas coisas assim...sempre a enfermeira me orientava.”	
Adrieli	“Como amamentar o bebê, apesar de ter outros filhos, mas a gente recebia várias orientações como amamentar, como amamentar melhor, a maneira de amamentar, a maneira de cuidar a fralda, a assadura, essas coisas, alimentação do nenê, coisa muito essencial, ter esse tipo de orientação e sobre medicamento, para a gente não tá dando muita coisa assim, que o povo ensina, porque antigamente ensinavam muita coisa, então a	

	<p>gente receber várias orientação e agora no terceiro filho eu deixei de tá dando muita bobageira, por orientação dos mais velhos e procurei orientação do posto pra tá cuidando melhor dele...</p> <p>"Os cuidados devido o problema do pezinho (...) torto, no momento eu fiquei bem depressiva, bem necessitando de palavras que me ajudassem, por causa do problema dele, então recebi muitas orientações de como ir de atrás, de como ser forte, de como reagir em certas situações do problema do pezinho dele."</p> <p>"Colocar na cama de barriginha para cima, tá cuidando essa parte, então ajudou bastante, a não deixar...evitar o afogamento, a maneira de você cuidar, de você amamentar e a maneira de você por bercinho já evitava de estar se afogando."</p>	
Eva	<p>"Era mais falado a respeito do desenvolvimento, se ele estava desenvolvendo bem (...) o peso adequado ou não."</p> <p>"Sempre me orientava, se a criança apresentava vômito, diarréia não era para ficar muito tempo na casa esperando, essas coisas assim...sempre a enfermeira me orientava."</p>	
Rosane	<p>"Ah...sempre desde a gestação cuidados que eu devia ter e depois os cuidados com o bebê depois que ele nascesse."</p> <p>"...colocar dormir de ladinho, a cabeça virada para o lado, de barriga para cima...tem até as campanhas de dormir de barriga para cima é mais seguro, essas coisas é muito importante, quem tem a possibilidade de estar participando e por em prática, isso é bom."</p>	

**Quadro 1** – Relatos das mães indicadores de contribuições do serviço de puericultura em relação ao emponderamento delas.

Os relatos das mães, apresentados no Quadro 1, chamam a atenção para aspectos específicos de orientações recebidas ao longo das consultas de puericultura. Elas relatam que os profissionais as auxiliam com essas orientações,

desde a gestação, com cuidados que elas devem ter nesse período e após o nascimento do bebê. Citam, principalmente, aspectos de alimentação, com foco para a amamentação, cuidados do dia a dia (posição para dormir) e outros. Estes relatos indicam aspectos importantes sobre a construção do processo de empoderamento dessas mães para cuidar de seus filhos.

O empoderamento individual é quando a sua capacidade de articular estratégias e valores apontam em direção a uma expectativa coletiva, estes elementos demarcam o potencial de qualidade de vida e saúde ao alcance da maioria, promover saúde deve ser sinônimo de transformação social e inclusão. Tem fortes raízes nos trabalhos de Paulo Freire, podendo contribuir para os debates e as práticas em saúde (CARVALHO; GASTALDI, 2008).

Para Paulo Freire (1980) estar empoderado, significa ter liberdade para tomar as suas próprias decisões, munidos de informações para isso. Na puericultura pode ser um espaço para instrumentalizar a mãe ou o responsável pela criança. Nesse processo, destaca-se a reflexão sobre sua realidade, contexto político-social, representando o primeiro passo na transição para uma consciência mais crítica.

No Brasil, a saúde da criança tem acompanhamento nos aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, orientação em relação à alimentação da criança, imunização, prevenção de acidentes e atenção às doenças prevalentes na infância. Essas práticas de saúde constituem elementos essenciais para proporcionar boas condições de saúde na infância (BRASIL, 2002).

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil, com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento satisfatório durante toda a infância, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida (FALBO *et al.*,

2012).

