

Cuidado da criança em rede: vivências de gestores, enfermeiros e médicos

Networked Child care: managers, nurses and physicians experiences

Renata Andrade Teixeira¹, Francieli Ferreira de Andrade Batista², Sebastião Caldeira³,
Adriana Valongo Zani⁴, Mauren Teresa Grubinki Mendes Tacla⁵,
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari⁶

1. ORCID: [ORCID: 0000-0002-2438-2520](https://orcid.org/0000-0002-2438-2520). Enfermeira. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. E-mail: reteixeira@hotmail.com.

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1472-3624>. Enfermeira. Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. E-mail: franandradebatista@gmail.com.

3. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2827-1833>. Enfermeiro. Doutor, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil. E-mail: calenf3@gmail.com.

4. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6656-8155>. Enfermeira. Doutora, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. E-mail: adrianazanienf@gmail.com.

5. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-8928-3366>. Enfermeira. Doutora, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. E-mail: maurentacla@gmail.com.

6. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0157-7461>. Enfermeira. Doutora, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. E-mail: ropimentaferrari@uel.br

CONTATO: Francieli Ferreira de Andrade Batista | Endereço: Av. Tiradentes, 133 - Centro - CEP: 86600-102 Rolândia/PR – Brasil. Telefone: (43) 99805-0908
E-mail: franandradebatista@gmail.com

RESUMO O objetivo deste estudo é compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos no cuidado da criança após a implementação da Rede Mãe Paranaense. Trata-se de uma abordagem qualitativa com base nas premissas conceituais da Fenomenologia Social. Para coleta dos dados utilizou-se um questionário com perguntas semiestruturadas com os referidos profissionais. Foram identificadas as seguintes categorias: os “motivos porque” emergiram o processo de implementação da Rede e o cuidado da criança e as peculiaridades do cuidado da criança na nova concepção em Rede. Os “motivos para” desvelou expectativas e limitações para o cuidado da criança na Rede. Assim, evidenciou as necessidades e expectativas dos profissionais em suas ações, relacionado ao cuidado à criança após a implementação da Rede, e manteve-se as implementações tradicionais.

DESCRITORES: Atenção Primária à Saúde. Profissional de Saúde. Cuidado da Criança. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT The objective of this study is to understand the administrators, nurses and doctors experiences in childcare after the implementation of the Mãe Paranaense Network. This is a qualitative approach based on the conceptual premises of the Social Phenomenology. To collect the data, a questionnaire was used with questions semi-structured with these professionals. The following categories were identified: the “reasons why” emerged, the Network implementation of childcare process, and the childcare peculiarities in the new Network design. The “reasons for” unveiled expectations and limitations for networked childcare. Thus, it highlighted the needs and professional expectations in their actions, related to childcare after the Network implementation, and traditional implementations were maintained.

DESCRIPTORS: Primary Health Care. Health Personnel. Child Care. Program Evaluation.

INTRODUÇÃO

A organização de um sistema de saúde em Rede possibilita a oferta de uma assistência contínua e integral mediante missão única, objetivos comuns e planejamento conjunto, considerando-se três elementos essenciais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas coordenadas pela atenção primária para prestar assistência no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidades sanitária e econômica pela população adscrita¹.

Frente aos desafios da assistência materno-infantil no país para o decréscimo da mortalidade neonatal, a melhoria da saúde das gestantes e a redução da fragmentação da assistência nos diferentes cenários do Sistema Único de Saúde, em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha em todo território nacional, e no Paraná em 2012 foi implementada a Rede Mãe Paranaense, atendendo as diretrizes da Rede Cegonha quanto a estratificação de risco para gestantes e crianças e também, incorporou-se o risco intermediário bem como pactuou a vinculação e a garantia de acesso ao atendimento ambulatorial especializado e à atenção hospitalar²⁻³.

A inovação em Redes de assistência materno-infantil ainda é recente no país e foi estabelecida em um sistema de saúde complexo, no qual as relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los são, muitas vezes, são cercadas por incertezas e regras de alocações econômicas de recursos que não se aplicam. Assim sendo, a avaliação constitui uma fase de grande relevância que permite verificar os efeitos alcançados e acompanhar o desenvolvimento da ação pública, sendo indispensável para apreciar os programas e as políticas públicas implementadas⁴.

Pesquisas avaliativas têm sido realizadas em âmbito nacional com sucesso⁵, entre as quais a que avaliou a implementação da Rede Amamenta Brasil nos âmbitos federal, estadual e municipal⁶. Contudo existem poucas pesquisas avaliativas sobre o processo de implementação na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária em Saúde.

