



UNIVERSIDADE
ESTADUAL de LONDRINA

PATRÍCIA MARIA JANUÁRIO ARAUJO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE
NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NA ÓTICA MATERNA**

Londrina
2019

PATRÍCIA MARIA JANUÁRIO ARAUJO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE
NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NA ÓTICA MATERNA**

Exame de Defesa apresentado (a) ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Valongo Zani

Londrina
2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

A663a Januário Araujo, Patrícia Maria .
Avaliação do programa rede mãe paranaense nos primeiros seis meses de vida na atenção primária na ótica materna / Patrícia Maria Januário Araujo. - Londrina, 2019.
53 f.

Orientador: Adriana Valongo Zani.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2019.
Inclui bibliografia.

1. Cuidado da criança - Tese. 2. Programas governamentais - Tese. 3. Atenção primária à saúde - Tese. 4. Puericultura - Tese. I. Valongo Zani, Adriana . II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

PATRÍCIA MARIA JANUÁRIO ARAUJO

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE
NOS PRIMEIROS SEIS MESES DE VIDA NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NA ÓTICA MATERNA**

Exame de Defesa apresentado (a) ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Valongo Zani
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Profa. Dra. Rosana Claudia de Assunção
Instituto Federal do Paraná - IFPR

Profa. Dra. Rosângela Ap. Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina - UEL

Londrina, 12 de Dezembro de 2019.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a **DEUS**, por me capacitar e conduzir até aqui. Nunca me abandonou, e me carregou em seus braços quando eu mais precisei.

Ao meu esposo **Cláudio**, meu “porto seguro” e maior incentivador. Sempre me apoiou e esteve ao meu lado. A você todo o meu amor.

Aos meus filhos **Caique e Sabrina**. Peço perdão pela minha ausência, mas saibam que tudo é por vocês e para vocês. Aos dois, o meu amor incondicional.

A minha mãe **Fátima** e minha Tia **Elena**, que diante dos momentos de sobrecarga, me aliviaram com palavras de apoio e alicerçaram o meu lar.

Aos meus irmãos **Wilson e Viviane** que sempre acreditaram no meu potencial, e torceram pela minha vitória.

A minha Orientadora Prof.^a. Dr.^a. **Adriana Valongo Zani**, por toda compreensão, paciência e ensinamentos até aqui. Me fez amar a pesquisa qualitativa. Te admiro como orientadora e como pessoa. Gratidão!

A **Márcia Canário** que tanto me ensinou sobre a pesquisa multicêntrica. Foi meu auxílio nas coletas, transcrições e resultados qualitativos.

Aos **Professores do programa** de Mestrado Enfermagem UEL por cada aula ministrada. Contribuíram muito para o meu crescimento pessoal e profissional.

A banca, Prof.^a. Dr.^a **Rosângela Aparecida Ferrari Pimenta** e Prof.^a. Dr.^a **Rosana Cláudia Assunção**, por aceitarem prontamente ao convite de qualificação/defesa. Sei que vão contribuir positivamente para a qualidade dessa dissertação.

Aos colegas de mestrado que direta ou indiretamente contribuíram nessa caminhada. Em especial a minha querida amiga **Ludmilla Miranda**, por não me deixar desistir. Você é um presente do mestrado para minha vida pessoal e profissional.

Faculdade Pitágoras de Londrina, em especial minha coordenadora e amiga **Renata Baldo**, por flexibilizar minha jornada de trabalho e me incentivar nessa etapa.

Sem o apoio de todos, eu não conseguiria chegar até aqui. Muito obrigada!

Araujo, P.M.J. **Avaliação do programa Rede Mãe Paranaense nos primeiros seis meses de vida na atenção primária na ótica materna** 2019. 50 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual De Londrina, Londrina, 2019.

RESUMO

Introdução: o programa Rede Cegonha é uma estratégia que tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil. Seguindo os preceitos desta rede, o Estado do Paraná implantou o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), trazendo um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, seu acompanhamento no pré-natal, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional. **Objetivo:** apreender o vivido materno frente o acompanhamento do filho até o sexto mês de vida pelo serviço de atenção primária a saúde, após a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense. **Método:** trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa fundamentado no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Schütz que ocorreu no período de janeiro a julho de 2019 com mães classificadas como risco gestacional Habitual, Intermediário e Alto Risco que participaram da primeira fase da pesquisa em duas maternidades públicas e usuárias do serviço de Atenção Primária de Saúde após alta das maternidades de um município no norte do Paraná. **Resultados:** foram construídos dois estudos, no primeiro, com dezenove mães classificadas como risco habitual ou intermediário e emergiu duas unidades temáticas: Vivenciando o acompanhamento do filho nos primeiros seis meses de vida pela atenção primária e Desejos e expectativas frente à assistência recebida para o filho pela atenção primária. Já, no segundo contou com dez mães classificadas como alto risco e após a análise dos relatos emergiram duas unidades temáticas: Vivenciando a realidade da puericultura e desejando um cuidado de qualidade. **Conclusão:** Apreendeu-se que as mães percebem as fragilidades da assistência referente ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do filho, a ausência de visitas domiciliares, longo intervalos entre as consultas de puericultura, falta de algumas categorias profissionais. Em contrapartida, algumas mães referem satisfação com a assistência recebida, porém possuem a expectativa de um número maior de profissionais, bem como períodos mais curtos entre as consultas de puericultura.

Palavras-chave: Cuidado da criança. Programas Governamentais. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem Pediátrica. Puericultura.

ARAUJO, P.M.J. **Evaluation of the Rede Mãe Paranaense program in the first six months of life in primary care from the maternal perspective** 2019. 50 p. Dissertation (Master's in Nursing) - Londrina State University, Londrina, 2019.