Algumas dessas informações devem ser transmitidas à população de maneira que elas compreendam ou se apropriem dela. A educação em saúde representa uma estratégia para a mudança de comportamentos e de manutenção da boa qualidade de vida, levando à formação de uma consciência crítica a respeito dos problemas de saúde e de seus fatores de risco. Ao se levar um saber em saúde para a população, busca-se intervir no processo saúde-doença para a melhora da sua qualidade de vida (RIBEIRO *et al*, 2012). No entanto, essa transmissão de saberes, não pode ser unilateral, por isso, ouvir essas mães se reveste de tamanha importância em nosso estudo.

Por realizar um atendimento abrangente, sistematizado e humanizado, o enfermeiro reconhece que vem promovendo mudanças individuais e coletivas, tanto no que se refere à prevenção de doenças como à promoção e recuperação da saúde, mudanças que abrangem a criança, sua família e também as questões epidemiológicas, uma vez que o índice de mortalidade infantil vem diminuindo na região (CAMPOS *et al*, 2011).

b) Elementos indicadores *sobre o serviço oferecido e motivações para participar deste serviço*

Por outro lado, as mães também apresentam relatos que, nem sempre, parecem demonstrar ou atribuir valor ao serviço recebido. Como se o procurassem, somente porque é necessário ou por não ter condições de buscar por um serviço privado. Outras mães desconhecem o serviço. No Quadro 2, a seguir, são apresentados outros trechos de fala das mães sobre os motivos pelos quais elas participam da puericultura.

<b>Mães</b>	<b>Relatos</b>	<b>Ideias subjacentes</b>
Maria	"Fui convidada nas reuniões de gestantes porque tinha um programa na época...que feito pelo enfermeiro (...), que era convidada as gestantes a fazerem parte da puericultura e a criança quando nascia ia na casa até o sétimo dia e eles marcavam com o pediatra e já deixavam marcado a puericultura."	Participa do serviço por causa do convite e do agendamento.
Cris	"...acho que vai pelo profissional de saúde, como ele acolhe as mães. Porque as mães vão pelo que é explicado, porque não basta só ir lá, olhar o nenê dizer que está bem, medir e pesar, elas gostam de saber...ainda mais mãe de primeira viagem, por mais que você tenha um filho, você tem curiosidade."	Participa do serviço por ser importante.
Taize	"Eu acho que é por vontade mesmo, para o benefício da criança."	
Adrieli	"Por necessidade e tipo né achou necessário ter orientação de uma pessoa profissional, então a gente procurou por necessidade de estar sendo orientada por um profissional. Era agendado, a gente ia no dia e hora certinho, a gente chegava lá e já era atendido."	Participa do serviço por necessidade.
Rosa	"Na verdade foi por convite e por acompanhar mesmo o crescimento do bebê, porque se for pagar é muito caro quase trezentão a consulta, o acompanhamento médico."  "Porque é preciso acompanhar. Gosto de ir, aí vejo o quanto está crescendo, o peso, recebo orientações e já tomo uma atitude."	Participa do serviço por ser de graça e também acha importante.
Margarida	"A tipo...a maneira de cuidar dela, porque na verdade tinha tido acompanhamento mesmo na puericultura da última, antes não existia, se existia não eu também não sabia."	Desconhecia o serviço e passou a participar por orientação.
Maria	"Eu achei interessante porque da minha primeira filha que tem onze anos eu não fazia puericultura e do meu filho se desenvolveu muito bem, eu amamentei, engordou bem"	

**Quadro 2** – Relatos das mães indicadores dos motivos que as fizeram participar do serviço.

Algumas (3) mães relataram aspectos da importância da puericultura, outras (2) relataram o desconhecimento do serviço e por isso, sua não participação anterior. E outras (2) indicaram o serviço como importante e como uma espécie de compromisso com o desenvolvimento do filho também. Em uma fala de uma das mães há um indicador de desvalorização do serviço também, ao mencionar que “participa por ser de graça” (Adrieli).