Considera-se que implementar novos modelos de assistência para as populações específicas ou áreas temáticas exige uma estrutura com atores estratégicos, regras e responsabilidades^{1,7}. Diante disso, surge o questionamento: A implantação da Rede Mãe Paranaense contribui para o atendimento da criança menor de dois anos? Espera-se que o compartilhamento dos resultados alcançados nesse estudo possa orientar os gestores, enfermeiros e médicos no aprimoramento a às crianças menores de 2 anos. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo compreender a vivência de gestores, enfermeiros e médicos no cuidado da criança após a implementação da Rede Mãe Paranaense.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, tendo como eixo orientador as premissas conceituais da Fenomenologia Social que permite extrair os fenômenos humanos no cotidiano do cuidado em redes na atenção primária à saúde e, as experiências concretas que estabelecem entre si uma ação social⁸.

Compreende-se a ação social como uma conduta dirigida para a realização de determinado fim e, os “motivos porque” são as razões enraizadas na personalidade do sujeito e no aprendizado que acumulou por toda a sua vida. Os “motivos para” orientam as ações futuras e subjetivas, que só são reveladas quando o entrevistado é questionado sobre o significado que ele atribui a determinada ação⁸⁻⁹.

Para obter o núcleo de elementos do fenômeno, os participantes foram selecionados considerando o interesse da direção da Regional de Saúde e dos gestores previamente consultados; a atuação profissional desde o início da Rede; o fato de ser gestor, enfermeiro e médico atuantes na mesma cidade; a análise do perfil epidemiológico infantil e das diferentes realidades por porte dos municípios, sendo considerado o de pequeno porte os menores de 50.000 habitantes, o de médio os de 50.001 a 100.000 e o de grande com mais de 100.001. Para tanto, dos 21 municípios, 10 compuseram a presente pesquisa por atingirem os pontos convergentes do objeto de estudo, mediante as entrevistas realizadas com 37 profissionais.

As entrevistas foram agendadas previamente via telefone e coletadas entre os meses de outubro de 2014 a fevereiro de 2015, mediante a ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os depoimentos ocorreram individualmente, em ambiente reservado na unidade básica de saúde, durante o horário de trabalho e gravados em mídia de áudio. Utilizou-se um questionário com perguntas semiestruturadas extraídas da matriz proposta pela Rede para responder às seguintes inquietações: “Qual o conhecimento/entendimento sobre a Rede?”; “Houve capacitação dos profissionais?”; “Como faz o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança?”; “Você utiliza a carteira da criança padronizada pela Rede ou adota outro modelo?”; “Explique-me como acontece a vinculação da criança no ambulatório especializado e no hospital de alto risco!”; “Fale-me como ocorre a captação da puérpera e criança.”; “Comente como ocorre o incentivo ao aleitamento materno.”; “Para você houve o cumprimento dos objetivos, compromissos conforme os indicadores utilizados no atendimento à criança após a implantação da Rede?”; “O que você espera para as crianças atendidas na Rede?”

A média de tempo para a entrevista foi de 50 minutos considerando a interação do pesquisador com o profissional. Os depoimentos foram encerrados mediante a convergência dos “motivos porque” e dos “motivos para”, possibilitando a constituição do tipo vivido no cuidado da criança após a implementação da Rede.

Para a análise do material, realizou-se a transcrição na íntegra para garantir a fidedignidade dos relatos e, em seguida, os textos foram conferidos, organizados e analisados por dois pesquisadores, cumprindo-se os seis passos propostos por pesquisadores da Fenomenologia Social⁹: leitura atenta e criteriosa de cada depoimento, na íntegra, para identificar e apreender o sentido global da ação social; releitura de cada depoimento com o objetivo de identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos porque” e aos “motivos para”; agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para a composição de categorias concretas; análise das categorias concretas para a compreensão da ação social; constituição do tipo vivido a partir do conjunto de “motivos porque” e de “motivos para” expressos na análise das categorias concretas e discussão do tipo vivido à luz da Fenomenologia Social e de outros referenciais relacionados à temática.

A identificação dos participantes ocorreu conforme sua classe profissional, seguida por número arábico na ordem dos depoimentos, sendo: gestores de saúde, letra “G”nº; enfermeiros, “E”nº e médicos, “M”nº identificados conforme a especialidade (Mnº-Ped, pediatra e Mnº-CG, clínico geral).