ABSTRACT

Introduction: The Stork Network program is a strategy designed to structure and organize maternal and child health care. Following the precepts of this network, the State of Paraná implements the Rede Mãe Paranaense Program (PRMP), bringing a set of actions that begins with the early capture of pregnant women, their prenatal follow-up, examinations, stratification risk of pregnant women and children, specialized outpatient clinic for pregnant women and children at risk, the guarantee of delivery through a system of attachment to the hospital according to gestational risk. **Objective:** apprehend the maternal experience in the face of the children follow-up until the sixth month of life by the primary health care service, after the implementation of the Rede Mãe Paranaense Program. **Method:** it is a descriptive study with a qualitative approach based on the theoretical-methodological framework of Schütz Social Phenomenology that occurred from January to July 2019 with mothers classified as Habitual, Intermediate and High Risk gestational risk who participated in the first phase of the research in two public maternity hospitals and users of the Primary Health Care service after discharge from the maternity hospitals of a municipality in northern Paraná. **Results:** Two studies were built, in the first, with nineteen mothers classified as usual or intermediate risk and two thematic units emerged: Experiencing the child's follow-up in the first six months of life by primary care and Wishes and expectations regarding the care received for the child by the attention primary. In the second, ten mothers were classified as high risk and after the analysis of the reports, two thematic units emerged: Experiencing the reality of childcare and desiring quality care. **Conclusion:** It was apprehended that mothers perceive the weaknesses of assistance regarding the monitoring of the child's growth and development, the absence of home visits, long intervals between childcare consultations, lack of some professional categories. On the other hand, some mothers report satisfaction with the assistance received, but they expect an increased number of professionals, as well as shorter periods between childcare consultations.

Key words: Child Care. Government Programs. Primary Health Care. Pediatric Nursing. Childcare.

LISTAS DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AR	Alto Risco
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
ESF	Estratégia Saúde da Família
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PRMP	Programa Rede Mãe Paranaense
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RH	Risco Habitual
RI	Risco Intermediário
SESA/PR	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SUS	Sistema Único de Saúde
UAP	Unidade de Atenção Primária
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	8
2	CONTEXTUALIZAÇÃO	9
3	ESTUDO 1: O VIVIDO MATERNO NO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	11
3.1	INTRODUÇÃO	12
3.2	MATERIAL E MÉTODOS	13
3.3	RESULTADOS.....	15
3.4	DISCUSSÃO	20
3.5	CONCLUSÃO	24
3.6	REFERÊNCIAS.....	25
4	ESTUDO 2: FILHO DE MÃES CLASSIFICADAS COMO ALTO RISCO GESTACIONAL: SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	28
4.1	INTRODUÇÃO	29
4.2	MATERIAL E MÉTODOS	30
4.3	RESULTADOS.....	33
4.4	DISCUSSÃO	37
4.5	CONCLUSÃO	40
4.6	REFERÊNCIAS.....	40
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
	REFERÊNCIAS.....	44
	APÊNDICES.....	45
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	45
	ANEXOS	47
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	47

1 APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela enfermagem começou aos 16 anos, vivenciando a difícil rotina de uma amiga que prestava cuidados a sua mãe acamada. Já no ensino médio comecei a procurar instituições para o vestibular, onde obtive aprovação na UNIFIL para o tão almejado curso.

O despertar para a saúde materno infantil se deu durante o 3º ano de graduação, onde vivenciei na prática as consultas de puericultura, acompanhando as famílias nas Unidades Básicas de Saúde e em visitas domiciliares.

Concluindo a graduação, atuei como enfermeira na Estratégia da Saúde da Família em Centenário do Sul e, em Londrina, por nove anos. Cargo este que estimulou minha busca para o constante aprendizado na área, onde realizei a especialização em Enfermagem Obstétrica e Neonatal.

Há nove anos iniciei na carreira docente de graduação, nas áreas materno infantil voltada para a Atenção Primária a Saúde, motivo este que me fez buscar o Mestrado em Enfermagem.

Pretendo continuar no mundo da pesquisa e ingressar no Doutorado em Enfermagem, pois esse se faz fundamental para seguir na docência.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO

O Sistema único de Saúde (SUS) visa garantir ao usuário ações e serviços com efetividade e eficiência. Muitos avanços foram alcançados nos últimos anos, porém é evidente a dificuldade em superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Com base no atual cenário, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu objetivos que viabilizem a saúde da população, dando ênfase ao acolhimento humanizado e provisão de serviços seguros a população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; MENDES, 2002).

Diante deste cenário ocorreu à implantação das redes de atenção à saúde (RAS), que propõe organizar o sistema de atenção à saúde da população brasileira por meio da garantia da efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade na assistência, atendendo assim, aos objetivos da OMS.

No entanto, esta implantação gerou mudanças no modelo de atenção à saúde praticado no SUS que apontou para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas (MENDES, 2011).

Para atender esta nova necessidade instituiu-se, em 2011, pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, que objetiva assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e a saúde das crianças de 0 a 24 meses (UFMA, 2015).

Neste sentido, o Estado do Paraná implantou, em 2012, o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP), seguindo preceitos da Rede Cegonha, trazendo um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante, seu acompanhamento no pré-natal, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2018).

Considerando a saúde infantil na atenção primária, o PRMP preconiza a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar com a entrega da Carteira de Saúde da Criança com todas as informações sobre o nascimento e intercorrências neonatais para ciência da Unidade de Atenção Primária (UAP), o hospital/maternidade também deverá comunicar à equipe de saúde da UAP que abrange a área de residência da família, sobre as condições de saúde do binômio mãe e filho e a estratificação de risco para que seja programado a visita domiciliar

que deve ocorrer até o 5º dia após o parto (PARANÁ, 2018).

Diante do exposto, este estudo buscou investigar o atual cenário da assistência à criança nos primeiros seis meses de vida na atenção primária, após a implantação da Rede Mãe Paranaense no município de Londrina.

Esta pesquisa seguiu as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina. Portanto, apresenta-se os resultados na estrutura de dois estudos.

3 ESTUDO 1: O VIVIDO MATERNO NO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: apreender o vivido materno frente o acompanhamento do filho até o sexto mês de vida pelo serviço de atenção primária à saúde, após alta da maternidade. **Método:** estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Schütz que ocorreu de janeiro a julho de 2019. Realizaram-se dezenove entrevistas com mães classificadas como risco habitual e risco intermediário gestacional de crianças nascidas em uma maternidade públicas do norte do Paraná e após alta foram acompanhadas na atenção primária a saúde. **Resultados:** emergiram duas unidades temáticas. A primeira referente aos “motivos por que”: Vivenciado o acompanhamento do filho pela atenção primária nos primeiros seis meses de vida (Visita domiciliar na primeira semana de vida; Seguimento do filho pela atenção primária até o sexto mês de vida), a segunda os “motivos para” que aborda os Desejos e expectativas frente à assistência recebida para o filho pela atenção primária (Almejando a proximidade com os profissionais e a unidade de saúde). **Conclusão:** Compreendeu-se que as mães identificaram fragilidades no acompanhamento dos filhos, como a ausência de visitas domiciliares na primeira semana de vida, enfatizaram a falta de alguns profissionais, além de longos intervalos entre as consultas. No entanto, algumas mães referiram satisfação com a assistência obtida.

