



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**



**DESAFIOS NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA CRIANÇA POR MÉDICOS
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

UBERLÂNDIA

2019

FRANCIS JARDIM PFEILSTICKER

**DESAFIOS NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA CRIANÇA POR MÉDICOS
DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Mestrado Profissional – da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito obrigatório para a defesa de Mestrado.

Orientador: Wallisen Tadashi Hattori

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

P527 2019	<p>Pfeilsticker, Francis Jardim, 1974- Desafios no atendimento à Saúde da Criança por médicos da Estratégia de Saúde da Família [recurso eletrônico] / Francis Jardim Pfeilsticker. - 2019.</p> <p>Orientador: Wallisen Tadashi Hattori. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia, Pós-graduação em Saúde da Família. Modo de acesso: Internet. Disponível em: http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2101 Inclui bibliografia. Inclui ilustrações.</p> <p>1. Ciências médicas. I. Tadashi Hattori, Wallisen, 1978-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós- graduação em Saúde da Família. III. Título.</p>	CDU: 61
--------------	---	---------

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074

FOLHA DE APROVAÇÃO

Francis Jardim Pfeilsticker

Desafios no atendimento à Saúde da Criança por médicos da Estratégia de Saúde da Família.

Presidente da banca: Wallisen Tadashi Hattori

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

MEMBROS DA BANCA EXAMINADORA:

1. Prof. Dr. Wallisen Tadashi Hattori (Universidade Federal de Uberlândia).
2. Profa. Dra. Ana Elisa Madalena Rinaldi (Universidade Federal de Uberlândia).
3. Profa. Dra. Rosuíta Fratari Bonito.

DEDICATÓRIA

*À minha família, impulsionadora na conquista dos
meus sonhos!*

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Wallisen Tadashi Hattori pela paciência, dedicação e orientação.

Aos Professores do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, que com sua leveza transmitiram tanto conhecimento e tornaram os encontros mais que esperados.

À Fiocruz, instituição que coordena o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), por ter me proporcionado o ingresso em um mestrado, que trouxe mais significado à minha profissão.

Aos meus colegas do mestrado, que amenizaram e compartilharam inseguranças e angústias, me permitindo saber que eu não estava no barco sozinha.

Às crianças e famílias que acompanho e que foram o verdadeiro motivo do tema deste trabalho. Que ele sirva para impulsionar melhorias nas vidas de cada um que é assistido por nós.

“...Eis que acode meu coração

*e oferece, como uma flor,
a doçura desta lição:
dar a meu filho meu amor.*

*Pois o amor resgata a pobreza,
vence o tédio, ilumina o dia
e instaura em nossa natureza
a imperecível alegria.”*

*Carlos Drummond de Andrade
(do poema “Diante de uma criança”)*

RESUMO

O atendimento em Saúde da Criança por médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) fundamenta-se em recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Torna-se necessário identificar as dificuldades dos médicos da ESF para ofertarem assistência em Saúde da Criança no município de Patos de Minas - MG, já que a assistência na Atenção Básica é prestada pela ESF em quase todo o território neste município. Foi aplicado questionário estruturado aos 42 médicos que atuam na ESF, com questões específicas relacionadas ao perfil profissional e da equipe da ESF na qual está inserido, e quanto às ações em Saúde da Criança na anamnese, exame físico, exames laboratoriais e orientações. Foram realizadas análises descritivas apresentando frequências absoluta e percentual das variáveis categóricas e médias e desvios padrões das variáveis métricas. Trinta e dois médicos (76,2%) responderam o questionário. O principal motivo para os médicos estarem na ESF foi o interesse pelo trabalho na Atenção Básica (78,0%). As dificuldades mais frequentes relacionadas à equipe foram a falta de realização dos grupos de puericultura (40,6%) e a ausência da puericultura compartilhada com o enfermeiro (40,6%). Os participantes apontaram que as habilidades clínicas e a abordagem familiar são fatores que dificultam a realização da consulta de puericultura. As dificuldades apresentadas pelos médicos foram quanto às habilidades no exame físico do recém-nascido, principalmente exame dos olhos (59,3%), audição (62,5%) e avaliação neurológica (53,1%). Dentre os testes oftalmológicos na infância a dificuldade variou de 68,7% para acuidade visual até 93,7% para o teste de cobertura. Dificuldades relacionadas à estrutura física inadequada e/ou inexistência de equipamento ocorreram para a realização do Teste do Olhinho (34,4%) e para a aferição de pressão arterial (68,6%). Dificuldades devidas ao desconhecimento de recomendações do Ministério da Saúde ocorreram com o rastreamento de anemia (15,6%) e rastreamento do perfil lipídico (40,6%). Quanto às orientações 15,6% dos médicos não abordam as curvas de Índice de Massa Corporal com as famílias, assim como 18,7% não abordam assuntos relacionados às diversas formas de violência na infância. As dificuldades identificadas nos médicos quanto às habilidades clínicas, podem estar relacionadas à qualidade de formação na graduação, que ocorre por não enfatizar todas as competências necessárias para a adequada assistência em Saúde da Criança na Atenção Básica, assim como à ausência ou ineficácia de educação permanente durante o exercício profissional. A assistência à criança em Patos de Minas apresenta falhas, que estão relacionadas a fragilidades dos médicos, à estrutura física e de equipamentos e às equipes da Estratégia de Saúde da Família.

PALAVRAS-CHAVE: estratégia saúde da família; médicos de família; pediatria; saúde da criança; educação médica.

ABSTRACT

Child health care by physicians of the Family Health Strategy (ESF) is based on recommendations of the Ministry of Health and the Brazilian Society of Family and Community Medicine. It is necessary to identify the difficulties of the physicians of the ESF to offer assistance in Child Health in the municipality of Patos de Minas-MG, since the assistance in Primary Care is provided by the ESF in almost all the territory of this municipality. A structured questionnaire was applied to the 42 physicians who work at the ESF, with specific questions related to the professional profile and the ESF team in which it is inserted, and regarding child health care actions in the anamnesis, physical examination, laboratory tests and orientations. A descriptive analysis of the absolute and percent frequencies of the categorical variables was made; and the means and standard deviation of the metric variables. Thirty-two physicians (76.2%) answered the questionnaire. The main reason for the doctors to be in the ESF was interest in the work of Primary Care (78%). The most frequent difficulties related to the team were the lack of fulfillment of childcare groups (40.6%) and the absence of child care shared with the nurse (40.6%). Participants pointed out that clinical skills and family approach are factors that make it difficult to perform childcare appointments. The difficulties presented by the physicians were related to the skills in the physical examination of the newborn, mainly eye examination (59.3%), hearing (62.5%) and neurological evaluation (53.1%). Among ophthalmologic tests in childhood, the difficulty ranged from 68.7% for visual acuity to 93.7% for the coverage test. Difficulties related to inadequate physical structure and / or lack of equipment occurred for the Eye Test (34.4%) and for the blood pressure measurement (68.6%). Difficulties due to ignorance of recommendations of the Ministry of Health occurred with anemia screening (15.6%) and lipid profile screening (40.6%). Regarding the orientations, 15.6% of physicians do not address Body Mass Index (BMI) curves with families, and 18.7% do not approach issues related to various forms of violence in childhood. The difficulties identified in physicians regarding clinical skills, may be related to the quality of undergraduate training, which occurs because it does not emphasize all the necessary competences for adequate assistance in Child Health in Primary Care, as well as the absence or ineffectiveness of permanent education during professional practice. Childcare in Patos de Minas presents flaws, which are related to the frailties of physicians, the physical structure and equipment and the teams of Family Health Strategy.

KEYWORDS: family health strategy; family physicians; pediatrics; child health; medical education.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição dos participantes segundo as características do perfil do médico e da equipe da ESF em Patos de Minas – MG, 2018 e 2019

TABELA 2: Distribuição dos participantes segundo dificuldades para a assistência à Saúde da Criança em Patos de Minas – MG, 2018 e 2019

TABELA 3: Distribuição dos participantes segundo às ações e dificuldades ao fim da consulta na ESF em Patos de Minas MG, 2018 e 2019

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AB	Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MFC	Medicina de Família e Comunidade
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEP	Programa de Educação Permanente
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	20