Por se tratar de uma pesquisa multicêntrica, solicitou-se autorização da Secretaria de Estado de Saúde e Diretorias das Regionais de Saúde. Após aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob o parecer nº 544.107, CAAE: 26317614.8.1001.0107 e respeitou os aspectos éticos da pesquisa conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Os profissionais atuantes no cuidado da criança na atenção primária de saúde foram: dez gestores, doze enfermeiros e quinze médicos (dez pediatras e cinco clínicos gerais). A idade variou entre 25 e 65 anos e o tempo de trabalho na atenção primária, de cinco a vinte anos. Entre os gestores, oito enfermeiros, um geógrafo e um contador.

A tipificação dos profissionais entrevistados permitiu organizar e analisar os significados dos discursos em três categorias que compreendem a experiência vivida no passado e no presente. Dos “motivos porque” emergiram duas categorias: O processo de implementação da Rede e o cuidado da criança e As peculiaridades do cuidado da criança na nova concepção em Rede. Os “motivos para que” a categoria Expectativas e limitações para o cuidado da criança na Rede.

O processo de implementação da Rede e o cuidado da criança

A compreensão dos profissionais sobre o novo modelo em redes, como a Mãe Paranaense, tem como objetivo a diminuição dos indicadores de morbimortalidade e a

organização dos serviços de apoio, em especial, aos municípios de pequeno e médio porte que, conseqüentemente, possuem limitada infraestrutura como recursos humanos especializados e insumos.

O objetivo era traçar uma linha de cuidado, da mulher e criança, desde a gestação até o primeiro ano de vida. (G1)

Esse programa dá um suporte, principalmente no interior (município de pequeno e médio porte). Você pensa que é fácil fazer medicina no interior? Não é tão fácil como se presume, não. Então esse programa faz com que a gente tenha uma retaguarda. (M10-CG)

O principal objetivo é redução de morbimortalidade materna e infantil. Teve pactuação em cima do que a Rede Cegonha preconiza. Não existia, então contrataram ginecologista, pediatra e equipe multiprofissional. Ampliou o ambulatório (referência para estratificação de Risco), mas as unidades básicas, não. (M11-Ped)

Para a implantação da Rede, a capacitação ou oficinas não ocorreu para a totalidade dos profissionais nos municípios da Regional. Em dois deles, os secretários de saúde realizaram oficinas; em outro, os que foram liberados e participaram, ainda não havia implementado.

Não foram multiplicadas (oficinas) e quando começou o Centro Mãe Paranaense no ambulatório de Estimulação Precoce das crianças, teve capacitação aqui, mas foi pelo município. (E2)

Teve teoria, mas muito pouco mudou na prática, porque os profissionais que fizeram, nem lembram. Então na prática o processo de trabalho pouco avançou. (M11-Ped)

Na Rede, para operacionalizar o cuidado da criança, a equipe coordenadora do estado elaborou o novo Cartão de Saúde da Criança que resultou em reprovação justificada pela divisão deste, duas partes em um. Para os profissionais ficou inviável o seu preenchimento, pois a mãe não compreende que ambas as partes devem ficar juntas, prejudicando a avaliação e o registro.

Eles desmembraram a carteirinha da criança e de vacina. Então a mãe pode perder, tem muita campanha e não cabe as vacinas, não tem data de nascimento. A anterior, era um livro, tinha muita informação, as mães liam sinais de risco e desenvolvimento infantil. (E2)

Achei ruim. Primeiro porque eu acho um absurdo tirar uma carteirinha que tinha informação e, pra piorar, tiraram uma e fizeram duas. (M7-Ped)

Os testes para triagem neonatal cardíaca, visual e auditiva nos municípios da Regional, eram institucionalizados antes da implantação da Rede. Mas, mesmo após, em dois municípios de pequeno porte as crianças recebem alta das maternidades sem o teste cardíaco e auditivo por falta de equipamento e pediatra e, são encaminhadas para os serviços especializados, em outra cidade.

O teste do coraçãozinho não é feito no nosso hospital. O teste do olhinho alguns pediatras fazem outros não. O teste da orelhinha é o Instituto de Educação de Surdos (Iles). Teste do pezinho agora não dão alta antes de 48 horas, isso pelo menos mudou. (E2)

Ficou do mesmo jeito. Antes era a gente que mandava o teste da orelhinha no Iles e agora vem agendado da maternidade. O teste da orelhinha e teste do olhinho faz na maternidade. Já era para ter chego o aparelho para fazer o teste do coraçãozinho pela Rede. (M10-CG)

A estratificação de risco da criança para gestores, enfermeiros e médicos de seis municípios da Regional, se estabelece mediante a distribuição entre as categorias profissionais, sendo o habitual para o técnico de enfermagem, o intermediário o enfermeiro e, o alto risco, o pediatra.