DESCRITORES: Cuidado da criança; Programas Governamentais; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Pediátrica; Puericultura.

3.1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais determinadas conforme a necessidade de saúde da população. Assim, ao se discutir uma proposta do Sistema Único de Saúde (SUS), deve-se analisar que necessidades de saúde se expressam a essa população, considerando aspectos demográficos e epidemiológicos locais. Em 2010, o Ministério da Saúde instituiu redes de Atenção à Saúde a fim de garantir a integralidade da assistência, uma delas é responsável pelo seguimento materno-infantil, denominada Rede Cegonha (MENDES, 2011).

A Rede Cegonha apresenta uma estruturação estratégica, para implementar uma rede de cuidados com a finalidade de assegurar às mulheres o direito do planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, ao parto, ao puerpério e as crianças o direito do nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BAGGIO et al., 2016).

Para que o processo ocorra de forma eficiente, eficaz e com efetividade, a Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico. Por conseguinte, garantindo a assistência contínua de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território com qualidade adequada, custo correto e responsabilização sobre os resultados sanitários referentes a essa população (FRANK et al., 2016).

Fundamentada nos princípios da Rede Cegonha, em 2012, ocorreu à implementação, no Paraná, da Rede Mãe Paranaense definida como um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, acompanhamento no pré-natal com consultas e exames, a estratificação de risco da gestante e da criança, o atendimento em ambulatório especializado e a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o seu risco gestacional. Tem como missão promover o cuidado seguro e de qualidade na gestação, no parto, puerpério e as crianças menores de um ano de idade, e tendo como resultado a redução da mortalidade materno- infantil (PARANÁ, 2012).

Considerando que a população materno-infantil continua sendo uma das prioridades governamentais, com implementação de políticas públicas para qualificar os cuidados desde o período gestacional, o parto e o seguimento da mulher e da criança, após a alta da maternidade, além da deficiência de pesquisas que avaliem

os programas implementados, em especial, na perspectiva da usuária, idealizou-se o presente estudo. Portanto, emergiu o seguinte questionamento: Como a mãe percebe a assistência recebida ao filho nos primeiros seis meses de vida pela atenção primária? Deste modo, o objetivo deste estudo foi apreender o vivido materno frente o acompanhamento do filho até o sexto mês de vida pelo serviço de atenção primária a saúde, após alta da maternidade.

3.2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa fundamentado na Fenomenologia Social de Alfred Schütz, a qual se baseia na compreensão e interpretação da ação social de fenômenos humanos relacionados ao processo saúde-doença e, principalmente, as situações vividas em diferentes cenários assistenciais e de atenção à saúde. Sendo assim, o “motivo por que” estão relacionados às vivências passadas e presentes a partir do estoque de conhecimentos disponíveis. Já, o “motivo para”, é a orientação para a ação futura (ato antecipado, imaginado, significado subjetivo da ação). Nesse sentido, a Fenomenologia Social possibilita compreender o vivido materno a partir de suas relações sociais (SCHÜTZ, 2012; CALDEIRA, 2016), integrado a amplo projeto de pesquisa multicêntrico intitulado “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

A seleção das mães foi realizada após a coleta de dados quantitativos, que ocorreu na primeira fase da pesquisa. Nesta fase foram incluídas as mães que realizaram seu parto em uma maternidade da região Sul do Brasil e que atendem gestantes de risco habitual e intermediário, a fonte de dados foram os prontuários, Carteira de Saúde da Gestante e levantamento de dados não esclarecidos ou que não constam nos documentos mediante perguntas para a mulher/usuária sobre o pré-natal, parto, nascimento e desenvolvimento da criança nestes primeiros seis meses de vida.

Na primeira fase da pesquisa participaram 230 mães, para a segunda fase do estudo, foi realizado sorteio intencional, de acordo com a região de moradia (norte, sul, leste e oeste). Após foi realizado contato telefônico para confirmar o endereço,

agendar data e horário da entrevista. As entrevistas aconteceram na primeira visita domiciliária (seis meses após o nascimento), período que há maior busca por cuidado puerperal e da criança nos serviços de saúde.

Os critérios de inclusão adotados nesta etapa foram mães que realizaram o parto na maternidade de baixo risco e que receberam atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e foram excluídas mães que não utilizavam as unidades de atenção básica para acompanhamento do filho.

Após este processo selecionou-se para o presente estudo 19 mães classificadas como risco gestacional Habitual e Intermediário. As entrevistas foram realizadas após o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, o aceite da mãe com a garantia do anonimato e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a julho de 2019, por meio de entrevista semiestruturada. As questões norteadoras foram: 1) Você recebeu visita da equipe de saúde na primeira semana de vida do (a) seu (sua) filho (a); Conte-me sobre essa visita; 2) Após receber alta da maternidade conte-me como foi o seu acompanhamento e do bebê no serviço de saúde no primeiro mês após o parto; 3) Até agora (após os primeiros 30 dias pós-parto até o 6º mês) conte me como aconteceu o acompanhamento do seu bebê pelo serviço de saúde; 4) Comente sobre o acesso à unidade básica de saúde para realizar puericultura/ avaliação do seu filho (a) do seu filho? Com que frequência? Por qual profissional?

A duração média das entrevistas foi de 50 minutos, considerando a interação inicial e a entrevista que foram gravadas em aparelho celular android. Ao término solicitava-se à mãe que a ouvisse, garantindo a ela o direito de alterar as informações, caso considerasse necessário.

Para delimitação do número de participantes na coleta de dados qualitativos considerou-se o momento que ocorreu a repetição das convergências e divergências dos “motivos por que” e “motivos para”. Sendo esta ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde, entre outras. É utilizada para estabelecer o tamanho final da amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (MINAYO, 2017).

Schutz, por meio da pesquisa qualitativa propõe uma investigação social para avaliar o comportamento das pessoas no mundo cotidiano. Essa compreensão vem se tornando um sinalizador do cuidado em saúde (JESUS et al., 2013).

Os “motivos por que” estão relacionados às realizações passadas, já concluídas, e que podem influenciar nas ações atuais. Fundamentado neste contexto, obteve-se o acesso ao cotidiano das mães nos primeiros seis meses de vida do filho relacionados à assistência recebida na atenção primária. Já, os “motivos para”, estão relacionados às expectativas quanto à assistência que desejavam terem recebido.