CAPÍTULO 2

3. ARTIGO	21
4. REFERÊNCIAS	39
5. ANEXOS	44

CAPÍTULO 1

1. INTRODUÇÃO

A Declaração de Alma-Ata, criada há 41 anos na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde enfatizou que, os cuidados primários de saúde são fundamentais para se alcançar a saúde como um bem-estar biopsicossocial, direito fundamental do ser humano. Foi proposta a concepção de que os cuidados primários de saúde devem ser inseridos nos locais onde as pessoas estão, sendo, portanto, o primeiro nível de contato das pessoas com um sistema de saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978). A proposta desta conferência, que evidenciava a importância da integralidade e da participação social para o enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, veio para responder às dúvidas dos modelos de assistência vertical da Organização Mundial de Saúde, que nem sempre refletiam as reais necessidades das populações, e de um modelo de assistência médica, que se tornava cada vez mais intervencionista e especializado (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Na década de 1980, teve início o Programa de Agentes de Saúde no Ceará, que surgiu com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil naquele local. As Agentes de Saúde eram moradoras das regiões que mais necessitavam de assistência. O programa obteve grande sucesso e impulsionou a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que foi expandido para todo o país já na década de 1990. No início desta década, além do PACS, emergem outros programas de Atenção Básica, como em Porto Alegre (Medicina Geral e Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição), Rio de Janeiro (Programa Médico de Família de Niterói) e Ceará (Saúde da Família). Baseado nestas experiências, iniciou-se no Brasil, o Programa de Saúde da Família no ano de 1994 (SAMPAIO; MENDONÇA; LERMEN JÚNIOR, 2012). Em 1997, este programa foi transformado em estratégia, agora não com enfoque apenas nas populações carentes e de maior vulnerabilidade, mas que abrange toda população e articula com todos os níveis da atenção em saúde, sendo, portanto, coordenadora de assistência facilitando o cuidado integral e continuado. A Estratégia de Saúde da Família surgiu para o fortalecimento das ações preventivas e, principalmente, com o objetivo de promoção da saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), editada em 2012, enfatiza o reconhecimento da Saúde da Família como reorganizadora da Atenção Básica e como porta de entrada do sistema de saúde. A Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, estabeleceu

a revisão destas diretrizes, reafirmando que a Atenção Básica deve ser o primeiro contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde, sendo que esta deve ser organizada, prioritariamente, através da Estratégia de Saúde da Família. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) a equipe que presta cuidado é multiprofissional, sendo o médico generalista o profissional da atenção básica que a integra (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Esta equipe pode ser composta pelo médico generalista ou por um médico especialista em Saúde da Família ou ainda, por um médico com residência em Medicina de Família e Comunidade, além das outras categorias profissionais (BRASIL, 2012a).

A implantação da PNAB para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) vem encontrando várias dificuldades ao longo dos anos. Um dos fatores que contribui para o enfraquecimento do SUS é a dificuldade de acesso à Atenção Básica (AB). Este entrave ocorre devido ao subfinanciamento dos serviços, à mudança da gestão a cada 4 anos, que descontinua programas já implantados, à cobertura insuficiente da ESF e ao número insuficiente de profissionais para assistência (LIMA et al., 2015). Quanto aos recursos humanos, além do número insuficiente de médicos, ressaltam-se a inadequada formação do mesmo já que não foi preparado para atuar neste nível de atenção e a remuneração que muitas vezes é inferior às outras especialidades médicas (MAGNAGO; PIERANTONI, 2015).

Estes fatores, juntamente com a ausência ou irregularidade dos vínculos trabalhistas, constituem desafio para que haja fixação do médico nas Equipes de Saúde da Família e diminua a rotatividade deste profissional (MENDONÇA et al., 2010). O médico que atua na Estratégia da Saúde da Família aponta que, os fatores relacionados à dificuldade de trabalho, estão ligados à sua desvalorização, que ocorre pelos próprios colegas que possuem outra especialidade já que, durante a graduação, ainda se valoriza muito a formação do especialista. Relatam que há sobrecarga física e emocional, pois muitas vezes, precisam conduzir casos complexos, que não são da AB. A fragilidade em capacitação na área de medicina de família merece destaque e é apontada como uma demanda dos próprios médicos que trabalham na área (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011). É necessário que a formação médica seja revisada para ressaltar o enfoque na formação, que reforça a responsabilidade social do profissional e para que haja oferta de educação permanente após a graduação (MELO et al., 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), de 2014, já estão em consonância com as diversas transformações que vem ocorrendo no Sistema Único de Saúde desde a implantação do Programa de Saúde da Família em 1994 e preconiza que:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014, p.1).

A educação médica, que proporciona ao graduando maior contato com a comunidade, através da inserção no serviço de saúde (integração ensino-serviço-comunidade) desde o primeiro ano do curso, é capaz de formar um profissional com o perfil indicado pelas DCN, com habilidades necessárias para atuar junto ao SUS, sabendo agir de forma crítica e reflexiva e conseguindo atuar em equipe multidisciplinar (SANTOS JÚNIOR et al., 2019)

Mesmo com muitos obstáculos, a ESF vem se expandindo e abrangendo uma parcela cada vez maior da população, com uma AB focada em atender as demandas da família e da comunidade, procurando fazer com que seja um direito do cidadão. De acordo com o conceito de longitudinalidade a prestação de cuidado na AB pressupõe a assistência em todos os ciclos de vida, desde a gestação até a senilidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Como parte da história da transformação do modelo de assistência no país a atenção à Saúde da Criança também sofreu uma mudança nos últimos 50 anos. A assistência tinha seu foco voltado para a criança doente, ao atendimento por demanda espontânea, quer seja nas unidades de saúde ou nos prontos atendimentos, sendo que, a desnutrição e as doenças infecciosas, contribuíam para o aumento da mortalidade infantil. Com a implantação do Programa de Saúde da Família e o foco de atuação dos profissionais em prevenção, promoção de saúde e recuperação de doenças mais prevalentes, a mortalidade infantil reduziu em 7,2% do ano 2000 (40,2%) para o ano 2010 (33,0%) (CORRÊA; LEÃO; SENA, 2013).

Para fundamentar a assistência à população infantil, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015, que objetiva a promoção e proteção do aleitamento materno e saúde da criança principalmente antes dos cinco anos de vida (0 a 5 anos), tendo como especial enfoque as populações vulneráveis. O programa visa reduzir a mortalidade infantil e promover condições propícias para uma vida digna e que, facilite o desenvolvimento infantil pleno (BRASIL, 2015).

O desenvolvimento infantil pleno está intimamente ligado ao crescimento infantil adequado, ao desenvolvimento emocional, à família e ao relacionamento entre seus membros.

De acordo com Mondin (2005), as famílias, desde o início do milênio, têm apresentado abalos devido às condições sócio econômicas do país. Os pais, que permanecem cada vez mais fora do ambiente doméstico em virtude das demandas do trabalho, destinam cada vez menos tempo aos cuidados dos filhos. Estes, por sua vez, encontram ocupação diante das televisões e *videogames*. Christakis et al. (2013) evidenciaram que a redução de exposição a programas violentos e aumento à programação que favorece ações pró sociais, é capaz de afetar o comportamento da criança de maneira positiva. Desde a década de 90 a internet se expandiu e chegou ao cotidiano das famílias. É importante mencionar que, os acessos não se relacionam a um fim específico como estudos ou trabalho (TERRES-TRINDADE; MOSMANN, 2016). Esta utilização de mídias digitais em excesso, tende a acarretar problemas de desenvolvimento cognitivo, linguagem, interação social e problemas emocionais (TOMOPOULOS et al., 2010).

A questão da obesidade infantil também vem interferindo no crescimento saudável. Um estudo amplo realizado com a participação da Organização Mundial de Saúde evidenciou que crianças e adolescentes (5 a 19 anos) com obesidade serão mais frequentes no mundo em 2022 do que desnutridos moderados e graves. Houve um aumento de cerca de 7% de obesos nesta faixa de idade em 41 anos. Os fatores relacionados são o aumento de consumo de alimentos a base de carboidratos processados e dificuldade de acesso, em termos financeiros, a alimentos nutritivos e saudáveis pelas famílias mais pobres (ABARCA-GÓMEZ et al., 2017).

Outra questão muito presente nos dias atuais é a situação de violência na infância. Quando ocorre, pode gerar uma repercussão extremamente negativa para o crescimento e desenvolvimento da criança, podendo trazer graves consequências físicas e psicológicas para a vida adulta. Nunes e Sales (2016), através de revisão de literatura, identificaram que, a negligência é o principal tipo de violência, os pais são os principais responsáveis e o ambiente doméstico o principal local de ocorrência. Abordar a questão de violência em crianças, torna-se imprescindível quando se pensa em promoção de saúde e prevenção de agravos.

Juntamente com as abordagens de crescimento e desenvolvimento é preciso que se tenha uma visão do biopsicossocial não só da criança, mas de toda sua família e da comunidade na qual todos estão inseridos, para que se possa perceber todo o conjunto de ações necessárias para viabilizar a chegada à vida adulta com a saúde adequada. O Caderno do Ministério da Saúde sobre Saúde da Criança tem por objetivo servir como uma ferramenta de suporte à assistência nesta faixa etária (BRASIL, 2012b). Nele estão as atribuições necessárias para a atuação do médico na AB, englobando, portanto, o médico que atua na

Estratégia de Saúde de Família. Estas atribuições abrangem as ações de puericultura, sendo então abordados todos os aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento das crianças, rastreamento de alterações oftálmicas, auditivas e níveis pressóricos, assim como enfatiza o cumprimento das atribuições gerais do médico preconizadas na PNAB 2012; que trata da realização da consulta clínica e atuação nos espaços comunitários (BRASIL, 2012a). Estas atribuições foram mantidas na PNAB de 2017. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade define algumas competências médicas para o atendimento da criança, especificando ações que são pré-requisitos essenciais e desejáveis: realização de anamnese e exame físico, avaliação do crescimento e desenvolvimento, manejo de doenças, problemas e urgências mais frequentes e quando for o caso, de maneira compartilhada com o especialista, orientação vacinal, apoio à família em situações de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, doença crônica, problemas comportamentais, abordagem e conhecimento de situações de risco e vulnerabilidade, além de orientação sobre alimentação e prevenção de acidentes (LERMEN JUNIOR, 2014).