O alto risco é um risco biológico e precisa de mais consulta no médico. O intermediário é muito mais social, preciso da consulta do enfermeiro que tem uma visão mais ampliada das condições de vida e nascimento. O habitual, o nível médio (auxiliar/técnico de enfermagem). (G1)

Tem muitas (enfermeiras) que nem sabiam que podiam estar encaminhando criança, falta esse repasse de conhecimento. Eu liguei (no ambulatório) e a funcionária me falou: “eles dão suporte para a puérpera e o bebê”. Aí a gente começou a encaminhar. (E12)

Se nascer no Hospital Universitário (referência para alto risco) elas (pediatras) acompanham o prematuro, se não pega, eu mando para a Rede (ambulatório de referência). (M6-Ped)

As peculiaridades do cuidado da criança na nova concepção em Rede

O cuidado da criança após a alta da maternidade é sistemático em quatro municípios da Regional, pois os hospitais fazem a referência para a atenção primária, desencadeando-se a visita domiciliar na primeira semana para avaliar as condições de saúde da díade mãe-bebê, estratificar o risco e agendar as consultas e vacinação. Mas, em três cidades, essa realidade não ocorre justificada pela demanda da unidade.

A auxiliar passa no hospital diariamente. A primeira visita é a enfermeira, quando não pode, é o técnico de enfermagem, se não consegue até o quinto dia, é o mais rápido que conseguir. (G2)

Essa primeira visita, tem que ser feita até sete dias, na realidade até cinco dias. Ultimamente, é o Agente Comunitário que faz a primeira avaliação ou quando elas vêm para fazer a BCG. (G6)

Geralmente mais tarde, com 10, 15 dias, ou até mais. O ideal é na primeira semana, mas a gente não consegue fazer e é o pessoal da residência que tem ido e tem atendido. (E1)

A estratificação de risco está sendo realizada, na quase totalidade, pelos enfermeiros das unidades, mas em dois municípios os médicos realizam a consulta e não registra a estratificação.

O pediatra e a enfermeira, em cada consulta estratificam. Se tiver alguma intercorrência ele (o auxiliar de enfermagem) vai (passa o caso) e o enfermeiro ou o médico estratifica. (G3)

Então quem estratifica risco de criança, totalmente é a gente (enfermeira)” (E2).

“Eu não faço (estratificação). Aliás, a gente (médico) não anota muita coisa, não criamos o hábito de escrever muito. Quando é a gente que vai acompanhar, daí que não põe mesmo, pois não imagina que um dia a gente não vai estar aqui. (M2-Ped)

Quase a totalidade dos municípios da Regional articula-se para realizar um acompanhamento sistemático e multiprofissional da criança estratificada para o alto risco. Entretanto, as consultas odontológicas são menos referenciadas pela própria equipe das unidades.

Primeira visita vai até a Técnica de Higiene Dentária, está no protocolo da odontologia, eles falam de aleitamento, têm que captar a criança para clínica de bebê. (G2)

Aqui, todas as crianças que nascem com Apgar baixo, marcamos reunião na Secretaria de Saúde, visita domiciliar e orientações. Se for prematura já agendam fisioterapia, encaminha para o ambulatório de Estimulação Precoce e acompanha na unidade básica. (E2)

Todas as crianças deveriam passar pela odontologia, mas aqui eu acho que não é feito. Eu peço para mãe procurar, eu não dou um papel, eu tento passar a orientação, mas elas vão por demanda delas, não tem um fluxograma assim certinho. (M6-Ped)

No acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, há diferentes realidades de atendimento nos municípios. Em um deles, somente é realizado pelo pediatra e, em seis, é intercalado entre médico e enfermeiro.

É acompanhada pelo pediatra e enfermeira, mais pela enfermeira. Risco habitual fica só com a enfermeira. Ela passa por uma primeira consulta com a pediatra para fazer o teste do olhinho. O intermediário faz mensal, vendo a necessidade, ela encaminha. (G6)

A gente tem uma ótima adesão. Só enfermeiro que faz puericultura por causa da orientação até dois anos. Nossa pediatra realiza com aquelas que ela acha necessário. (E2)

Para acompanhar os prematuros mensalmente faço o que dá. Nos primeiros sete dias, já marcam para fazer o “teste do olhinho” e as primeiras orientações. De rotina fica com a enfermeira, prematuro não, eu tento marcar todo mês, mas aqui o fluxo é muito grande. (M6-Ped)

Embora os profissionais afirmem que as consultas de puericultura estejam sendo realizadas de forma sistemática, o desmame precoce é comum entre as puérperas em quase todos os municípios, mesmo que haja incentivo desde o pré-natal. A orientação, em uma das cidades, é realizada somente pelo técnico de enfermagem; em outros dois, há a oferta de fórmula infantil pelo pediatra com apoio do gestor.