De um modo geral, os motivos que as levaram a participar do serviço indicam a importância do acolhimento. Visto como uma proposta voltada para melhoria das relações entre o serviço de saúde e seus usuários, o acolhimento, sem dúvida, é um dos principais instrumentos que compõem o processo de trabalho em saúde (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2001). No entanto, para Tesser *et al.* (2010) ele se concretiza “no encontro do usuário que procura o serviço espontaneamente com os profissionais de saúde” (p. 3620). Nessa oportunidade, podem surgir outras ações essenciais, como é o caso dos agendamentos de possíveis serviços, dentre eles, a puericultura.

Nestes relatos das mães também é possível verificar uma baixa responsabilização em relação ao cuidado com os filhos. Embora atribuam importância e necessidade em relação ao serviço, em alguns momentos, os relatos transmitem uma impressão de obrigação. Não foi possível identificar nestes relatos outros aspectos que poderiam explicar essa ideia transmitida, no entanto, podemos supor que uma delas seja a própria novidade do serviço para algumas dessas mães. Isso também pode indicar um vínculo em processo de estabelecimento com o serviço. Segundo Campos (1997) o vínculo entre os profissionais de saúde e os pacientes estimula sua autonomia e, conseqüentemente, pode ampliar sua participação no serviço.

Em estudos recentes, como no de Costa *et al.* (2012), as autoras sugeriram que fossem desenvolvidos mais estudos sobre o conhecimento da prática do enfermeiro no contexto da puericultura, a fim de ampliar as estratégias que

possam fornecer bases para a promoção de vínculo entre os profissionais e as mães.

Sabemos que a superação do modelo hospitalocêntrico é uma prática jovem no Brasil, iniciada em 1994. A experiência desse modelo de assistência à saúde para desenvolver ações de promoção na saúde da família e na comunidade é um desafio às equipes multidisciplinares. Sem dúvida, a ESF trata-se de um contexto privilegiado para o desenvolvimento de práticas de educação em saúde.

A puericultura preocupa-se com o acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança. Por outro lado, é uma prática que está sujeita aos mais diversos fatores políticos, econômicos e sociais. Assim como as influências sociais e ambientais têm grande impacto na saúde e bem-estar das crianças e de seus familiares, aquelas de ordem financeira, como os incentivos governamentais e questões de aceitação pela comunidade também podem interferir na motivação para participar destes serviços.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo dessa pesquisa foi identificar as temáticas abordadas pelas mães usuárias de Estratégias Saúde da Família (ESF) sobre a puericultura. Ouvir a comunidade e suas concepções a respeito da saúde e da doença pode indicar maneiras particulares de ouvir e olhar seu próprio corpo. E, tratando-se da puericultura a preocupação central, sem dúvida, é a saúde dos filhos e o acolhimento que esse serviço oferece.

Podemos afirmar que esse objetivo foi alcançado e permitiu concluir que as concepções emitidas pelas mães em seus relatos transmitem uma ideia de participação no serviço por obrigação, muito embora atribuam importância e necessidade em relação ao serviço, relatando aspectos de emponderamento para cuidar de seus filhos. Disso decorre que os desafios de trabalhar aspectos de autonomia e responsabilidade permanecem na ESF.

De maneira específica, os resultados obtidos permitiram concluir que: a) as mães apreenderam elementos do serviço que têm repercussão em seu processo de empoderamento, ficando claro que o compromisso mensal ou o comparecimento aos agendamentos realizados pela equipe têm grande impacto em relação às suas atitudes e cuidados com os filhos; b) as mães possuem comprometimento com o serviço atribuindo motivos para essa participação, especialmente, ligados a uma preocupação com o desenvolvimento infantil e; c) as mães apreenderam as orientações recebidas dos profissionais, pois elas referiram que conseguem aprender, de forma simples, tiram as dúvidas nas consultas de enfermagem, confirmando a importância deste serviço no seu dia a dia.