Uma revisão da literatura realizada em 2016 levantou dados sobre AB em Saúde da Criança no Brasil. O estudo teve uma abrangência de 10 anos. Evidenciou-se que a ampliação da ESF facilitou a acessibilidade, porém com pouca resolutividade e integralidade. Os atributos de coordenação do cuidado e longitudinalidade foram pouco pesquisados nos trabalhos. Apenas um estudo tratou sobre orientação familiar, mas mostrou um resultado desfavorável com falha na interação da equipe com a família (DAMASCENO et al., 2016).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS), que deveriam funcionar como portas de entrada no sistema, ainda permanecem como mais uma opção para o atendimento, o que compromete a Estratégia de Saúde da Família como coordenadora do cuidado. Estudo realizado em 2011 em um município de Minas Gerais, apontou que, ainda há predominância do modelo biomédico. Observou-se, que ações que deveriam estar presentes em puericultura, estavam ausentes ou incompletas como registro das curvas de crescimento e escalas de desenvolvimento (COSTA et al., 2011).

Em outra região de Minas Gerais foi verificado que, também existem vários problemas que dificultam o funcionamento da ESF de acordo com os atributos preconizados pela AB: dificuldade na acessibilidade, integralidade, orientação familiar, além da falta de comunicação adequada entre usuários do serviço de saúde e os profissionais (SILVA; FRACOLLI, 2016).

Conforme dados levantados no último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem-se observado redução da base da pirâmide populacional, principalmente devido à redução da taxa de fecundidade. Apesar de haver esta redução, a

população que envolve crianças de 0 a 9 anos constitui um total de 15,1% da população total do país (IBGE, 2010).

Devido ao número expressivo de cidadãos brasileiros nesta faixa etária e dos diversos obstáculos, que a Estratégia de Saúde da Família vem encontrando desde sua implantação para se tornar eficiente em relação à assistência em saúde, torna-se necessário o conhecimento das possíveis dificuldades apresentadas no atendimento médico neste nível de atenção. As dificuldades apresentadas prejudicam ações de educação em saúde, assim como ações preventivas e de promoção em saúde.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste estudo foi identificar como está o atendimento em Saúde da Criança pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Patos de Minas.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil do profissional médico e da equipe, que atuam na Estratégia de Saúde da família;
- Identificar as dificuldades dos médicos no atendimento em Saúde da Criança na consulta médica: anamnese, exame físico e solicitação de exames;
- Identificar as dificuldades dos médicos no atendimento em Saúde da Criança quanto as orientações que devem ser dadas ao final de cada consulta;
- Identificar o conhecimento das formas de violência na infância;
- Identificar se há abordagem das famílias sobre as formas de violência na infância.

CAPÍTULO 2

3. ARTIGO

DESAFIOS NO ATENDIMENTO À SAÚDE DA CRIANÇA POR MÉDICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Francis Jardim Pfeilsticker, Everton Edjar Atadeu da Silva, Sara Toledo Quintino e Wallisen Tadashi Hattori

RESUMO

O atendimento em Saúde da Criança por médicos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) fundamenta-se em recomendações do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Torna-se necessário identificar as dificuldades dos médicos da ESF para ofertarem assistência em Saúde da Criança no município de Patos de Minas - MG, já que a assistência na Atenção Básica é prestada pela ESF em quase todo o território neste município. Foi aplicado questionário estruturado aos 42 médicos que atuam na ESF, com questões específicas relacionadas ao perfil profissional e da equipe da ESF na qual está inserido, e quanto às ações em Saúde da Criança na anamnese, exame físico, exames laboratoriais e orientações. Foi feita uma análise descritiva das frequências absoluta e percentual das variáveis categóricas; e das médias e desvio padrão das variáveis métricas. Trinta e dois médicos (76,2%) responderam o questionário. O principal motivo para os médicos estarem na ESF foi o interesse pelo trabalho na Atenção Básica (78%). As dificuldades mais frequentes relacionadas à equipe foram a falta de realização dos grupos de puericultura (40,6%) e a ausência da puericultura compartilhada com o enfermeiro (40,6%). Os participantes apontaram que as habilidades clínicas e a abordagem familiar são fatores que dificultam a realização da consulta de puericultura. As dificuldades apresentadas pelos médicos foram quanto às habilidades no exame físico do recém-nascido, principalmente exame dos olhos (59,3%), audição (62,5%) e avaliação neurológica (53,1%). Dentre os testes oftalmológicos na infância a dificuldade variou de 68,7% para acuidade visual até 93,7% para o teste de cobertura. Dificuldades relacionadas à estrutura física inadequada e/ou inexistência de equipamento ocorreram para a realização do Teste do Olhinho (34,4%) e para a aferição de pressão arterial (68,6%). Dificuldades devidas ao desconhecimento de recomendações do Ministério da Saúde ocorreram com o rastreamento de anemia (15,6%) e rastreamento do

perfil lipídico (40,6%). Quanto às orientações 15,6% dos médicos não abordam as curvas de Índice de Massa Corporal (IMC) com as famílias, assim como 18,7% não abordam assuntos relacionados às diversas formas de violência na infância. As dificuldades identificadas nos médicos quanto às habilidades clínicas, podem estar relacionadas à qualidade de formação na graduação, que ocorre por não enfatizar todas as competências necessárias para a adequada assistência em Saúde da Criança na Atenção Básica, assim como à ausência ou ineficácia de educação permanente durante o exercício profissional. A assistência à criança em Patos de Minas apresenta falhas, que estão relacionadas a fragilidades dos médicos, à estrutura física e de equipamentos e às equipes da Estratégia de Saúde da Família.

PALAVRAS CHAVE: estratégia saúde da família; médicos de família; pediatria; saúde da criança; educação médica.

ABSTRACT

Child health care by physicians of the Family Health Strategy (ESF) is based on recommendations of the Ministry of Health and the Brazilian Society of Family and Community Medicine. It is necessary to identify the difficulties of the physicians of the ESF to offer assistance in Child Health in the municipality of Patos de Minas-MG, since the assistance in Primary Care is provided by the ESF in almost all the territory of this municipality. A structured questionnaire was applied to the 42 physicians who work at the ESF, with specific questions related to the professional profile and the ESF team in which it is inserted, and regarding child health care actions in the anamnesis, physical examination, laboratory tests and orientations. A descriptive analysis of the absolute and percent frequencies of the categorical variables was made; and the means and standard deviation of the metric variables. Thirty-two physicians (76.2%) answered the questionnaire. The main reason for the doctors to be in the ESF was interest in the work of Primary Care (78%). The most frequent difficulties related to the team were the lack of fulfillment of childcare groups (40.6%) and the absence of child care shared with the nurse (40.6%). Participants pointed out that clinical skills and family approach are factors that make it difficult to perform child care appointments. The difficulties presented by the physicians were related to the skills in the physical examination of the newborn, mainly eye examination (59.3%), hearing (62.5%) and neurological evaluation (53.1%). Among ophthalmologic tests in childhood, the difficulty ranged from 68.7% for visual acuity to 93.7% for the coverage test. Difficulties related to inadequate physical structure and / or lack of equipment occurred for the Eye Test (34.4%) and for the blood pressure measurement (68.6%). Difficulties due to ignorance of

recommendations of the Ministry of Health occurred with anemia screening (15.6%) and lipid profile screening (40.6%). Regarding the orientations, 15.6% of physicians do not address Body Mass Index (BMI) curves with families, and 18.7% do not approach issues related to various forms of violence in childhood. The difficulties identified in physicians regarding clinical skills, may be related to the quality of undergraduate training, which occurs because it does not emphasize all the necessary competences for adequate assistance in Child Health in Primary Care, as well as the absence or ineffectiveness of permanent education during professional practice. Child care in Patos de Minas presents flaws, which are related to the frailties of physicians, the physical structure and equipment and the teams of Family Health Strategy.

KEYWORDS: family health strategy; family physicians; pediatrics; child health; medical education.

INTRODUÇÃO

Os cuidados primários em saúde são essenciais para se garantir a saúde como um bem-estar biopsicossocial, conforme foi declarado em Alma-Ata há 41 anos. Nesta conferência foi proposto que, estes cuidados com o indivíduo, devem ser inseridos nos locais onde as pessoas estão constituindo, portanto, o primeiro contato do sistema de saúde com as mesmas¹.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi revisada em 2017 e mantém a recomendação de que, a Atenção Básica deve ser organizada preferencialmente, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e destaca que, ela deve ser o primeiro contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde².

Várias dificuldades vêm ocorrendo desde que surgiu a ESF em 1997. Fatores diversos contribuem para seu enfraquecimento, como a desvalorização do médico que atua na Atenção Básica (AB) por seus pares, o número excessivo de consultas, o pouco vínculo com a equipe na qual está inserido e a capacitação ineficaz em Saúde da Família³. Como o médico, que trabalha na ESF, é um profissional que presta cuidados às diversas faixas etárias, desde a concepção até a senilidade, também acompanha a criança desde a fase neonatal⁴.

A assistência em Saúde da Criança no Brasil vem apresentando diversas fragilidades nos atributos da Atenção Básica. Trabalho de revisão de literatura mostrou que, com a ESF, houve melhora da acessibilidade, porém com ineficácia da integralidade e da resolutividade⁵. Ações que deveriam ser realizadas na puericultura não são feitas ou são realizadas de maneira incompleta como o registro nas escalas de desenvolvimento e nas curvas de crescimento⁶. A

falta de adequada comunicação entre os profissionais e usuários das unidades de AB também foi apontada em estudo uma microrregião de Minas Gerais⁷.