A maioria ainda fica com no mínimo seis meses com aleitamento. Existe uma procura muito grande pelo leite artificial. O nosso setor de regulação está providenciando o fluxo só para retirada de fórmulas infantis, porque aumentou muito a nossa demanda. (G4)

Os técnicos sempre orientam o aleitamento, mas a pediatra indica fórmula e fruta com dois meses. As mães que têm que trabalhar as empresas não facilitam e as que ficam em casa, conseguem por cinco meses. (E2)

Nós incentivamos, durante o pré-natal e na primeira consulta já começa a falar, nos grupos de gestante. Aquelas que participam do grupo dão menos problema. (E4)

No hospital, nós temos bastante incentivo e eu percebo insegurança nas mães mais velhas. Mesmo que a mãe esteja produzindo, ele (pediatra da unidade básica) prescreve fórmula. (E5)

Quanto à organização da referência e contrarreferência na Rede, apreendeu-se nos discursos dos profissionais, que é muito difícil vincular tanto o risco intermediário quanto o alto risco para serviços especializados, pois há fila de espera que pode chegar a um ano. Em dois municípios os gestores pagam a consulta ou o médico solicita que a mãe pague, se tiver recurso.

Quando há necessidade de especialista, se tem alguma complicação, a gente já tem dificuldade para encaminhar. O intermediário, o que dá, vai remanejando, agenda e fica no aguardo. (G6)

Se no agendamento não conseguirmos tempo hábil, a secretaria paga a neuropediatra. (G7)

O alto risco manda para o hospital e, do hospital, faz um link. O resto é um desastre, quando chega criança icterica e preciso de exame de bilirrubina, demora dois, três, quatro dias. Então, manda para o hospital, sobrecarregando com o que faria aqui. (M4-Ped)

É muito burocrático esse processo de encaminhamento, muito demorado e se acontece intercorrência o programa não consegue absorver tudo. Demora muito até chegar lá, seis meses até um ano. Eu falo para a mãe, se tem condições, eu falo para ir particular. (M9-CG)

Expectativas e limitações para o cuidado da criança na Rede

Os profissionais apontam que o cuidado da criança na Rede Mãe Paranaense pode ter avançado, mas não única e exclusivamente após a sua implementação. No entanto, é necessário viabilizar e garantir assistência integral no ciclo gravídico-puerperal e seguimento da criança.

De modo geral, eu questiono muito se a melhora é por conta das nossas ações de saúde ou por causa da melhora das condições de vida da população. Se foi impacto da Rede Mãe Paranaense ou Rede Cegonha, acho que tudo isso é uma somatória, não dá pra dizer que é só um. (G1)

Eu espero que elas (as gestantes) tenham um atendimento humanizado e profissional, que se sintam seguras tanto na gravidez quanto no parto, que depois essa criança continue tendo um atendimento com um profissional capacitado. (M3-Ped)

Apreendeu-se nos discursos que, embora a Rede tenha sido implementada, ainda faltam protocolos, recursos materiais básicos e humanos, bem como condições para melhorar o acesso aos serviços de cuidado à criança na atenção primária e fazer a contrarreferência.

Eu senti muita falta de ter um protocolo nosso, um protocolo paranaense, baseado na linha guia, mas não terminou por troca de gestor. Desisti de esperar pelo estado e estamos fazendo. (G1)

A gente não faz só a assistência à criança. Ainda não consegue ter resolutividade porque falta de estrutura física, recurso material e humano. Nunca temos respaldo que precisa ter. O foco maior da gestão é urgência e emergência e, a atenção primária, fica por isso mesmo. (E11)

O acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança, nos discursos dos profissionais, deve ser garantido desde a gestação. Entretanto, a consulta é centrada no médico, mesmo com indisponibilidade de agenda. Portanto, é necessário reorganizar a Rede e o processo de trabalho dos profissionais das unidades de saúde.

A puericultura hoje está ainda muito centralizada no médico, não é queixa, é justamente o preventivo. (G4)

Eu gostaria que tivesse um sistema de puericultura onde o paciente não precisasse vir de madrugada na hora da consulta e, que, conseguisse agendar todas as consultas. (M7-Ped)

A Rede tem que trazer conforto e dar estabilidade e segurança para a criança, dá para evitar vulnerabilidade social e as dificuldades que se enfrenta no início de gestação, durante a gestação e no pós-parto. (M9-CG)

Além da necessidade de reorganização da assistência à criança e do processo de trabalho dos profissionais, evidencia-se nos depoimentos que a educação permanente poderá

favorecer ajustes na assistência na atenção primária, pois os pequenos municípios ainda não conseguem o apoio necessário para as capacitações devido à sobrecarga de trabalho.