Para a organização e a análise do material qualitativo cumpriram-se os seguintes passos: 1º- leitura atenta e criteriosa de cada depoimento na íntegra para apreender o sentido global da experiência vivida pelas mães; 2º- releitura de cada depoimento para identificar aspectos comuns que expressam os conteúdos relacionados aos “motivos por que” e “motivos para”; 3º- agrupamento dos aspectos comuns conforme convergência de conteúdos para composição das categorias concretas; 4º- análise das categorias para compreensão da experiência vivida pelas mães; 5º- constituição do tipo vivido a partir do conjunto de “motivos por que” e “motivos para” expressos na análise das categorias; 6º- discussão do tipo vivido à luz da Fenomenologia Social (JESUS et al., 2013).

O estudo foi norteado pelos princípios da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a pesquisa foi realizada após a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, Parecer: 2.053.304 e CAAE: 67574517.1.1001.5231. Para preservar o anonimato das mães as descrições das falas estão apresentadas utilizando-se a Letra M de mãe. Em seguida, colocou-se o número correspondente à ordem de execução das entrevistas.

3.3 RESULTADOS

Em relação à caracterização das 19 mães participantes, a média de idade foi entre 15 a 36 anos. No que tange a raça 09 (48%) se autodeclararam negras e pardas. Quanto à escolaridade, 06 (30%) apresentam ensino superior incompleto e 05 (29%) ensino médio completo. Em relação ao estado civil, 15 (81%) são casadas

e/ou em união estável. Quanto à ocupação 12 (67%) não exercem atividades remuneradas.

Da análise das falas das participantes emergiram duas unidades temáticas, sendo a primeira, referente aos “motivos por que”: Vivenciado o acompanhamento do filho pela atenção primária nos primeiros seis meses de vida (Visita domiciliar na primeira semana de vida; Seguimento do filho pela atenção primária até o sexto mês de vida); e a segunda referente aos “motivos para” Desejos e expectativas frente à assistência recebida para o filho pela atenção primária (Almejando a proximidade com os profissionais e a unidade de saúde).

Vivenciado o acompanhamento do filho pela atenção primária nos primeiros seis meses de vida (“motivos por que”)

Entre os “motivos por que” apreendeu-se o concreto vivido pelas mães referente à assistência recebida na atenção primária.

Visita domiciliar na primeira semana de vida

A visita domiciliar realizada pelos profissionais de saúde da atenção primária deve ocorrer na primeira semana de vida do recém-nascido, logo que o binômio receba alta hospitalar. Porém as mães que puderam concretizar a experiência da visita domiciliar ao relatarem suas vivências foi possível identificar que em muitas ocasiões esta visita não ocorreu como preconizado pelo Programa Rede Mãe Paranaense, os profissionais avaliaram a criança ou somente a mãe, em outras situações não ocorreu a avaliação e identificação de fatores de riscos como o risco do desmame precoce e necessidade de orientações referentes ao aleitamento, em algumas situações os profissionais somente questionaram se estava tudo bem, mas não ocorreram orientações.

Do posto de saúde, recebi sim da enfermeira e das auxiliares que vieram fazer a visita. [...] Elas olharam o seio para ver se não tinha nenhuma rachadura, viram se o bebê estava pegando o seio normal, [...] viram também o umbiguinho do bebê para ver se eu estava fazendo a higiene normal, tive toda essa orientação delas também.
(M 1)

Sim, elas vieram para marcar pediatra, e para mim também o retorno. **(M 2)**

Sim, recebi duas visitas do posto. Elas chegaram, mediram, viram certinho como que eu estava fazendo a higienização da nenê. **(M 3)**

Sim, olharam o bebê, deram orientação também porque estava calor, falaram para eu não deixar com muita roupa e explicaram coisas mais de cuidado. (M 5)

Sim. Ela só me pesou, viu se estava tudo bem comigo, pesou ele e olhou ele também só e foi embora. (M 15)

As enfermeiras vieram, duas meninas. Elas olharam o neném e me examinaram também. [...] (M 16)

Recebi. Acho que foi a enfermeira, foram duas mulheres. Elas olharam a bebê pegando o peito, mediram minha pressão, ouviu o coração do bebê. (M 17)

Veio a agente comunitária. Acho que veio uma enfermeira junto com ela [...] só veio aqui perguntar se eu estava bem. (M 19)

Algumas mães levaram seus filhos até a unidade de saúde antes da chegada da equipe em seu domicílio.

Não, fui eu que levei no posto [...] porque eu queria marcar as consultas dela, eu sai da maternidade e já quis ir atrás, então nem deu tempo deles irem em casa. (M 6)

[...] ninguém do posto veio na primeira semana, eu recebi a alta no domingo e na segunda-feira já fui levar meu filho no posto, pois ele estava “amarelinho”, então elas já agendaram as consultas e por isso não vieram em casa. [...] (M 8)

Nenhuma pessoa do posto veio em casa. Tive que levar minha filha de volta na maternidade para fazer o teste da orelhinha, do pezinho, do olhinho, pois quando recebi alta não tinham os doutores que fazem esses exames e depois fui ao posto marcar as consultas, mas ninguém nunca foi em casa não. (M 9)

Não, ninguém veio em casa [...] o pessoal do posto tinha ido um dia antes da minha alta quando eu ainda estava na maternidade, daí eles deixaram um recado com meu marido com o dia da consulta para levar o meu filho lá para passar pela pediatra e fazer as vacinas. (M11)

No entanto, algumas mães participantes deste estudo referiram que esta visita não ocorreu como observado nos depoimentos a seguir.

Não recebi nenhuma visita, nem eu, nem meu filho. Fui eu que levei no posto (M 4)

[...] ninguém veio em casa. Eu procurei o posto de saúde [...] (M 7)

Não, ninguém. Fui eu que levei ele no posto, ninguém veio em casa (M 10)

Não recebi visita em casa, mas fui orientada na maternidade que assim que tivesse alta deveria leva-lo (bebê) no posto. (M12)

Não, com dezessete dias eu fui ao postinho apresentar ele, daí elas pediram o documento, fizeram a puericultura nele, fizeram alguns exames, passou pela pediatra, tomou vacina. (M14)

Não recebi visita em casa do pessoal do posto, porque meu filho nasceu na semana do Natal, então já viu ninguém ia vir. (M18)

Em relação ao acompanhamento destas crianças pela atenção primária as mães contaram que vivenciaram a puericultura de seus filhos, no entanto algumas enfatizaram a falta do profissional pediatra nos atendimentos, sendo este substituído pelo médico clínico geral, como pode-se observar nos relatos a seguir.