Com isso, podemos reafirmar que *a priori* as estratégias da Puericultura estão contribuindo com o desenvolvimento infantil dessa população, buscando implicações para a promoção do desenvolvimento, por meio de ações da ESF. Por outro lado, os resultados também permitem reafirmar a necessidade de se investir mais nas estratégias desse serviço de atenção à saúde materno-infantil, promovendo trocas de experiências exitosas e que possam favorecer quanto ao

planejamento e execução das atividades e intervenções necessárias para estes sujeitos envolvidos.

As mães tiveram dificuldades, por exemplo, de relatar sobre aspectos do serviço, da saúde da criança, dentre outros, muitas vezes restringindo as respostas a um "sim" ou "não". As temáticas que mais apareceram estavam pautadas no cuidado e na garantia da manutenção das condições básicas referentes à saúde infantil, tais como: a higiene, a alimentação e o acompanhamento de enfermagem e médico, este não estando ligado diretamente à ausência de doença.

A partir das informações encontradas destaca-se a necessidade dos profissionais de enfermagem receberem formação continuada, bem como ampliar as ações de educação permanente com a equipe multidisciplinar, para poderem prestar um cuidado técnico mais apurado, porém, humanizado com as mães e as crianças.

Dentre os integrantes da equipe da ESF, o Agente Comunitário de Saúde é o que mais detém o conhecimento sobre a dinâmica da comunidade local, bem como o contato com a realidade da população de determinada área geográfica de sua atuação. Isso o torna, cada vez mais, de grande importância nessa equipe para pensar na aproximação da família.

De modo geral, os dados ainda permitem inferir que as mães entrevistadas desconhecem o papel da equipe multidisciplinar no atendimento à criança. Parece faltar um protocolo específico de atendimento, na tentativa de unificar o atendimento.

Considerando que a infância é um período de múltiplas possibilidades de estímulos e isso eleva o potencial de desenvolvimento da criança nos mais distintos aspectos. Estudos como este, pode ser o início de uma discussão que possibilita arguir sobre aspectos fundamentais do desenvolvimento infantil em realidades socioeconômicas semelhantes.

As conclusões advindas poderiam subsidiar agendas nacionais e regionais de compromissos em prol da redução de causas de morte cujas ocorrências sejam

fortemente rejeitadas pela sociedade moderna. Nesse sentido, a puericultura tem mostrado em caráter prático, resultados satisfatórios na melhoria dos indicadores da atenção materno-infantil e em especial a queda da mortalidade infantil. No município pesquisado pode-se observar essa evolução.

Os resultados deste estudo apontam direções de futuras pesquisas que abordem mais as concepções de profissionais acerca de suas práticas na atenção à saúde infantil e na Saúde da Família e Comunitária.

Nesse sentido, o presente estudo não tem como pretensão esgotar o tema pesquisado, mas se coloca como introdução a novas perspectivas de análises que visem compreender este fenômeno.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988.

BRASIL. **Programa Saúde da Família – PSF**. Brasília, 2001.

BRASIL. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Normas e Manuais Técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Editora MS; 2005.

BRASIL. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União, Poder Executivo*, Brasília, DF, 29 mar. 2006.

BRASIL. **Decreto Nº7508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº8080/90**. Ministério da Saúde. Brasília, 2011.

BRASIL. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução nº 466/2012)**. Brasília Ministério da Saúde, 2012 a.

BRASIL. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 b.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BLAIR, C.; RAMEY, C.T. Early Intervention for Low-Birth-Weight Infants and the Path to Second Generation Research. In: GURALNICK, M. J. **The effectiveness of early intervention**. Paul H. Brookes Publishing Co, Baltimore, 1997.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**. Vol.79, Supl.1, 2003.

BRAZELTON, T. B.; CRAMER, B. G. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M; JENSEN, H. B. **Nelson textbook of pediatrics**. 17. ed. Philadelphia: Saunders, 2003.