Manter uma educação continuada nos municípios que não têm um setor de educação continuada, é mais complicado do que em outros lugares. (G4)

Eu gostaria que tivesse mais conscientização e capacitação dos profissionais! Na reunião da Rede falou de exames, estrutura e fluxos daí vimos que muita coisa não estava acontecendo. (E2)

Falta muita coisa que ainda tá no papel. Muitos médicos não gostam de seguir uma linha guia, só as condutas deles. Se dá complicação... onde está o respaldo? Falta mais capacitação geral para equipe, médico. Tem período que fica sem fazer por ter pouco profissional. (E4)

DISCUSSÃO

O cuidado da criança na nova concepção de Rede para os profissionais deste estudo, no contexto das experiências vividas no mundo social (motivos porque), revelou o típico da ação do cuidar⁸, tanto nas diferentes concepções como na área de atuação. Desvelou-se que a realidade do processo de implementação não foi homogênea nos municípios, pois a construção do conhecimento para capacitar multiplicadores continua fragmentada.

Para a construção de novos modelos de atenção integral que priorizem a promoção de saúde e prevenção de agravos, utilizando a educação em saúde de forma participativa e dialogada numa relação social do tipo face a face, faz-se necessário um processo de formação profissional e reflexão sobre as suas práticas, bem como concepções ou mundo da vida que serão reproduzidas no ambiente de trabalho. Portanto, reelaborar os conhecimentos e multiplicá-los em prol do mesmo objetivo em comum, o cuidado da criança, favorecerá a qualificação de uma assistência integralizadora. Contudo, é um desafio para os profissionais deste estudo, operacionalizarem este cuidado, pois além da falta de uniformização no processo de capacitação, também os instrumentos, como o Cartão da Criança, não favorecem o cotidiano de trabalho. Assim sendo, faz-se necessário a aquisição de bagagem de conhecimento no que diz respeito às novas metodologias de cuidado, bem como, à educação em saúde⁸⁻⁹.

Entre os principais fatores que dificultam a utilização adequada do Cartão da Criança relatados pelos profissionais em outro estudo, foi a ausência de capacitação, o tempo insuficiente, a indisponibilidade da carteira no serviço, o sub-registro, a desvalorização e o desconhecimento das mães/famílias¹⁰⁻¹¹.

No que se refere aos exames de triagem neonatal ampliou-se a triagem auditiva, ocular e cardíaca em todo território nacional, embora com diferenças regionais¹². Mas, em municípios

da Regional do presente estudo, o teste auditivo não é realizado na maternidade, antes da alta e a triagem cardíaca deixa de ser realizada por falta de equipamento.

Outra dificuldade apreendida nos discursos dos profissionais é a reorganização dos serviços para implementar a estratificação de risco que ainda não está bem estabelecida, demonstrando a fragilidade do processo e execução das diretrizes programáticas, nacional e estadual²⁻³.

A linha guia da Rede Mãe Paranaense, preconiza a consulta ou a visita domiciliar até o quinto dia pós-nascimento, no intuito de reduzir agravos puerperais e neonatais³. Entretanto, estudo identificou que esta ação não tem sido implementada conforme as normativas ministeriais¹³. Ressalta-se que a visita proporciona maior contato da equipe com a díade mãe-bebê para orientações conforme as necessidades individuais e familiares, para estimular e manejar o aleitamento materno, para atualizar o calendário vacinal e agendar consultas. Em todas as etapas do cuidado, a escuta ativa ou qualificada deve ocorrer por meio da relação face a face entre o profissional e a pessoa que requer cuidado, que no contexto deste estudo é a mulher mãe e seu filho, essa ação de cuidado é permeada pela reciprocidade de intenções⁸⁻⁹.

Uma das ações primordiais na consulta da criança é o incentivo ao aleitamento materno exclusivo, mas os depoimentos revelaram baixa efetividade em seus municípios, tal qual evidenciada em outras pesquisas^{12,14-15}. Torna-se importante destacar que é preciso se chegar à subjetividade das mulheres mães no que concerne ao desejo e a importância do amamentar para si e para o seu filho. Outra ação que deve ser iniciada no pré-natal e tão logo ao nascimento é a consulta odontológica, mas este estudo revelou fragilidade nesse tipo de cuidado.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança é um dos pilares da assistência com base na promoção da saúde e prevenção de agravos, desde que apoiada por evidências científicas, as quais devem guiar o profissional neste cuidado^{11,16}. Apesar de hoje entender-se que saúde não é somente a ausência de doenças, ainda assim, o atendimento da criança fica centrado no médico e o acesso ao serviço de saúde, a integralidade, a orientação familiar e a orientação comunitária são consideradas pontos frágeis da assistência¹⁶⁻¹⁷. Mas, estudo aponta as vantagens nas configurações da atenção primária, bem como o impacto potencial da saúde pública para as ações preventivas com foco nas famílias¹⁸, pois o trabalho em equipe e gerenciamento adequado atende as necessidades dos usuários e promovem mudanças positivas no cuidado da saúde¹⁹.