Em 2015 o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de promover o aleitamento materno e proteger a Saúde da Criança principalmente antes dos cinco anos de vida (0 a 5 anos). O principal objetivo do programa é a redução da mortalidade infantil e promoção de uma vida digna para garantir um desenvolvimento infantil pleno⁸.

O Ministério da Saúde define atribuições necessárias para fundamentar a assistência à criança no Caderno de Atenção Básica sobre crescimento e desenvolvimento. Juntamente com a PNAB de 2012, cujas atribuições foram ratificadas em 2017, e a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, abrangem ações de puericultura, rastreamento de alterações oftálmicas, auditivas e níveis pressóricos, acompanhamento de doenças, além de atribuições comuns aos médicos da Atenção Básica^{2,9,10,11}.

Em 2010 o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) evidenciou no Brasil, que a população infantil, de 0 a 9 anos de idade tem reduzido principalmente, devido a diminuição da taxa de fecundidade. No entanto, o número de crianças ainda é significativo totalizando 15,1% da população brasileira¹². Assim como a população infantil no país vem reduzindo, Patos de Minas também vem apresentando esta tendência: no ano 2000 havia 17,3% da população, de crianças de 0 a 9 anos, e em 2009 havia 14,9% da população, de crianças de 0 a 9 anos (estimativa populacional de 149.856 habitantes em 2016)¹³.

É necessário que se identifiquem as dificuldades relacionadas ao atendimento da criança neste município e assim, propor ações de educação em saúde para os médicos que atuam na ESF, viabilizando uma melhoria da assistência neste ciclo de vida. O objetivo deste estudo foi identificar como está o atendimento em Saúde da Criança (de 0 a 9 anos) pelos médicos da Estratégia de Saúde da Família no município de Patos de Minas apontando as dificuldades para a assistência.

METODOLOGIA

Caracterização da ESF em Patos de Minas

Em Patos de Minas, a ESF possui 40 equipes com uma cobertura de 95 a 97% da população. Seriam necessárias mais duas equipes para a cobertura de todo o território, pois cada equipe possui uma área adscrita com cerca de 3500 pessoas, indicando que a assistência em Saúde da Criança deve estar sendo provida pela ESF em quase todo o território.

Participantes

Este estudo transversal, quantitativo, descritivo foi desenvolvido no município de Patos de Minas, a 415 Km de Belo Horizonte, na macrorregião Noroeste de Minas Gerais. Foram convidados todos os médicos da Estratégia de Saúde da Família do município, totalizando 42 pessoas, sendo que dois destes médicos eram residentes de Medicina de Família e Comunidade.

Instrumento

Foi elaborado um questionário baseado em estudo semelhante abordando médicos da Estratégia de Saúde da Família em relação à saúde da mulher¹⁴. O questionário era estruturado e continha perguntas sobre o perfil do médico, incluindo sua formação, assim como o perfil da equipe de saúde na qual estava inserido. Para o segmento sobre Saúde da Criança, que englobava a faixa etária de 0 a 9 anos, as questões continham dados sobre anamnese (abordagem sobre antecedentes pessoais, história familiar, desenvolvimento neuropsicomotor, conferência do calendário vacinal, conferência do Teste da Orelhinha), exame físico (do recém nascido, por se tratar de um exame físico mais completo e minucioso; testes oftalmológicos na infância, aferição de pressão arterial), solicitação de exames laboratoriais (rastreamento de anemia e do perfil lipídico), orientações (profilaxia de anemia, introdução alimentar no lactente, progressão alimentar do lactente, recomendação de imunobiológicos especiais, prevenção de acidentes, promoção de saúde (lazer, alimentação, estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor, atividade física, hábitos de leitura, controle do uso de produtos eletrônicos), interação familiar, preenchimento, interpretação e abordagem das curvas de crescimento) e violência (conhecimento sobre as formas de violência e abordagem com a família) conforme recomendações previstas na Atenção Básica^{2,9,11}. Após as questões estruturadas havia uma questão que permitia ao participante justificar o motivo da não realização da habilidade questionada. Houve também a inserção de perguntas abertas onde foi possível discorrerem sobre as principais dificuldades na realização da puericultura e sobre quais assuntos eram abordados com as famílias durante as consultas.

Procedimentos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Parecer 2.731.737). Um questionário piloto foi aplicado aos médicos da ESF do Programa de Pós Graduação em Saúde da Família da UFU/FIOCRUZ. Após este procedimento, o questionário, utilizando a ferramenta *Google Docs*, foi enviado por correio eletrônico institucional e respondido após aceitarem o Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido. A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2018, janeiro e fevereiro de 2019.

Análise de dados

Os médicos foram divididos em dois grupos em relação ao tempo de formado (menor e maior ou igual a 3 anos) e quanto ao fato de terem ou não qualificação em MFC (residência ou especialidade e/ou título de especialista). Determinou-se o ponto de corte em 3 anos para o tempo de formado, já que caso o médico percebesse alguma necessidade de melhoria na atuação profissional, como residência ou especialização, houvesse tempo para esta qualificação¹⁴.

Realizou-se a análise descritiva das variáveis categóricas apresentando-se as frequências absolutas e percentuais e para as variáveis métricas utilizando-se médias e desvios padrões. Nestas análises, incluiu-se as variáveis que caracterizam os participantes, a equipe da ESF e as principais dificuldades evidenciadas na consulta médica.

Para análise estatística, foram utilizados os testes de normalidade de Komolgorov-Smirnov. Para as variáveis categóricas, utilizou-se o teste Qui-quadrado e para as comparações de grupos com variável dependente métrica, o teste Mann-Whitney. Análise univariada da variável Tempo de Formado com todas as outras variáveis categóricas, e da variável Residência/Especialização em MFC com todas as outras variáveis categóricas. Para todos os testes, adotamos o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Os questionários foram respondidos por 32 (76,2%) dos 42 médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família de Patos de Minas.

A Tabela 1 mostra as características gerais dos médicos e de sua equipe. A média de idade foi de 38,25 anos (DP 9,88 anos), sendo 21 (66,0%) profissionais do sexo feminino e 11 (34,0%) do sexo masculino.

A maioria dos participantes (78,0%) era formada há 3 anos ou mais, assim como atuava na ESF (66,0%) há 3 anos ou mais. Cerca de um terço dos participantes (34,0%) possuía qualificação em MFC (residência ou especialização). Observou-se que 84,0% dos participantes seguiam a periodicidade recomendada para as consultas de puericultura. Não houve diferença estatisticamente significativa de Periodicidade da Consulta de Puericultura ao cruzar com a variável Residência/Especialização em MFC, porém todos os participantes que

possuíam a formação em MFC, seguiam esta periodicidade de consultas. A formação não é essencial, mas talvez seja um facilitador para desenvolver esta ação.

Tabela 1

Distribuição dos participantes segundo as características do perfil do médico e da equipe da ESF em Patos de Minas – MG, 2018 e 2019

Características	n = 32	n %
Perfil do médico		
Tempo de formado		
Até 3 anos	7	22,0
Acima ou igual a 3 anos	25	78,0
Tipo de faculdade		
Pública	8	25,0
Privada	21	66,0
Fundações	3	9,4
Residência ou Especialização em MFC	11	34,0
Motivos para trabalhar na ESF		
Gosta de trabalhar na Atenção Básica	25	78,0
Salário/Emprego/Horário de trabalho	14	44,0
Gosta do contato com a Comunidade	18	56,0
Sem outra opção de trabalho	1	3,1
Aprendizado	2	6,3
Tempo de atuação na ESF		
Até 3 anos	11	34,0
Acima ou igual a 3 anos	21	66,0
Perfil da equipe da ESF	30	94,0
Equipe como contato preferencial		
Programa Saúde na Escola	29	91,0
Cuidado compartilhado com Pediatra	27	84,0
Fluxo de encaminhamento adequado (ESF/ Pediatra)	31	97,0
Acompanhamento do pré-natal (todas ou maioria)	26	81,3
Grupo de Puericultura (com e sem o NASF)	19	59,4
Puericultura compartilhada (médico e enfermeiro)	19	59,4
Periodicidade de Puericultura recomendada pelo MS	27	84,0
Manejo de problemas de saúde	31	97,0
Acompanhamento de doenças agudas	29	91,0

Quanto ao perfil da equipe da ESF foi observado que 40,6% não realizam o Grupo de puericultura e 40,6% não realizam a Puericultura compartilhada entre médico e enfermeiro. Pôde ser identificado ainda que, 28,1% das equipes não realizam as duas atividades.

A Tabela 2 mostra as dificuldades dos médicos quanto à consulta de puericultura, assim como quanto à assistência à Saúde da Criança em relação à anamnese e exame físico. Quanto às dificuldades para a realização da puericultura foram apontados fatores relacionados à família, habilidades médicas e à equipe da ESF. Quanto à família (34,4%), a dificuldade relatada foi quanto à falta de adesão às consultas, com altas taxas de absenteísmo. Em relação à habilidade médica (43,8%), as dificuldades foram relacionadas à falta de educação

permanente e falta de especialistas de referência. Relacionados à equipe foram ressaltados a falta de busca ativa e número excessivo de consultas.