BONILHA, L. R. C. M. ; RIVOREDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. 2005.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. **Inventando a mudança na saúde**. 2a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

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. **Rev. esc. enferm.** USP. 2011.

CANADIAN TASK FORCE ON PREVENTIVE HEALTH CARE. **Topics and recommendations pediatric preventive care**. 2008.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (Org.). **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência e Saúde Coletiva**, (Rio J) [online], 2008.

CHIESA, A. M. **Autonomia e resiliência: Categorias para o fortalecimento a intervenção na atenção básica na perspectiva da Promoção de Saúde**. Tese do mestrado. São Paulo, 2005.

COSTA, L; SILVA, E. F; LORENZINI, E; STRAPASSON, M. R; PRUSS, A. C. S. F; BONILHA, A. L. L. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. **Ciênc Cuid Saúde**. 2012. DATASUS [Internet]. Visualizado em 10 de julho de 2015. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**. 2015.

DE BEM, L. A.; WAGNER, A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. **Psicologia em Estudo**. Maringá, 2006.

DEL CIAMPO, L. A. *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. saúde coletiva** , vol.11, n.3, 2006.

DESSEN, M. A.; POLONIA, A. C. A família e a escola como contextos de desenvolvimento humano. **Paidéia** (Ribeirão Preto) [online]. 2007.

DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidência**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FALBO, B. C. P.; ANDRADE, R. D.; FURTADO, M. C. C.; MELLO, D. F. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Rev. bras. enferm.** 2012.

FALCETO, O. G.; GIUGLIANI, E. R. J.; FERNANDES, C. L. Couples Relationship and breastfeeding: is there an association? **Journal of Humam Lactation**, Thousand Oaks, USA, v. 19, 2004.

FRACOLLI, L.A; BERTOLOZZI, M. R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo. In: Brasil. Ministério da Saúde; Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. **Manual de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. São Paulo: Centauro, 1980.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. **Laranjeiras do Sul. Dados Gerais - IBGE** [acesso em 27 junho 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT. **Health care guidelines: preventive services for children and adolescents**. 2012.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro. 2004.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 6 ed. Petrópolis : Vozes, 1996.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio da pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2004.

OLIVEIRA, J. P; ZABOROSKI, A. P. Reflexões sobre os avanços da atuação do fonoaudiólogo na escola. In: ZABOROSKI, A. P.; OLIVEIRA, J. P. (Orgs.). **Atuação da Fonoaudiologia na escola: reflexões e práticas**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2013, p. 25-41.

PAPALIA, D. E; OLDS, S. W; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PARANÁ. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Secretaria do Estado da Saúde, 2014.

PORTO ALEGRE. **A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade**. Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Saúde Comunitária do GHC Porto Alegre: SMS, 2004.

RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO. **RAG**. Secretaria Municipal de Saúde de Laranjeiras do Sul, 2011.

RIBEIRO, B. B. *et al.* Experiência de ensino em medicina e enfermagem: promovendo a saúde da criança. **Rev. bras. educ. med.** 2012.

RICCO, R. G. **Puericultura princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVA, C. F; LEITE, A. J. M; ALMEIDA, N. M. G. S; GONDIM, R. C. Fatores de risco para mortalidade infantil em município do Nordeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis: 2000 a 2002. **Rev Bras Epidemiol.** 2006.

SÁ, P. K. **A Integralidade da Atenção no Programa Médico de Família de Niterói/Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2003.

SAPAROLLI, E. C. L; ADAMI, N. P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta Paul. Enferm.** V. 20, n.1, p.55-61, 2007.

TESSER, C. D; NETO, P. P; CAMPOS G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva.** 2010.

ZAGONEL, I. P. S. Consulta de enfermagem: um modelo de metodologia para o cuidado. In: Carraro TE, Westphalen MEA. **Metodologia para assistência de enfermagem: teorização, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia: AB; 2001.