Seguimento do filho pela atenção primária até o sexto mês de vida

Algumas crianças receberam o acompanhamento por equipes multidisciplinares, por meio de consultas compartilhadas, médico clínico geral, intercaladas com os enfermeiros, mantendo o preconizado pelo PRMP de consultas mensais.

[...] no momento estamos sem a pediatra no posto, ele está passando com o clínico geral, um mês passa com essa médica que não é pediatra, e outro mês com a enfermeira e tem um grupo para mães na igreja (puericultura compartilhada). (M 1)

[...] no nosso posto tem pediatra ela passa um mês com ela e outro mês com a enfermeira, também passa por consulta com o dentista. Mas, agora não está agendando mais, pois ela vai fazer seis meses, mas antes estava de mês em mês. Eles pesavam, mediam, e olhavam se estava tudo bem, mas agora é para eu levar só se ela tiver alguma coisa. (M 2)

[...] ela tem acompanhamento no posto todo mês, ontem mesmo ela teve puericultura com a enfermeira. Um mês é puericultura com a enfermeira e no outro com o pediatra, as vacinas dela também estão em dia. (M 3)

[...] a gente vai uma vez por mês no posto para fazer a puericultura, a consulta com a doutora é mais espaçada agora, no começo era mais pertinho, a gente tinha dificuldade com o peso, depois controlou o peso, então hoje acompanha mais com as meninas (enfermeiras) e com a doutora um pouquinho mais espaçado. (M 8)

Como não tem pediatra mais ali no posto, agora que eles marcaram, mas é clínico geral. Mas pediatra mesmo, assim rotina, não. [...] A enfermeira (acompanha a puericultura). Faz conjunta (puericultura

compartilhada) tem um mês que é conjunta, no outro é individual. [...]
(M 10)

Outras crianças tiveram atendimento, porém fora do intervalo preconizado conforme os relatos a seguir.

[...] agendou a primeira consulta quando ele tinha mais ou menos um mês daí foi com a enfermeira, e foi intercalando com o médico clínico geral, pois não tem pediatra, como ele teve problema com o peso ele teve bastante acompanhamento até os quatro meses, todo mês [...]
(M 4)

[...] acho que passei com meu filho umas três vezes em consulta com a pediatra, nestes seis meses, com a enfermeira foi só a primeira consulta [...] **(M 17).**

[...] Então, eu o levei para passar pelo pediatra, umas duas vezes nestes seis meses e passou uma vez só com a enfermeira e nunca mais, só quando nasceu [...] **(M 18)**

Já em relação às reflexões maternas frente às expectativas da assistência ao filho na atenção primária, destacou-se o desejo pela proximidade com os profissionais de saúde com consultas mais frequentes e redução do tempo de espera para atendimento.

Desejos e expectativas frente à assistência recebida para o filho pela atenção primária (“motivos para”)

Almejando a proximidade com os profissionais e a unidade de saúde

Algumas mães elogiam o serviço de saúde, como pode-se observar.

[...] a saúde não é ruim, o atendimento do posto não é ruim. **(M 13)**

[...] eu desejo que eles (profissionais) sejam sempre assim, eu sei que tem os que são bons e os que não são, mas os que me atenderam graças a Deus foram muito atenciosos. [...] **(M 11)**

Porém elas reconhecem que existe falta de profissionais para a assistência prestada.

[...] acho que precisava de mais médicos nos postos de saúde, para ter mais atendimento, porque a procura é grande, mas não está tendo profissional. [...] **(M 9)**

[...] só que são muitas pessoas que usam o benefício e poucas pessoas para atender [...] *é preciso ter mais profissionais e que eles estejam comprometidos em nos ajudar.* **(M 13)**

[...] na área da saúde, às vezes não tem tanta especialidade, na hora que a gente procura nas UBS, é muita gente para poucos médicos atender. [...] **(M 14)**

Algumas mães reclamam a falta de periodicidade no atendimento, além da demora para conseguir atendimento.

[...] No parto não tenho do que reclamar, agora depois do parto acho que deveriam ter mais acompanhamento da mãe e da criança também [...]. **(M 2)**

[...] mais agilidade com certeza, pois muitos profissionais são muito parados e daí o atendimento demora muito [...]. **(M 19)**

3.4 DISCUSSÃO

Frente à importância do seguimento da criança no primeiro ano de vida, pela equipe da atenção primária, que deve ser iniciada na primeira semana de vida após a alta hospitalar com a visita domiciliar e diante dos relatos maternos relacionados a esta assistência ao seu filho, foi possível compreender o mundo vivido destas mães, por meio dos “motivos por que”.

A visita domiciliar deve ocorrer entre cinco a sete dias após a alta deste recém-nascido da maternidade, no entanto, algumas mães não puderam vivenciar esta assistência, referindo que o primeiro contato com a atenção primária ocorreu no momento em que estas procuraram a UBS para agendamentos e busca de documentos.

O período neonatal precoce, correspondente à primeira semana de vida representa um período de grande vulnerabilidade para o recém-nascido, portanto, a atenção à saúde da criança deve ser voltada para a identificação e enfrentamento dos principais problemas e condutas preventivas, a fim de garantir o seu adequado crescimento e desenvolvimento (LUCENA et al., 2018).

Neste sentido, o cuidado integral e multiprofissional ao recém-nascido na primeira semana após o parto, tem a finalidade de identificar sinais de risco que possam comprometer o seu crescimento e desenvolvimento saudável, visa orientar as mães acerca dos cuidados com o mesmo, incentivar o aleitamento materno, oferecer apoio às dificuldades apresentadas, contribuindo assim, para a redução da morbimortalidade infantil (LUCENA et al., 2018).

No dia da alta, o hospital/maternidade de nascimento deste bebê deve entregar a cartão de Saúde da Criança com os dados registrados para mãe e comunicar à Unidade de referência sobre as condições de saúde da mãe e do recém-nascido. A partir desse comunicado, a equipe de saúde deve programar a visita domiciliar (CALDEIRA et al., 2017). No entanto, apesar dos benefícios e importância da visita domiciliar logo após a chegada da criança em seu domicílio, algumas mães não vivenciaram essa assistência.

Conforme instituído pela Rede Mãe Paranaense a Equipe de saúde da Atenção Primária é responsável pela assistência das crianças residentes na sua área de abrangência devendo realizar visita domiciliar precoce para puérperas e os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar até o 5º dia e agendar consulta na Unidade de Saúde (PARANÁ, 2018).