Tabela 2

Distribuição dos participantes segundo dificuldades para a assistência à Saúde da Criança em Patos de Minas – MG, 2018 e 2019

Dificuldades dos médicos na consulta	n = 32	%
Dificuldades na Puericultura relacionados à		
Família	11	34,4
Habilidade médica	14	43,8
Equipe	2	6,2
Dificuldades no exame físico do recém-nascido		
Face	1	3,1
Pele	6	18,7
Crânio	3	9,3
Olhos	19	59,3
Audição (avaliação clínica)	20	62,5
Orelhas	7	21,8
Nariz	5	15,6
Boca	5	15,6
PESCOÇO	4	12,5
Tórax	2	6,2
Abdômen	2	6,2
Genitália	5	15,6
Ânus	8	25,0
Sistema osteoarticular	11	34,3
Coluna vertebral	10	31,2
Avaliação neurológica	17	53,1
Dificuldades no Teste oftalmológico na infância		
Acuidade visual	22	68,7
Teste do olhinho	23	71,8
Teste de cobertura	30	93,7
Rastreio de estrabismo	29	90,6
Dificuldades na aferição de pressão arterial	29	90,6

No exame físico do recém-nascido o único item em que não foi apontada dificuldade em sua execução foi a avaliação do estado geral. Todos os outros itens apresentaram relato de dificuldades ou não realização, devido à falta de habilidade clínica ou ainda o participante relatou que não fazia o exame completo devido a algum empecilho (falta de tempo, local físico inadequado ou ausência de material). Dentre os itens pesquisados que apresentaram maior dificuldade nesta faixa etária merece destaque: exame dos olhos (59,3%), que incluía o Teste do Olhinho, exame clínico da audição (62,5%), avaliação neurológica (53,1%). Em relação aos Testes Oftalmológicos na infância houve identificação de dificuldades nos 4 testes pesquisados: Acuidade visual (68,7%), Teste do Olhinho (71,8%), Rastreio de estrabismo (90,6%), Teste de cobertura (93,7%). Relatou-se dificuldade para a realização do Teste do

Olhinho relacionado à falta de equipamento/ ambiente apropriado por 34,4% dos participantes. Quanto a aferição da pressão arterial foi apontada dificuldade por 90,6% dos participantes; deste percentual 68,6% relataram que não realizam a aferição por falta de manguitos adequados para o tamanho da criança e 18,8% relataram não conhecer a recomendação do Ministério da Saúde.

No questionamento de solicitação de exames, foi perguntado sobre o rastreamento de anemia e investigação do perfil lipídico. O rastreamento de anemia não foi realizado por 15,6% que desconhecem a recomendação, assim como o perfil lipídico não foi solicitado por 40,6% dos médicos pelo mesmo motivo.

A Tabela 3 traz alguns aspectos sobre as abordagens e orientações feitas ao final da consulta. Em relação às curvas de crescimento os médicos relatam ser os maiores responsáveis pelo preenchimento (90,6%). Apontaram que a enfermagem também preenche as curvas (53,1%) de peso, estatura e perímetro cefálico. O preenchimento da curva de IMC é atribuído a outro membro da equipe por 18,8% dos participantes. Pôde-se observar que 43,7% dos médicos não preenchem a curva de IMC, porém apenas 12,5% dos participantes relataram possuir dificuldade para tal preenchimento. Não houve relato de dificuldade de preenchimento das outras curvas (peso, estatura e perímetro cefálico) e de cálculo de IMC (Índice de Massa Corporal). Apenas um médico (3,1%) relatou apresentar dificuldade de interpretação das curvas de peso, estatura e perímetro cefálico e 2 (6,3%) relataram dificuldade de interpretação do IMC.

Tabela 3

Distribuição dos participantes segundo às ações e dificuldades ao fim da consulta na ESF em Patos de Minas MG, 2018 e 2019

Ações e dificuldades	n = 32	%
Curva de crescimento		
Não preenche a curva de IMC	14	43,7
Possui dificuldade para o preenchimento do IMC	4	12,5
Recomendação de imunobiológicos especiais		
Não, pois desconhece recomendação	12	37,5
Não, devido à esquecimento	2	6,2

Quanto às orientações fornecidas para as famílias, apesar de 100% dos médicos relatarem que explicam as curvas, 15,6% não abordam sobre o IMC.

Para uma primeira investigação sobre a violência na infância, onde foi perguntado sobre quais assuntos eram abordados nas consultas, foi identificado que o assunto sobre violência não apareceu entre os 32 médicos participantes. Sobre o conhecimento das diversas formas de violência pôde-se evidenciar que, conhecem grande parte: automutilação (87,5%), suicídio (81,3%), violência intrafamiliar (100%), violência extrafamiliar (100%), violência sexual intrafamiliar (100%), violência sexual extrafamiliar (100%), violência psicológica intrafamiliar (100%), violência psicológica extrafamiliar (96,9%), bullying (100%), cyberbullying (93,8%), negligência (93,8%), privação (90,6%) e abandono (96,9%). As formas de violência menos conhecidas são as violências coletiva econômica (59,4%), coletiva política (65,7%), coletiva social (81,3%), sendo que esta se iguala ao conhecimento quanto ao suicídio. No que se refere a abordagem sobre violência, que de fato é realizada com a família, evidenciou-se que 5 médicos (15,6%) sempre abordam, outros 21 médicos (65,6%) fazem a abordagem às vezes e 6 participantes (18,7%) não abordam este assunto, por principalmente não saberem como fazer.

DISCUSSÃO

Pôde-se identificar dificuldades médicas na Estratégia de Saúde da Família que, podem prejudicar o cumprimento dos itens preconizados na assistência à Saúde da Criança. Os resultados descritos no presente estudo evidenciaram que, os médicos da ESF de Patos de Minas possuem dificuldades relacionadas tanto com a equipe na qual estão inseridos como quanto a habilidades clínicas, habilidades de comunicação, condições físicas e de insumos para a execução da assistência.

O principal motivo para atuar na ESF foi o fato de gostar de trabalhar na Atenção Básica (78,0%). Em comparação com outros dois estudos o percentual foi bem mais elevado: Vasconcelos e Zaniboni (2011)³ encontraram 25,0% e Melo et al. (2014)¹⁴ encontraram 38,4%.

Não houve diferença estatisticamente significativa ao se cruzar a variável Tempo de Formado com as outras variáveis categóricas, assim como da variável Residência/Especialização em MFC com as mesmas variáveis. Dez médicos do município não participaram da pesquisa; caso o perfil profissional dos mesmos fosse predominantemente de um dos dois grupos das variáveis citadas anteriormente (Tempo de Formado menor que 3 anos, ou igual ou mais 3 anos; e ter ou não Residência/Especialização em MFC) poderia se encontrar uma diferença estatística nas comparações com as outras variáveis.

Em relação à atuação da equipe de saúde da família evidenciou-se, que 40,6% não faz grupo de puericultura. Os grupos operativos são um recurso importante e efetivo para alcançar resultados exitosos em prevenção, promoção e educação em saúde¹⁵, além de fortalecer o vínculo dos usuários com a equipe de saúde¹⁶. A Agenda de Compromissos para a Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2004) recomenda a criação destes grupos para o combate à desnutrição¹⁷, o que poderia ser extrapolado para diversos outros temas em Saúde da Criança, como a obesidade já que, esta condição vem interferindo no crescimento saudável. Um estudo amplo realizado com a participação da Organização Mundial de Saúde evidenciou que crianças e adolescentes (5 a 19 anos) com obesidade serão mais frequentes no mundo em 2022 do que desnutridos moderados e graves¹⁸.

O compartilhamento da consulta de puericultura com o enfermeiro não ocorre em 40,6% das equipes. É sabido que a consulta de enfermagem, desde o início da vida da criança é muito importante, pois aborda questões relacionadas à prevenção e promoção de saúde, além de possibilitar a percepção de problemas de saúde precocemente. Este acompanhamento permite se criar um vínculo da equipe de saúde com a criança, principalmente se tal ligação tiver ocorrido durante a gestação¹⁹. É importante destacar que as equipes que não realizam as duas atividades (28,1%) perdem grandes oportunidades para educação em saúde da população.

A dificuldade mais frequente apontada pelos médicos em relação à consulta de puericultura foi a pouca habilidade clínica para o exame da criança (43,8%). Podemos pensar que, talvez a formação médica na graduação e a educação permanente durante o exercício profissional, estejam aquém das reais necessidades dos médicos para a ESF. Estudo de um curso de especialização em Saúde de Família realizado com médicos que atuavam na área, evidenciou, após aplicação de pré-teste sobre Saúde da Criança, que os alunos não atingiram 60% em alguns temas importantes, incluindo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento²⁰. Esta pesquisa abrangeu médicos com tempos de profissão variados (23,0% com <5 anos; 34% com 5 a 15 anos; 43% com > 15 anos), mostrando que tanto a formação na graduação quanto a ineficácia de educação permanente podem estar relacionadas às falhas de habilidades.

A abordagem familiar foi apontada como a segunda causa de dificuldade (34,4%) para a realização das consultas, sendo que a falta de compromisso e adesão das famílias às consultas foram as maiores causas citadas. Estas mesmas causas foram encontradas por profissionais de saúde de unidades básicas em estudo qualitativo, que avaliou a consulta de puericultura sob o olhar dos profissionais e das mães em Belo Horizonte. Estas mães

reconhecem que os problemas relacionados ao baixo comparecimento à UBS ocorre devido à distância da unidade, escassez de recursos financeiros e ao esquecimento da data da consulta. Além disto, as mães não reconhecem o termo puericultura, não dando a real importância ao acompanhamento da maneira que deveria ocorrer²¹. Vitolo et al. (2010) identificaram que os fatores associados ao não acompanhamento da criança na puericultura foram a insatisfação da família com o serviço, a impossibilidade de levar a criança devido ao emprego dos familiares e o julgamento da não necessidade do acompanhamento²², este último fator reforçando o desconhecimento da população sobre o motivo e a importância do acompanhamento da criança.