ZAHARAN, H.S; KOBAU, R.; MORIARTY D. G; ZACK *et al.* Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Health-related quality of life surveillance - United States**. 2005.

WARREN, JJ; HOONAKKER, P; CARAYON, P. Job characteristics as mediators in SES-health relationships. **Soc Sci Med**. 2004.

**ANEXO A - O parecer de aprovação CEPE**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CENTRO OESTE - UNICENTRO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A CONTRIBUIÇÃO DA PUERICULTURA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÕES MATERNAS

**Pesquisador:** LEANDRO JOSE MICHELON

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26126513.8.0000.0106

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 638.832

**Data da Relatoria:** 06/05/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se da apreciação da terceira versão do Projeto de Pesquisa intitulado "A CONTRIBUIÇÃO DA PUERICULTURA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÕES

MATERNAS", de interesse e responsabilidade do mestrando Leandro Jose Michelin, do Programa de Pós- Graduação em Desenvolvimento Comunitário (PPGIDC), da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Campus de Irati, caracterizado como estudo da grande área das Ciências da Saúde e das Ciências Humanas. Trata-se de um estudo exploratório, de campo e com abordagem qualitativa, com entrevistas semi-estruturadas com 20 mães, independente da sua faixa etária, que têm seus filhos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) e permitiram visitas domiciliares; as entrevistas serão transcritas na íntegra e analisadas por meio de categorias temáticas que remetam aos objetivos estabelecidos.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral é identificar e descrever, através das concepções maternas, as estratégias da puericultura que contribuem com o desenvolvimento infantil, buscando implicações para a promoção desse desenvolvimento, por meio de ações da Estratégia Saúde da Família (ESF) na unidade de saúde e em ambiente domiciliar.

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)

**Bairro:** Vila Carli

**UF:** PR

**Telefone:** (42)3629-8177

**CEP:** 85.040-080

**Fax:** (42)3629-8100

**E-mail:** comepe\_unicentro@yahoo.com.br

## UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO OESTE - UNICENTRO



Objetivos Específicos: 1) Identificar quais os principais aspectos do desenvolvimento infantil são abordados com as mães; 2) Identificar de que modo a equipe de saúde aborda as questões do desenvolvimento infantil, com as mães; 3) Identificar momentos da visita da equipe de saúde nos quais é possível abordar a temática da comunicação infantil com as mães; 4) Identificar quais tecnologias/instrumentos são utilizados para favorecer o desenvolvimento infantil na Estratégia Saúde da Família (ESF).

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador relata que a mãe pode se sentir constrangida com alguma pergunta que lhe seja feita durante a entrevista. Caso isso ocorra, o pesquisador interromperá a entrevista, deixando a critério de cada participante a sua continuidade. Além disso, caso seja verificado que alguma questão específica está trazendo algum risco nesse sentido, esta pergunta será eliminada do roteiro de entrevista. No TCLE, esta informação é complementada pela afirmação de que no caso do constrangimento gerado ser significativo, que o pesquisador se responsabilizará pelo acolhimento e/ou encaminhamento do participante a um profissional de uma unidade de saúde mais próxima (seja Estratégia Saúde da Família ou Unidade Hospitalar), a fim de receber o atendimento ou orientações necessários. Quanto aos benefícios, o pesquisador relata a contribuição com uma melhor compreensão do serviço sob a ótica de seus usuários e com as políticas públicas, no sentido de avaliá-lo para propor mudanças, com a finalidade de melhorá-lo.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Todas as observações feitas na primeira e segunda versões do Projeto foram acatadas, ou seja, (a) apresentar de forma explícita a relação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF), o Programa Saúde da Família (PSF) e a puericultura; (b) detalhar como e onde será feita a coleta dos dados; (c) esclarecimentos quanto aos critérios de inclusão e exclusão das participantes; e (d) todas as atualizações foram incorporadas ao Projeto da Plataforma.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está devidamente preenchida, assinada e carimbada pela coordenadora do PPGIDC; a carta de anuência da Secretaria da Saúde está assinada pela Secretária, com carimbo. O TCLE está redigido em forma de convite, apresenta os riscos e benefícios da