Em um estudo realizado em três maternidades no norte da França que participam da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e possuem diretrizes semelhantes aos do Brasil quanto ao acompanhamento da criança após a alta da maternidade, identificou as mesmas dificuldades deste estudo em relação ao atendimento dos profissionais no domicílio, e a não realização da visita domiciliar referindo que apesar da recomendação de uma visita domiciliar entre o sexto e o décimo dia de vida, está não ocorre (ROISNÉ et al., 2018).

Estes achados corroboram com estudo que teve como objetivo descrever as ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família acerca da primeira semana no cuidado ao recém-nascido. Observou-se que as ações identificadas na primeira visita ao bebê se basearam nas orientações maternas acerca dos cuidados básicos ao recém-nascido, aleitamento materno, testes de triagem neonatal, imunização e puericultura, bem como avaliação da puérpera, no entanto, por vezes eram realizadas fora do período recomendado e com orientações incompletas e desatualizadas (LUCENA et al, 2018).

No entanto, algumas mães se sentiram contempladas com a presença dos profissionais em seus domicílios referindo que receberam diversas orientações, bem como foram assistidas integralmente.

No que tange ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do filho, vividos pela mãe na atenção primária, emergiram inúmeras dificuldades, como

o não cumprimento da periodicidade de acompanhamento da criança, a ausência de profissionais especializados para este acompanhamento. Em decorrência da dificuldade pelos profissionais de assistirem a estas crianças. Estratégias tem sido desenvolvidas, como intercalar puericulturas individualizadas realizadas por médicos pediatras e na sua ausência, por clínicos gerais e enfermeiros, associadas as puericulturas compartilhadas, do qual participam de modo geral, equipe multiprofissional vinculadas ao Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O que vem ao encontro com um estudo que avaliou o acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de Saúde da Família do município de Queimadas, Paraíba, identifica que as ações de acompanhamento do crescimento não estão efetivamente consolidadas, em função da existência de ações realizadas em discordância com o que preconizam as políticas públicas de atenção à saúde da criança de acordo com o Ministério da Saúde, encontrando problemas como falta de profissionais e ausência de capacitação (ROCHA; PEDROZA, 2013).

Em outro estudo que teve como objetivo analisar as ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro durante as consultas de puericultura, apresentou alguns resultados próximos ao referir que as ações desenvolvidas pelos enfermeiros nas consultas de puericultura estão muito aquém o estabelecido pelas diretrizes de atenção à saúde da criança (VIEIRA et al., 2018).

A Atenção Primária tem como atribuições organizar as ações de acompanhamento, por meio da puericultura é possível estar mais próximo da situação de saúde da criança de forma que tenha como referência o serviço mais próximo da sua residência, organizada ou não por meio da estratégia Saúde da Família, com o objetivo de detecção precoce de risco para possíveis encaminhamentos e/ou acompanhamento e monitoramento mais frequente pela equipe de saúde desta unidade (HUÇULAK, PETERLINI, 2014; ZANARDO et al., 2017).

O vínculo entre a equipe da Atenção Primária e a família para o acompanhamento da criança deve, preferencialmente, ser iniciado desde o pré-natal para que a continuidade seja estabelecida. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da atenção integral à saúde da criança, com o registro sistemático na Carteira de Saúde da Criança das curvas de peso, comprimento,

perímetro cefálico, índice de massa corporal, marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, intercorrências, vacinação, orientações no cuidado (alimentação, higiene e prevenção de acidentes) e identificação de violência e quanto a periodicidade deverá acontecer mensalmente até o sexto mês de vida (PARANÁ, 2018; SANTOS et al., 2019).

A atuação da equipe multiprofissional, com ênfase às ações do enfermeiro, junto às gestantes e puérperas é primordial para integrar o recém-nascido aos serviços de saúde, ampliar as condutas para além da unidade básica, empoderando as mães a partilharem suas dúvidas e dificuldades em relação às práticas seguras de cuidado à criança (VASCONCELOS et al., 2019).

Considerando o contexto de experiências vivenciadas pela mãe frente ao seguimento do filho nos primeiros seis de vida pela atenção primária possibilitou o surgimento de expectativas (motivos para).

As mães acreditam que há necessidade de mais profissionais no sistema de saúde, com capacitação para atuarem nos serviços, compromissados em realizar as ações necessárias para melhoria da qualidade da assistência e almejam maior proximidade com os profissionais e agilidade no tempo de espera por atendimento.

As Unidades de saúde necessitam, entre outras ações, de uma força de trabalho adequada, para alcançar o objetivo de reduzir as barreiras no acesso da população à Rede de Atenção à Saúde. A disponibilidade de profissionais de saúde com competências relevantes, em número suficiente, alocados onde são necessários, é essencial para o gerenciamento e a prestação dos serviços de saúde em todo o território nacional. O desequilíbrio na força de trabalho, como a má distribuição geográfica e, em particular, a falta de recursos humanos qualificados nas regiões rurais ou carentes é um problema social e político que afeta quase todos os países. Associado com a desigualdade socioeconômica, este desequilíbrio reduz o acesso da população aos serviços de saúde (OLIVEIRA et al., 2017).

Em um estudo referente à influência da Estratégia Saúde da Família (ESF) no uso de serviços de saúde por crianças brasileiras menores de cinco anos de idade verificou que as crianças residentes de domicílios com cobertura da ESF têm piores condições socioeconômicas, sanitárias e de saúde, porém elas tiveram estimativas

de consultas médicas e de internações hospitalares próximas a de crianças sem esse vínculo assistencial, o que sugere que ESF pode corrigir desigualdades individuais e contextuais que impactam a saúde dos brasileiros ao favorecer o uso de serviços de saúde por crianças mesmo quando possuem piores condições de vida e saúde (OLIVEIRA; MOREIRA; LUIZ, 2019).

Esta pesquisa teve como limitação o fato de ter sido realizado apenas com mães de um único município não sendo possível a generalização dos resultados.

3.5 CONCLUSÃO

O desenvolvimento deste estudo possibilitou a compreensão de como as mães vivenciam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho pela atenção primária. A implementação do Programa Rede Mãe Paranaense no cuidado a criança é importante para se realizar uma assistência integral no seu primeiro ano de vida.

No entanto, foram identificadas fragilidades nas ações das equipes referentes à assistência a essa população, relacionadas ao não cumprimento da primeira visita domiciliar a criança até o quinto dia de vida. E nas situações em que ocorreram a mesma não foi realizada conforme preconizado pelo Programa Rede mãe Paranaense visto que ocorreram orientações incompletas e fragmentadas.