Propostas como a puericultura em grupo, além das consultas individuais, devem ser exploradas para sanar a limitação da resolutividade e do acesso, bem como otimizar profissionais e a demanda da unidade, pois sendo a atenção primária porta de entrada do sistema de saúde, o acesso deve ser facilitado²⁰. Mas, os discursos dos profissionais

deste estudo revelam que embora haja a captação precoce dos recém-nascidos e os encaminhamentos, a tempo oportuno, por meio da estratificação, ainda assim a consulta da criança privativa do enfermeiro e do médico tem sido delegada, em alguns municípios, ao técnico de enfermagem, gerando baixa procura.

Se a integralidade da assistência à criança não tem sido uma prática cotidiana da atenção primária, espera-se que no mínimo, as de risco sejam priorizadas e referenciadas nos diferentes níveis de atenção. Entretanto, pesquisa mostrou que menos de trinta por cento das crianças de risco eram atendidas rotineiramente, evidenciando a quebra do acompanhamento sistemático e integral²¹. Ressalta-se que ações simples como o preenchimento adequado do Cartão da Criança, o seguimento com consultas sistematizadas, o funcionamento da referência e da contrarreferência são consideradas atributos facilitadores para a qualidade do cuidado, mas ainda não estão sendo operacionalizados no cotidiano da atenção primária^{16,20}. Tais resultados também foram identificados nos depoimentos -dos profissionais em estudo e que almejam resolutividade (motivos para).

A relação intersubjetiva dos profissionais com o mundo complexo de cuidado na atenção primária revela que cada classe profissional interpreta e atribui uma ação, pois, mesmo que haja um objetivo em comum, cada qual tem seus próprios interesses e motivações, que permeiam estas ações e situações face a face, o que nada mais é que uma reciprocidade de intenções⁸, além de experienciarem limitações e dificuldades para operacionalizar a Rede, na perspectiva da integralidade da assistência até aos dois anos de idade da criança.

As fragilidades de novos modelos, programas ou ações devem ser pensadas mediante planejamento prévio à sua implementação em conjunto com os profissionais que irão executá-lo, para que não ocorra a má estruturação como a falta de recursos humanos, físico e material, bem como a má administração de recursos financeiros^{7,21}. Mas, para os gestores, enfermeiros e médicos dos dez municípios deste estudo, os elementos essenciais¹ não estão presentes na operacionalização da Rede, devido às lacunas e, que não necessariamente representam a totalidade da Regional e do Estado, portanto, uma limitação deste estudo. Mas, remete-se para a necessidade de realizar novas pesquisas com outras metodologias para estabelecer medidas resolutivas no fortalecimento da Rede e na qualificação da assistência.

CONCLUSÃO

Por meio da abordagem fenomenológica, compreendeu-se com os grupos sociais estudados, gestores, enfermeiros e médicos, o modo como eles interagem no mundo da vida após a implementação da Rede Mãe Paranaense, podendo-se constituir o típico de suas ações em relação ao cuidado à criança, evidenciando suas necessidades e expectativas.