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)

**Bairro:** Vila Carli

**CEP:** 85.040-080

**UF:** PR

**Telefone:** (42)3629-8177

**Fax:** (42)3629-8100

**E-mail:** comep\_unicentro@yahoo.com.br

pesquisa, informações sobre os procedimentos, telefones de contato do pesquisador e do COMEP, atendendo às orientações da Resolução 466/2012. O instrumento para a coleta de dados (roteiro semi-estruturado para as entrevistas) está anexo à Plataforma. O cronograma está completo e de acordo com a data de aprovação do projeto no COMEP. O orçamento proposto para a realização da pesquisa está completo.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há; todos os quesitos solicitados foram atendidos.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

PROJETO APROVADO

Em atendimento à Resolução CNS/MS- 466/2012, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório parcial assim que tenha transcorrido um ano da pesquisa e relatório final em até trinta dias após o término da pesquisa.

Qualquer alteração no projeto deverá ser encaminhada para análise deste comitê.

GUARAPUAVA, 07 de Maio de 2014

---

**Assinador por:**

**Maria Emilia  
Marcondes  
Barbosa  
(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Simeão Camargo Varella de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)

**Bairro:** Vila Carli

**CEP:** 85.040-080

**UF:** PR

**Fax:** (42)3629-8100

**E-mail:** [comep\\_unicentro@yahoo.com.br](mailto:comep_unicentro@yahoo.com.br)

**Telefone:** (42)3629-8177

**APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS  
MÃES**

Título de pesquisa:

A contribuição da Puericultura para o desenvolvimento infantil NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÕES MATERNAS

Pesquisador responsável: Leandro José Michelin

Instituição a que pertence o pesquisador:

Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)

Telefone para contato: (42) 9108-2616

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa (COMEP): (42) 3629-8177

Voluntários da pesquisa: serão mães, independente da faixa etária, que levaram seu(s) filho(s) à puericultura e/ou permitiram visitas domiciliares do enfermeiro.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada de A CONTRIBUIÇÃO DA PUERICULTURA PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA: CONCEPÇÕES MATERNAS, de responsabilidade da Professora Jáima Pinheiro de Oliveira, do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), Campus de Irati/PR.

A pesquisa contribuirá, fundamentalmente, para a melhoria da qualidade de vida dessas crianças, na ferramenta para a prática da puericultura na Estratégia Saúde da Família e promoção de saúde na comunidade.

A pesquisa será feita no local de sua escolha e seu desenvolvimento depende da realização de uma entrevista com você, por meio de um roteiro semi-estruturado.

A sua participação na pesquisa é voluntária, sem custo algum para você e também sem nenhuma compensação financeira. De acordo com a Resolução 196/96, durante a fase de realização de qualquer pesquisa, decorrente dela ou não, existe a possibilidade de o(s) participante(s) se expor(em) a riscos, referentes às dimensões físicas, psíquicas, morais, intelectuais, sociais, culturais ou espirituais, em virtude das relações humanas e sociais, de modo geral. De acordo, ainda, com essa Resolução, ainda que o(s) dano(s) causados por ela sejam imediato(s) ou tardio(s) os riscos podem comprometê-lo.

No caso da presente proposta, consideramos que no momento das entrevistas, é possível que você sinta-se constrangido ao responder as questões feitas pelo pesquisador. Isso pode se caracterizar como um risco de ordem psicoemocional. Por isso, deixa-se claro que, se isso ocorrer, a pergunta será desconsiderada e o pesquisador seguirá com as demais perguntas.

Caso esse constrangimento gerado seja significativo, esclarece-se que a pesquisadora se responsabilizará pelo seu acolhimento e/ou encaminhamento necessário a um profissional especializado, a fim de que você receba o atendimento ou orientações necessários.