Em relação às consultas de puericultura, as mães em sua maioria vivenciaram esta assistência, no entanto, alguns problemas foram referenciados como ausência de médicos pediatras, periodicidade inadequada das consultas.

Em contrapartida a estes aspectos que merecem serem discutidos algumas mães avaliam as consultas de puericultura e a capacidade dos profissionais como excelentes, respondendo as suas expectativas. Porém a maioria almeja maior contato com os profissionais atuantes no cuidado a criança na atenção primária.

Com isso, surge a necessidade de uma ação conjunta de Educação Permanente com os profissionais das Unidades de Saúde e gestores, a fim de capacita-los para o cuidado à criança, no sentido de contemplar as diretrizes preconizadas, fornecendo assim, um cuidado integral em saúde a essa população.

Também se faz necessário novos estudos que abordem as percepções das mães e dos usuários dos serviços de saúde, de forma a tornar mais evidente essa estratégia de cuidado e, assim, contribuir para o acompanhamento da criança.

3.6 REFERÊNCIAS

- BAGGIO, M. A et al. "Programa Rede Mãe-Paranaense: Análise da atenção Pré-Natal em uma Regional de Saúde." **Cogitare Enfermagem**, 2016. v. 1, n. 3, p. 1-10. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45301/pdf>. Acesso em: 02 abr 2019.
- CALDEIRA, S. et al. Vivência de mulher idosa tabagista: um estudo na Fenomenologia Social de ALFRED SCHÜTZ. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e-953, 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1086>. Acesso em: 22 mai 2019.
- CALDEIRA S. et al. Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e-992, 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1128>. Acesso em: 02 abr 2019.
- FRANK, B. R. B et al. "Avaliação da Implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná." **Saúde em Debate**, v. 40, n. 109, p. 163-174 2016. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/bitstream/tede/669/1/BrunaFrank.pdf>. Acesso em: 03 jun 2019.
- HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense - relato de experiência. **Espaço para a saúde**, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014. Disponível em: <http://168.194.69.20/index.php/espacosauade/article/view/541>. Acesso em: Acesso em: 02 abr 2019.
- JESUS, M.C.P de et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 736-741, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.
- LUCENA, D.B.A, et al. Primeira semana saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 2018;39:e2017-0068. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v39/1983-1447-rgenf-39-e2017-0068.pdf>. Acesso em: 03 jun 2019.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MINAYO M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4111455/mod_resource/content/1/Minayosaturacao.pdf. Acesso em: 20 mai, 2018.

OLIVEIRA, A. P. C, et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017. Disponível em:

<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desafios-para-assegurar-a-disponibilidade-e-acessibilidade-a-assistencia-medica-no-sistema-unico-de-saude/15916?id=15916>. Acesso em: Acesso em: 03 jun 2019.

OLIVEIRA, B.L.C.A; MOREIRA, J. P.L; LUIZ, R.R. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por crianças no Brasil: análise com escore de propensão dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1495-1505, 2019. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000401495&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 dez 2019.

ROCHA A.C.D, PEDROZA, D.F. Acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de saúde da família do município de Queimadas. Paraíba, Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 1169-78, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/36.pdf>. Acesso em 05 dez 2018.

ROISNÉ, J. Newborn follow-up after discharge from the maternity unit: compliance with national guidelines. **Arch Pediatric**, v. 25, n. 2, p. 95-99, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29395890>. Acesso em 20 oct, 2019.

SANTOS DOS SANTOS, Gabrieli et al. Contributions of Better Childhood for growth and child development in family perception / Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias.

Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, v. 11, n. 1, p. 67-73, 2019. ISSN 2175-5361. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6465>>. Acesso em: 08 dez 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA-PR). **Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia**. SESA-PR: Curitiba-PR, 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA-PR). **Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia**. 7ª ed. SESA-PR: Curitiba-PR, 2018.

SCHÜTZ, A. **Sobre fenomenologia e relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.

VASCONCELOS, M. L, et al. Cuidado à criança menor de seis meses no domicílio: experiência da mãe primípara. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, e-20180175, 2019.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v23n3/pt_1414-8145-ean-23-03-e20180175.pdf. Acesso em: 21 out, 2019.

VIEIRA, D.S. et al. A Prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Texto contexto – enfermagem**, v. 27, n. 4, 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000400318&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 dez 2019.

ZANARDO G.M. et al. Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão narrativa da literatura. **Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 13, p. 55-69, 2017. Disponível em: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/2561>. Acesso em: 05 dez 2019.

4 ESTUDO 2: FILHO DE MÃES CLASSIFICADAS COMO ALTO RISCO GESTACIONAL: SEGUIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

RESUMO

Objetivo: desvelar o vivido das mães classificadas como alto risco gestacional frente o acompanhamento da puericultura de seus filhos pela atenção primária. **Método:** estudo qualitativo fundamentado no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Schütz, que ocorreu de janeiro a julho de 2019. A amostra foi constituída por dez mães classificadas como alto risco gestacional que tiveram seus partos em uma maternidade pública localizada na região norte do Paraná. **Resultados:** Após análise dos discursos emergiram duas unidades temáticas sendo a primeira referente aos “motivos por que”: Vivenciando a realidade da puericultura, e o segundo “motivos para”: Desejando um cuidado de qualidade. **Conclusão:** as mães perceberam fragilidades na assistência da atenção primária ao filho, pois identificaram a ausência da visita domiciliar, não periodicidade nas consultas de puericulturas, bem como divergem em relação à puericultura compartilhada, acreditam que pode ser um momento de trocas de experiências, porém não oferece a avaliação física individual adequada.

DESCRITORES: Cuidado da criança, Programas Governamentais, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem Pediátrica, Puericultura.

4.1 INTRODUÇÃO

A classificação de risco gestacional resulta das condições clínicas da gestante, a mesma pode ser classificada pela atenção primária como risco habitual (RH), quando não há nenhum fator que possa comprometer a gestação, ou seja, não apresenta fatores de risco individual, sociodemográficos, história reprodutiva anterior, de doença ou agravo; risco intermediário (RI), gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, e alto risco gestacional (AR), que abrange gestantes que apresentam fatores de risco, como condições clínicas preexistentes (hipertensão arterial, cardiopatia, dependência de drogas, obesidade mórbida, entre outras) e intercorrências clínicas (placenta prévia, sangramento de origem uterina, trabalho de parto prematuro, entre outras (PARANÁ, 2018).