A proposta de estruturação da Rede trouxe novos arranjos da assistência na contínua busca de regionalização para garantir o acesso, a integralidade e a resolubilidade. Sendo assim, a avaliação, mediante o olhar destes profissionais, é enriquecedora. Entretanto, perpetuam-se implementações tradicionais, desconsiderando os atores que movem o cotidiano do cuidado em um complexo sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. A construção social da atenção primária a saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; [Internet] 2015. [acesso em 2019 mar 10]; Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>
2. Guerra HS, Hirayama AB, Silva AKC, Oliveira BJS, Oliveira JFJ. Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. *Revista Cesumar*. [Internet] 2016 jan/jun; [acesso em 2019 mar 15]; 18(1):73-80. Disponível em: <https://doi.org/10.17765/1518-1243.2016v18n1p73-80>
3. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia. SESA-PR: Curitiba:SES-PR; [Internet] 2017. [acesso em 2019 mar 10]; Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiaemaeparanaense_final_2017.pdf
4. Serapioni M. Conceitos e métodos para a avaliação de programas sociais e políticas públicas. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*. [Internet] 2016 nov; [acesso em 2019 mar 05]; 31(1):59-80. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-34192016000100004&lng=pt&nrm=iso
5. Domingues RMSM, Viellas EF, Dias MAB, Torres JA, Theme-Filha MM, Gama SGN, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. *Rev. panam. salud pública*. [Internet] 2015 mar; [acesso em 2019 jun 20]; 37(3):140-147. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/v37n3a03.pdf>
6. Venâncio SI, Martins MCN, Sanches MTC, Almeida H, Rios GS, Frias PG. Análise de implantação da Rede Amamenta Brasil: desafios e perspectivas da promoção do aleitamento materno na atenção básica. *Cad. Saúde Pública*. [Internet] 2013 Nov; [acesso em 2019 ago 07]; 29(11):2261-2274. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00156712>
7. Topp SM, Abimbola S, Joshi R, Negin J. How to assess and prepare health systems in low- and middle-income countries for integration of services—a systematic review, Health policy plan. [Internet] 2018 mar; [acesso em 2019 ago 10]; 33(2): 298-312. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapol/czx169>
8. Schütz A. Sobre fenomenologia e relações sociais. Petrópolis: Vozes, 2012. 357p.
9. Caldeira S, Luz MS, Tacla MTMG, Machineski GG, Silva RMM, Pinto MPV, Ferrari RAP. Nursing care actions in the Paranaense Mother Network Program. *REME rev. min. enferm*. [Internet] 2017 Abr. [acesso em 2019 dez 13]; 21 (e-992): 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20170002>
10. Osaki K, Hattori T, Toda A, Mulati E, Hermawan L, Pritasari K, et al. Maternal and Child Health Handbook use for maternal and child care: a cluster randomized controlled study in rural Java, Indonesia. *J. public health (Oxf)*. [Internet] 2019 mar. [acesso em 2019 dez 15]; 40(1): 1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fox175>
11. Silva FB, Gaíva MAM, Mello DF. Use of the child health record by families: perceptions of professionals. *Texto & contexto enferm*. [Internet] 2015 June; [acesso em 2019 dez 17]; 24(2):407-414. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000212014>
12. Jaime PC, Frias PG, Monteiro HOC, Almeida PVB, Malta DC. Assistência em saúde e alimentação não saudável em crianças menores de dois anos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil, 2013. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. (Online)*. [Internet] 2016 June; [acesso em 2019 mar 17]; 16(2):149-157. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042016000200005>
13. Aires LCP, Santos EKA, Costa R, Borck M, Custódio ZAO. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. *Rev. gaúcha enferm. (Online)*; [Internet] 2015 Out; [acesso em 2019 dez 17]; 36(spe):224-232. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56805>

14. Brandão DS, Venancio SI, Giugliani ERJ. Association between the Brazilian Breastfeeding Network implementation and breastfeeding indicators. *J. Pediatr (Online)*. [Internet] 2015 Apr; [acesso em 2019 nov 03]; 91(2):143-151. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2014.06.009>.
15. Silva RMM, Caldeira S, Toninato APC, Ferrari RAP, Caldeira S, Zilly A. Promoção do aleitamento materno: práticas de médicos e enfermeiros da atenção primária à saúde. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*. [Internet] 2019; [acesso em 2019 out 21]; 9:e3335. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3335>
16. Silva SA, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. bras.enferm.* [Internet] 2016 Fev; [acesso em 2019 mar 21]; 69(1):54-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>
17. Menezes ELC, Scherer MDA, Verdi MI, Pires DP. Modos de produzir cuidado e a universalidade do acesso na atenção primária à saúde. *Saúde Soc.* [Internet] 2017 Dez; [acesso em 2019 jan 14]; 26(4):888-903. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170497>.
18. Leslie LK, Mehus CJ, Hawkins JD, Boat T, McCabe MA, Barkin S, et al. Primary health care: potential home for family-focused preventive interventions. *Am. j. prev. med.* [Internet] 2016; [acesso em 2019 ago 03]; 51 (4)106–118. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.05.014>
19. Carrapato JFL, Castanheira ERL, Placideli N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. *Saúde Soc.* [Internet] 2018 Jun; [acesso em 2019 mar 03]; 27(2):518-530. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018170012>
20. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. [Internet] 2016 Set; [acesso em 2019 nov 04]; 21(9):2961-2973. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>
21. Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. *Rev. bras. enferm.* [Internet] 2014 Abr; [acesso em 2019 nov 14]; 67(2):274-281. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140037>.

RECEBIDO: 09/08/2020

ACEITO: 11/11/2020