Quanto ao exame físico do recém-nascido, as dificuldades encontradas, principalmente no exame dos olhos (59,3%), audição (62,5%) e avaliação neurológica (53,1%), podem comprometer a detecção de alterações passíveis de intervenção. É recomendado que se faça o exame completo na primeira consulta da criança⁹.

Em relação à avaliação oftálmica na infância na Atenção Básica, conforme recomenda o Caderno da Atenção Básica de Saúde da Criança⁹, pôde-se constatar grande dificuldade de execução dos 4 testes preconizados. Estes testes funcionam como triagem de possíveis alterações e que, sendo detectadas, devem ser encaminhadas ao oftalmologista. Os testes necessitam ser realizados com periodicidade e com técnica adequada para que realmente seja efetivo como rastreio⁹. A dificuldade com o Teste do Olhinho foi apontada por 71,8% dos médicos e é o único teste oftálmico dentre os investigados, que necessita de aparelho e de ambiente físico apropriado, não dependendo somente das habilidades clínicas para sua realização. Os outros testes, apesar de não requerem nenhuma tecnologia para sua realização, apresentaram dificuldade similar ou bem superior à do Teste do Olhinho, chegando a 93,7% no Teste de Cobertura, mostrando novamente que uma possível deficiência de formação na graduação e de ausência ou ineficiência de educação permanente pode justificar esta dificuldade. Já a dificuldade apontada na aferição da pressão arterial se deve, em sua maioria (68,6%), à ausência de material adequado para se fazer a medida, evidenciando novamente que a falta de equipamento interfere na assistência integral à criança. É importante salientar, que a aferição da pressão arterial na infância também é competência do enfermeiro e o Caderno de AB recomenda que se realize a aferição da pressão arterial aos 3 e 6 anos de idade⁹.

As dificuldades relacionadas aos exames laboratoriais que constavam no questionário, rastreamento de anemia e do perfil lipídico, estão relacionados provavelmente à falta de

formação e de educação permanente em Saúde da Criança, já que foi apontado que desconhecem a recomendação do Ministério da Saúde.

Quanto às orientações, relacionado ao preenchimento das curvas de crescimento, observa-se que a maior dificuldade foi em relação à curva de IMC. Uma minoria (12,5%) possui dificuldade para o preenchimento do IMC, porém, um total de 43,7% dos médicos não preenche a curva, sendo que esta função é atribuída a outro membro da equipe apenas por 18,8% dos médicos. Portanto, 12,4% dos participantes não preenchem a curva de IMC e não possuem na equipe, um profissional que faça este preenchimento. A curva do IMC inserida pelo Ministério da Saúde na Caderneta da Criança é uma ferramenta valiosa para a detecção de desvios de crescimento, tanto em relação à desnutrição quanto à obesidade⁹. Deixar de preencher a curva pode ocasionar a falta de abordagem e consequentemente, ausência nas orientações quanto a estas alterações.

Outra dificuldade percebida foi a de recomendação dos imunobiológicos especiais, que não são orientados devido a desconhecimento das indicações por 37,5% dos médicos, apontando mais uma vez, para uma possível falha na formação na graduação e na educação permanente do município.

Finalmente foi apontada que as dificuldades em se abordar as diversas formas de violência (18,7%), não se relacionam ao desconhecimento das mesmas, mas por não possuírem habilidades para a abordagem sobre o assunto. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina preconizam que o médico deve possuir habilidades de comunicação que sejam efetivas na relação médico paciente²³.

Estas mesmas DCN enfatizam que o Curso de Medicina deve se apoiar nas metodologias ativas de aprendizagem, proporcionando ao graduando em medicina o desenvolvimento da capacidade de aprender baseada em sua prática, comprometendo-se com seu processo de formação, sabendo identificar suas necessidades de aprendizagem²³ e assim, poder perpetuar a busca pelo conhecimento durante toda sua vida profissional. No presente estudo não foi questionado qual o modelo curricular presente durante a graduação dos participantes para que pudessem ser comparadas as variáveis como fato de terem estudado ou não em faculdades que adotam metodologias ativas de aprendizagem.

Percebe-se que, muitas dificuldades apontadas pelos médicos participantes, poderiam ser amenizadas ou resolvidas se houvesse um programa de educação permanente, que se desenvolvesse a partir das demandas dos próprios profissionais. O PEP (Programa de Educação Permanente) foi implantado no município de Patos de Minas a partir da SES/MG (Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais) no ano de 2010 e tinha a prerrogativa de

aprendizagem baseada na realidade profissional dos médicos. O programa foi abolido em 2015. Não houve estudo no município de Patos de Minas para avaliar o quão benéfico tenha sido sua ação no período. Trabalho descrito por Silvério (2008), que avaliou a percepção dos médicos participantes do PEP em outros municípios, verificou que 95% apontaram a metodologia com um potencial para mudar a prática; 88% disseram que tinham interesse pela busca de novos conhecimentos após a metodologia e 90% tinham interesse em continuar participando do PEP²⁴.

Portugal possui um sistema de Atenção Básica semelhante ao Brasil, com a Unidade de Saúde Familiar (USF) sendo a porta de entrada do sistema de saúde. A reforma que ocorreu neste país desde 2005, é considerada uma experiência exitosa na prestação de cuidados primários em saúde. O profissional médico que integra a equipe é especialista em medicina geral e familiar. Lá os processos formativos são permanentes com discussão de casos, construção de protocolos, atualizações da prática clínica. Estas atividades ocorrem com o apoio de especialistas de outras áreas da medicina, o que torna a USF mais resolutive. A integração entre serviço e educação, através do residente em medicina geral e familiar, é citada como estimuladora para a qualificação do serviço²⁵.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que, há falha na assistência em Saúde da Criança na ESF de Patos de Mina, que ocorre não somente devido a fragilidades das habilidades médicas, mas também pela falta de uma abordagem multiprofissional e por uma estrutura ineficaz, incapaz de propiciar a assistência conforme a preconização do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. As dificuldades evidenciadas pelos médicos podem estar relacionadas à qualidade de formação na graduação, que talvez não enfatize todas as competências necessárias para a adequada assistência em Saúde da Criança na Atenção Básica, assim como à ausência ou ineficácia de educação permanente durante o exercício profissional.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (Internet). Declaração de Alma-Ata: 1978. [online] [acesso em 2017]. Disponível em: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata>

2. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 [portaria na internet]. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 10 Dez 2017]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>

3. Vasconcelos FGA, Zaniboni MRG. Dificuldades do trabalho médico no PSF. Ciênc Saúde Coletiva [periódicos na Internet]. 2011 [acesso em 17 Nov 2018] ; 16(Supl 1): 1497-1504. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700085&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700085>.

4. Giovanella, L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. P. 493-535.

5. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva [periódicos na Internet]. 2016 [acesso em 28 Fev 2019]; 21(9): 2961-2973. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902961&script=sci_abstract&tlng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>.

6. Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva [periódicos na Internet]. 2011 [acesso em 24 Fev 2019]; 16(7): 3229-3240. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800022&lng=en&nrm=iso. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000800022>.

7. Silva SA, Fracolli LA. Silva Simone Albino da, Fracolli Lislaine Aparecida. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. Rev. Bras. Enferm. [periódicos na

Internet]. 2016 [acesso em 16 Fev 2019] ; 69(1): 54-61. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100054&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>.

8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. [acesso em 10 Dez 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

9. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos de Atenção Básica 33:

Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012 [acesso em 6 Jun 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf

10. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica (Série E. Legislação em Saúde) [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 3 Ago 2017]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

11. Lermen Júnior N. Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) [Internet]. 2015. [acesso em 2 Ago 2017]. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competências\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Atlas do Censo Demográfico de 2010 [acesso em 27 ago 2017]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas>

13. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde - Gestão 2014-2017. 2014. Patos de Minas, MG, 2014.

14. Melo VH, Rio SMP, Bonito RF, Lodi CTC, Fonseca MTM, Amaral E. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à

saúde das mulheres. Rev Bras Med Fam Comunidade [periódicos na Internet]. 2014 [acesso em 28 Ago 2017];9(30):3-12. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/550>. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)550](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)550)

15. Menezes KKP, Avelino Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cad. saúde colet. [periódicos na Internet]. 2016 Mar [acesso em 14 Mar 2019]; 24(1): 124-130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100124&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010162>.

16. Branco CKCG, Barbosa ASB, Santos JMCG, Queiroga VE, Cavalcanti FRR. Puericultura em Grupo: uma nova Perspectiva na Atenção a Saúde da Criança – Relato de Experiência. Rev Bras Ciênc Saúde [periódicos na Internet]. 2014 [acesso em 13 Mar 2019]; 18(1):63-68. Disponível em: file:///C:/Users/franc/Desktop/Projeto%20de%20Pesquisa/Artigos_discussão/1_%20Grupo%20pueric.%20relato%20exp%202014.pdf. <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2014.18.s1.11>.

17. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (Brasil). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [internet]. 2004a [acesso em 04 Fev 2019]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.