Entende-se, no entanto, que esse risco pode ser justificado pela importância do benefício esperado com os resultados da pesquisa. Além disso, a participação tanto da escola como a sua, não é obrigatória e poderá ser interrompida a qualquer momento. Ressalta-se que caso isso ocorra, não haverá prejuízos ou penalidades aplicadas a ambos.

A sua identidade será preservada conforme os padrões profissionais de sigilo e ética. Os resultados obtidos e materiais utilizados, só serão divulgados em pesquisas e publicações científicas com a devida permissão da instituição e de todos os participantes, além de obedecer às normas éticas exigidas.

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. O pesquisador Leandro José Michelin certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, embora possam ser utilizados em publicações com o devido comprometimento ético.

Declaro que concordo minha participação nesse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) responsável

\_\_\_\_\_  
Leandro José Michelin  
Enfermeiro COREN 284453

**APÊNDICE B - PESQUISA SOBRE O PERFIL SOCIOECONÔMICO DAS MÃES ENTREVISTADAS**

- 1) Nome: \_\_\_\_\_
- 2) pertence a ESF \_\_\_\_\_
- 3) Qual a sua idade? \_\_\_\_\_
- 4) Escolaridade \_\_\_\_\_
- 5) Qual é a sua situação conjugal?  
Solteira ( ) Casada ( ) Viúva ( ) Separada judicialmente ( ) Divorciada ( )
- 6) Você tem quantos filhos? \_\_\_\_\_
- 7) Onde se localiza a residência?  
Na periferia ( )  
No centro da cidade ( )  
No interior ( )  
Outro ( ) Qual? \_\_\_\_\_
- 8) Qual é sua situação atual de moradia?  
Com os pais ( )  
Com o conjugue ( )  
Em casa de outros familiares ( )  
Em casa de amigos ( )  
Pensão/hotel/pensionato ( )  
Casa/apto. própria(o) ( )
- 9) Você tem uma atividade remunerada? ( S ) ( N )
- 10) Se SIM: \_\_\_\_\_  
Eventual ( S ) ( N )  
Em tempo integral ( S ) ( N )  
Com vínculo empregatício ( S ) ( N )
- 11) Renda total da família:  
Um salário ( ) Entre dois e três salários ( ) Até três salários ( ) Entre três e cinco salários ( ) Acima de cinco salários ( )

**APÊNDICE C - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA COM AS MÃES**

1. Qual foi a sua frequência à puericultura? Quais os profissionais a realizaram? Por que?
2. Quem fica com seu(ua) filho(a) durante o dia? Onde ele(a)
3. A senhora procurou o atendimento ou a ESF a convidou?
4. Somente a necessidade levou à participação da puericultura?
5. Que tipo de orientação a senhora recebeu?
6. Sobre o que foi falado nessa orientação?
7. Houve mudança no seu dia a dia com essas orientações recebidas?
8. A senhora seguiu alguma orientação?
9. O que mudou em relação ao desenvolvimento de seu(ua) filho(a)?
10. Que exemplos práticos ou que ações os profissionais fizeram ou usaram para te ajudar no dia a dia?
11. A senhora se lembra de alguma coisa que eles ensinaram? Pode me dar um exemplo?
12. Crianças estão em fase de desenvolvimento físico (qualquer ação como engatinhar, caminhar... enfim conhecendo o ambiente. Sabendo desta formação da criança...este estágio que seu filho esta passando/passou, você consegue perceber com os estímulos que você aprendeu durante a puericultura? De que forma?
13. Mesmo sabendo destas informações recebidas...o que você atribui q o sentimental excede/extrapola na hora do cuidado, ele pode ajudar ou atrapalhar no cuidado de uma emergência?
14. Você é beneficiária da Bolsa Família?
15. Se sim, você acredita que o Programa mudou o modelo ou a forma de aproximar as mães da puericultura?