18. NCD-RisC. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. LANCET [internet]. 2017 [acesso em 02 Mar 2019]; 16;390(10113):2627-2642. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2932129-3>. [https://doi.org/\(...\)0140-6736\(17\)32129-3](https://doi.org/(...)0140-6736(17)32129-3)

19. Souza RS, Ferrari RAP, Santos TFM, Tacla MTGM. Atenção à saúde da criança: práticas de enfermeiros da saúde da família. Rev REME [periódicos na Internet]. 2013 [acesso em 13 Mar 2019]; 17(2):331-339. <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20130025>. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/653>

20. Alves CRL, Alvim CG, Junqueira HS, Almeida JSCB, Goulart LMH, Magalhães MEN, et al. Avaliação do conhecimento de alunos do curso de especialização em saúde da família da UFMG sobre a saúde da criança e do adolescente - 2002/2003. Rev Med Minas Gerais [periódicos na Internet]. 2005 [acesso em 15 Mar 2019]; 1(1):213-219. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/1382>

21. Dias PRM. A consulta de puericultura na perspectiva de mães e profissionais de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte [internet]. Belo Horizonte. Dissertação [Saúde e Enfermagem] – Universidade Federal de Minas Gerais; 2017.

22. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. J. Pediatr. (Rio J.) [periódicos na Internet]. 2010 Feb [acesso em 09 Mai 2019] ; 86(1): 80-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000100014>.

23. Ministério da Educação (Brasil). Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2014 [acesso em 6 Jan 2017]. Disponível em: <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>

24. Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. Rev Med Minas Gerais [periódicos na Internet]. 2008 [acesso em 15 Mar 2019]; 18(Supl 4): S60-S66. Disponível em: <http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/viewArticle/104>

25. Santos AM, Giovanella L, Botelho H, Sousa JC. Desafios Organizacionais para Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde em Portugal. Rev. bras. educ. med. [periódicos na Internet]. 2015 [acesso em 09 Mai 2019]; 39(3): 359-369. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300359&lng=en&nrm=iso <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n3e01542014>.

4. REFERÊNCIAS

ABARCA-GÓMEZ, Leandra et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, [s.l.], v. 390, n. 10113, p.2627-2642, dez. 2017. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32129-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32129-3). Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2817%2932129-3>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436** de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.130** de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica 33: Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf> Acesso em jun. 2017.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>>. Acesso em: jan. 2017.

CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**, URSS, 1978. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em dez. 2017.

NUNES, Antonio Jakeulmo; SALES, Magda Coeli Vitorino. Violência contra crianças no cenário brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.871-880, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300871&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 11 mar. 2019.

CORRÊA, Edison José; LEÃO, Ênnio; SENA, Roseni Rosângelade. A Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente no século XXI. In: Leão Ênnio, Corrêa Edison José, Mota Joaquim Antônio César, Vianna Marcos Borato, Vasconcelos. **Pediatria Ambulatorial**. Belo Horizonte: Coopmed; 2013. P. 33-40.

COSTA, Glaucete Dias da et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 7, p.3229-3240, jul. 2011. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232011000800022>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 fev. 2019.

CHRISTAKIS, Dimitri A. et al. Modifying Media Content for Preschool Children: A Randomized Controlled Trial. **Pediatrics**, [s.l.], v. 131, n. 3, p.431-438, 18 fev. 2013. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-1493>. Disponível em: <<http://sci-hub.tw/10.1542/peds.2012-1493>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 9, p.2961-2973, set. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000902961&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 fev. 2019.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2012. p. 493-545.

IBGE. **Atlas do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas>>. Acesso em ago. 2017.

LERMEN JUNIOR, Nulvio. (Brasil). Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Org.). **Currículo baseado em competências para Medicina de Família e Comunidade**. 2014. Disponível em: [http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo Baseado em Competências\(1\).pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/Curriculo%20Baseado%20em%20Competencias(1).pdf)>. Acesso em ago. 2017.

LIMA, Sayonara Arruda Vieira et al. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. **Physis** [online]. 2015, vol.25, n.2 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200635&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em dez. 2018.

MAGNAGO, Carinne; PIERANTONI, Celia Regina. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 39, n. 104, p.9-17, mar. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151040194>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2019.

MELO, Victor Hugo et al. Dificuldades dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais para proverem atenção à saúde das mulheres. **Revista Brasileira de**

Medicina de Família e Comunidade, [s.l.], v. 9, n. 30, p.3-12, 2 nov. 2013. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)550](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)550). Disponível em: <[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9\(30\)550](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)550)>. Acesso em: 28 ago. 2017.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 5, p.2355-2365, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500011>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 fev. 2019.

MONDIN, Elza Maria Canhetti. Interações afetivas na família e na pré-escola. **Estudos de Psicologia (natal)**, [s.l.], v. 10, n. 1, p.131-138, abr. 2005. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-294x2005000100015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2005000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2019.

MORE: **Mecanismo online para referências, versão 2.0**. Florianópolis: UFSC Rexlab, 2013. Disponível em: <<http://www.more.ufsc.br/>>. Acesso em dez 2017, fev 2019.

SAMPAIO Luís Fernando Rolim et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Gusso G, Lopes JMC. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática**. Porto Alegre: Artmed; 2012. p. 28-41.

SANTOS JÚNIOR, Claudio José dos et al. Educação Médica e Formação na Perspectiva Ampliada e Multidimensional: Considerações acerca de uma Experiência de Ensino-Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 43, n. 1, p.72-79, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n1rb20180141>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022019000100072&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2019.

SILVA, Simone Albino da; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 69,

n. 1, p.54-61, fev. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000100054>. Acesso em: 16 fev. 2019.

SOARES, Erivaldo Rodrigues. **Plano Municipal de Saúde**. Gestão 2014-2017, Patos de Minas, 2014

TERRES-TRINDADE, Michele; MOSMANN, Clarisse Pereira. Conflitos Familiares e Práticas Educativas Parentais como Preditores de Dependência de Internet. **Psico-usf**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.623-633, dez. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712016210315>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712016000300623&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2019.

TOMOPOULOS, Suzy et al. Infant Media Exposure and Toddler Development. **Arch Pediatr Adolesc Med**, author manuscript, v.164, n.12, p. 1105-1111, dez. 2010. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.235. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3095486/>>. Acesso em jan. 2019.

VASCONCELOS, Fernanda Gaspar Antonini; ZANIBONI, Marilu Ramos Gonçalves. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , [s.l.], v. 16, p. 1497-1504, 2011 . <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700085>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700085&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Nov. 2018.

5. ANEXOS

Anexo A

Questionário para a pesquisa: Desafios no atendimento à Saúde da Criança por médicos da Estratégia de Saúde da Família

Perfil do Profissional

1) Sexo

☐ feminino

☐ masculino

2) Idade (em anos completos): _____ anos

3) Qual o ano de formação _____

4) Tipo de faculdade em que se formou

☐ Pública

☐ Privada

☐ Fundações

☐ Outro. Qual? _____

5) Residência Médica Completa

☐ Medicina de Família e Comunidade

☐ Pediatria

☐ Outras residências _____

☐ Nenhuma

6) Residência de Medicina de Família e Comunidade em Curso

☐ Não

☐ R1

☐ R2

7) Especialização

- ☐ Medicina de Família e Comunidade
- ☐ Pediatria
- ☐ Outras especializações. Quais? _____

8) Título de especialista pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

- ☐ Sim
- ☐ Não

9) Experiência anterior na assistência à crianças (<10 anos)

- ☐ Sim, durante a graduação
- ☐ Sim, durante a especialização
- ☐ Sim, durante a residência
- ☐ Sim, durante a prática profissional
- ☐ Não

10) Por que trabalha na ESF

- ☐ Gosta de trabalhar na atenção básica
- ☐ Salário/emprego/horário de trabalho
- ☐ Gosta de trabalhar com a comunidade
- ☐ Sem outra opção de trabalho
- ☐ Outros motivos _____

11) Tempo de atuação na Estratégia de Saúde da Família (anos completos): _____

Perfil da Equipe /Profissional de Saúde e comunidade

12) A sua Equipe de Saúde da Família serve como contato preferencial do atendimento à criança da sua área? (inclui em doenças agudas)

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sei

13) Sua equipe desenvolve ações do programa Saúde na Escola?

- ☐ Sim
- ☐ Não, apesar de na minha área ter escola
- ☐ Não, porque minha área não possui escola
- ☐ Não sei

14) Quando você encaminha para um pediatra geral ou pediatra especialista, você compartilha o cuidado daquela criança com este profissional?

- ☐ Sim
- ☐ Não

15) As crianças da sua área que procuram um pediatra na rede pública foram encaminhados pela sua equipe? (inclui doenças agudas)

- ☐ Sim
- ☐ Não

16) Você acompanhou o pré-natal das mães cujas crianças você faz o acompanhamento?

- ☐ Sim, todas
- ☐ Sim, a maioria
- ☐ Sim, a minoria
- ☐ Não

17) Na sua equipe há atendimento de Grupo de Puericultura com o suporte do NASF?

- ☐ Sim
- ☐ Sim, mas sem apoio do NASF
- ☐ Não

18) A puericultura na sua unidade de saúde é compartilhada com o enfermeiro (intercalando médico e enfermeiro)

- ☐ sim
- ☐ não

19) Sua equipe realiza consultas de puericultura conforme a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde (Caderno de Saúde da Criança)?

- () Sim
- () Não, porque não conheço qual a recomendação
- () Não, porque minha equipe não faz busca ativa
- () Não por outros motivos. Quais? _____

20) Quais são as suas principais dificuldades na realização da puericultura?

Consulta médica

21) Na consulta de puericultura você aborda quais assuntos com a família?

22) Quando você realiza o exame físico do recém nascido, você o faz (marque uma alternativa para cada item avaliado):

Etapas do exame físico	Sim, sem dificuldades	Sim, com dificuldades	Não, tenho dificuldades	Não, por outro motivo. Qual?
Estado geral				
Face				
Pele				
Crânio				
Olhos (incluindo o Teste do Reflexo Vermelho)				
Orelhas				
Audição				
Nariz				
Boca				

Pescoço				
Tórax				
Abdômen				
Genitália				
Ânus				
Reto				
Sistema ostearticular (Barlow e Ortolani)				
Coluna vertebral				
Avaliação neurológica				

23) Você confere se as crianças atendidas por você realizaram o Teste da Orelhinha?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não, porque a enfermeira confere

24) Na primeira consulta você aborda questões relacionadas a antecedentes pessoais e história familiar?

- ☐ Sim
- ☐ Não

25) Você confere o calendário de vacinas das crianças?

- ☐ Sim, sempre
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Não, porque não é minha função
- ☐ Não, por outros motivos. Quais? _____

26) Nas consultas subsequentes e nos períodos indicados, você avalia (marque uma alternativa para cada item avaliado):

Etapas do exame físico	Sim, sem dificuldades	Sim, com dificuldades	Não, tenho dificuldades	Não, por outro motivo. Qual?
Acuidade visual				
Teste do Reflexo Vermelho				
Teste de Cobertura				
Teste de Hirschberg (rastreamento de estrabismo)				

27) Você realiza a aferição de pressão arterial em crianças conforme orientações do Ministério da Saúde (aos 3 anos e aos 6 anos)?

- ☐ Sim
- ☐ Não, porque não conheço esta recomendação
- ☐ Não, porque não possuo manguitos adequados
- ☐ Não, por outros motivos_____

28) Você avalia o desenvolvimento neuropsicomotor em consultas subsequentes através de perguntas à família e/ou através do exame físico?

- ☐ Sim, sempre
- ☐ Sim, às vezes
- ☐ Não, porque não sei o que avaliar ou perguntar
- ☐ Não, por outros motivos_____

29) Você conhece as formas de violência a que as crianças estão sujeitas? (marcar sim ou não em cada item)

Formas de violência	Sim	Não
Automutilação		

Suicídio		
Violência física intrafamiliar		
Violência física extrafamiliar		
Violência sexual intrafamiliar		
Violência sexual extrafamiliar		
Violência psicológica intrafamiliar		
Violência psicológica extrafamiliar		
Bulling		
Ciberbulling		
Violência coletiva social		
Violência coletiva política		
Violência coletiva econômica		
Negligência		
Privação		
Abandono		

30) Você aborda esta questão de formas de violência com as famílias das crianças?

- () Sim, sempre
- () Sim, às vezes
- () Não, porque não conheço estas formas de violência
- () Não, porque não sei como abordar
- () Não, por outros motivos. Quais? _____

31) Quem é o profissional responsável pelo preenchimento das curvas de crescimento na caderneta da criança? _____

32) Você tem dificuldades no preenchimento das curvas de crescimento?

- () Sim
- () Não

33) Você tem dificuldades na interpretação das curvas de crescimento?

- () Sim
- () Não

34) Você tem dificuldades para calcular o IMC?

☐ Sim

☐ Não

35) Você preenche a curva de Índice de Massa Corporal (IMC)?

☐ Sim

☐ Não

36) Você tem dificuldades para preencher a curva do IMC?

☐ Sim

☐ Não

37) Você tem dificuldades para interpretar a curva do IMC?

☐ Sim

☐ Não

38) Na sua ESF outra pessoa da equipe preenche a curva de IMC?

☐ Sim

☐ Não

39) Você maneja os problemas de saúde na criança mais frequentes e relevantes da sua área de abrangência?

☐ Sim

☐ Não. Por que? _____

40) No caso de doenças agudas, você consegue acompanhar a criança com periodicidade até o desfecho da doença?

☐ Sim

☐ Não. Por que? _____

Orientações

41) Como você faz o encerramento da consulta de puericultura?

42) Você explica para a família como está a criança em relação às curvas de crescimento, incluindo o IMC?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não, porque não sei explicar

☐ Não, por outros motivos_____

43) Você recomenda o uso de composto com ferro para todas as crianças de 6 a 18 meses (não inclui crianças com baixo peso e prematuras)?

☐ Sim, sempre

☐ Sim, às vezes

☐ Não, porque não sei sobre esta recomendação

☐ Não, por outros motivos_____

44) Para o lactente que está em aleitamento materno exclusivo você recomenda a introdução da alimentação?

☐ Sim, a partir dos 4 meses

☐ Sim, a partir dos 6 meses

☐ Não, porque não sei sobre a recomendação preconizada

☐ Não, por outros motivos_____

45) Sobre as orientações da progressão da alimentação para o lactente você segue as recomendações do MS?

☐ Sim

☐ Não, porque não sei sobre as recomendações preconizadas

☐ Não, por outros motivos¬_____

46) Você realiza o hemograma para rastreamento de anemia?

☐ Sim, peço hemograma para toda criança

☐ Sim, para aquelas com fatores de risco

☐ Não, porque não sei sobre a recomendação

☐ Não, por outros motivos_____

47) Você solicita o perfil lipídico conforme preconizado pelo MS?

- () Sim, sempre
 () Sim, às vezes
 () Não, porque não sei sobre esta recomendação
 () Não, por outros motivos_____

48) Você recomenda os imunobiológicos especiais quando indicados?

- () Sim, sempre
 () Sim, às vezes
 () Não, porque não sei sobre as indicações
 () Não, por outros motivos_____

49) Você realiza orientações de prevenção de acidentes? (marque uma alternativa para cada item abaixo)

Orientações de prevenção de acidente	Sim, sempre	Sim, às vezes	Não, por que não sei como orientar	Não, por outro motivo. Qual?
Posição para dormir				
Medicação				
Produtos tóxicos domésticos				
Ambiente doméstico				
Risco de queimaduras				
Dispositivo para transporte em veículo				
Uso de andadores				

Uso de redes em janelas				
Grades nas camas				
Atropelamentos				
Afogamentos				
Choques				
Quedas de bicicletas, skate, patins e afins				
Contato com cães desconhecidos				

50) Você realiza orientações de promoção de saúde? (marque uma alternativa para cada item abaixo)

Orientações sobre promoção de saúde	Sim, sempre	Sim, às vezes	Não, por que não sei como orientar	Não, por outro motivo. Qual?
Lazer				
Alimentação				
Estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor				
Atividade física				
Hábitos de leitura				
Controle do uso de produtos eletrônicos e internet				

51) Você orienta as famílias a interagirem com suas crianças através de conversas, brincadeiras e estímulo ao afeto?

☐ Sim, sempre

☐ Sim, às vezes

☐ Não. Por que? _____

Adaptado de Melo V. H. et al., 2014

Anexo B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “O atendimento em saúde da criança por médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Francis Jardim Pfeilsticker (Universidade Federal de Uberlândia), Everton Edjar Atadeu da Silva (Centro Universitário de Patos de Minas), Sara Toledo Quintino (Centro Universitário de Patos de Minas) e Wallisen Tadashi Hattori (Universidade Federal de Uberlândia).

Nesta pesquisa nós estamos buscando identificar se há dificuldades dos médicos que trabalham em medicina de família no atendimento em saúde da criança no município de Patos de Minas. A finalidade deste trabalho é realizar o diagnóstico de possíveis dificuldades para o atendimento nesta área para servir de substrato para futuras ações em educação em saúde e com isto melhorar a assistência aos pacientes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido logo antes do preenchimento do questionário e se dará via *online*. Na sua participação, você irá responder um questionário *online*, com tempo de preenchimento de cerca de 20 minutos. Em nenhum momento você será identificado. Não haverá campo para preenchimento de siglas ou números que correspondam a uma possível identificação. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada. Você não terá nenhum gasto nem ganho financeiro por participar na pesquisa. O risco consiste em constrangimento de sua parte ao perceber que não realiza a assistência à criança, como o preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Neste caso será oferecida capacitação individual nos itens apontados por você como deficientes ou ausentes. Este apontamento deverá ser em qualquer momento durante e após a realização da pesquisa através de envio da solicitação ao e-mail institucional. Os benefícios serão o despertar de sua percepção e reflexão sobre as necessidades de aprendizagem para atualização do conhecimento. A partir desta busca de conhecimento pode ocorrer melhoria da assistência à saúde da criança.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo ou coação. Até o momento da divulgação dos resultados, você também é livre para solicitar a retirada dos seus dados. Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido poderá ser acessado por você através de um link ao final.

Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Francis Jardim Pfeilsticker - Centro Universitário de Patos de Minas localizado

na Rua Major Gote, nº 808, Bloco E, Bairro Caiçaras, Patos de Minas, MG, 38702-054; telefone 34-3823-0135. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos na Universidade Federal de Uberlândia, localizado na Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, *campus* Santa Mônica – Uberlândia/MG, 38408-100; telefone: 34-3239-4131. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.