Espera-se que as crianças que recebem alta das maternidades após nascimento sejam acompanhadas pelo serviço de saúde para observação do crescimento e desenvolvimento, por se tratar de um grupo etário que é mais suscetível e vulnerável a agravos, avaliando o contexto socioeconômico, ambiental e cultural (SANTOS et al., 2016).

A puericultura é conceituada como a ciência que agrega noções de fisiologia, higiene, nutrição, sociologia, cultura, desenvolvimento e comportamento capazes de promover o desenvolvimento físico e psíquico das crianças. As ações de cuidado nestas consultas visam à promoção da saúde, prevenindo agravos e dessa forma, oferecendo melhor qualidade de vida à criança e família, a partir das orientações dos profissionais de saúde (COSTA et al, 2012).

Somado a este contexto, a puericultura se torna essencial quando atrelada ao acompanhamento da criança considerada de risco, sejam por fatores inerentes exclusivamente as suas condições clínicas, como a prematuridade, por exemplo, ou seja, vinculada a gestação considerada de alto risco.

Visando garantir a integralidade das ações para o público materno infantil foi implantado, em 2012, pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR), o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP) que tem como atribuição a realização da

visita domiciliar precoce para puérperas e os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar até o quinto dia de vida, possibilitando verificar o estado geral da criança e estimular o aleitamento materno exclusivo, bem como o acompanhamento da criança para avaliação do seu crescimento e desenvolvimento por meio da puericultura (PARANÁ, 2018).

Deste modo, inicia-se o acompanhamento da criança com a visita domiciliar. No Brasil esta atividade é realizada pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando à prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da saúde da comunidade. Ela permite o cuidado à saúde das famílias de forma mais humana, estabelecendo vínculo entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, estreitando o acesso da população às Unidades de Saúde (ANDRADE et al., 2014).

O acompanhamento desta criança por meio da puericultura visa garantir e manter a qualidade de vida dessa população, visto que a assistência à criança no Brasil, tem se baseado nas premissas da promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos na infância, em conjunto ao acompanhamento programado do crescimento e desenvolvimento (GUBERT et al., 2015).

Compreendendo que este cuidado se torna primordial na população considerada de alto risco emergiu o seguinte questionamento: Como a mãe classificada como gestante de alto risco está vivenciando o acompanhamento da puericultura de seu filho? Portanto, o objetivo deste estudo foi desvelar o vivido das mães classificadas como alto risco frente o acompanhamento de seus filhos pela atenção primária.

4.2 MÉTODO

Estudo do tipo descritivo de abordagem qualitativa. O referencial teórico-metodológico adotado foi a Fenomenologia Social de Alfred Schütz, que fundamenta e compreende a ação dos sujeitos em mundo social, referenciando as relações intersubjetivas, registradas em sua experiência vivida. Os sujeitos atuam, agem e interagem em seu mundo social com intenções recíprocas, impulsionados por motivações. Nesse sentido, o "motivo por que" está relacionado às vivências passadas e presentes a partir do acervo de conhecimentos disponíveis, desta forma

sendo acessível ao pesquisador desvelar as vivências das mães em relação ao acompanhamento da puericultura de seu filho. O "motivo para" é a orientação para a ação futura, ou seja, as expectativas destas mães frente ao acompanhamento de seu filho na atenção primária (JESUS et al., 2013.; CALDEIRA et al., 2016).

Este estudo é parte de uma pesquisa multicêntrica financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) intitulado "Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança".

A seleção das mães foi realizada após a coleta de dados quantitativos (1ª etapa da pesquisa - na maternidade referência para gestação de alto risco, por meio de análise em prontuários, Carteira de Saúde da Gestante e levantamento de dados quanto ao pré-natal, pré-parto, parto e nascimento).

A maternidade local de nascimento dos filhos das mães participantes deste estudo é integrante de um hospital Universitário, terciário, que dentre diversos serviços presta assistência a gestantes de alto risco, com um ambulatório de especialidades que acompanha gestantes classificadas como AR pela atenção primária e referenciada ao serviço, no entanto, esta maternidade também recebe gestantes de AR de outros dois ambulatórios do município. Vale ressaltar que diariamente a atenção primária dos municípios que compõem a 17ª Regional de Saúde, são informados dos nascimentos, por meio, de envio dos dados por endereço eletrônico e, posteriormente, a 17ª RS envia a cada Unidade Básica de Saúde referência para a gestante, de acordo com o endereço de moradia.

Este estudo aborda a 2ª etapa da pesquisa, o qual selecionou-se as mães por meio de sorteio intencional. Foram incluídas apenas as mães classificadas como gestantes de AR que residiam na área urbana, e excluídas mães que não utilizavam o serviço de atenção básica para acompanhamento do filho. As entrevistas aconteceram na primeira visita domiciliária (seis meses após o parto), no período de janeiro a julho de 2019.

Após contato telefônico para convidar as mães a participarem do estudo, após o aceite confirmava-se o endereço e agendava data e horário da entrevista, respeitando as disponibilidades de entrevistadas e entrevistadores para confirmar o endereço e agendar data e horário da entrevista. No acerto entre as disponibilidades

de entrevistadas e entrevistadores, foram agendados dias e horários com as mulheres que participaram da primeira fase da pesquisa.

Após este processo obteve-se a participação para o presente estudo de 10 mães classificadas como alto risco gestacional, que tiveram seus partos em uma maternidade pública localizada na região norte do Paraná, referência para gestação de alto risco.

Para delimitação do número de participantes considerou-se o momento que foi possível identificar e aprofundar as convergências e divergências dos “motivos por que” e “motivos para” constituindo-se o tipo vivido das mães classificadas como alto risco frente o acompanhamento da puericultura de seus filhos pela atenção primária (MINAYO, 2017).

As entrevistas foram realizadas após o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa, o aceite da mãe com a garantia do anonimato, e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados foi utilizado as seguintes questões norteadoras: 1) Você recebeu visita da equipe de saúde na primeira semana de vida do (a) seu/(sua) filho (a). Conte-me sobre essa visita; 2) Até agora (após a alta do seu filho do hospital até o 6º mês) conte me como aconteceu o acompanhamento do seu bebê pelo serviço de saúde; 3) Que tipo de atendimento você esperava ter dos serviços e dos profissionais de saúde do seu município no cuidado com seu (sua) filho (a)?

Os depoimentos foram gravados com aparelho celular android e transcritos pelos pesquisadores. As entrevistas tiveram um média de duração de cinquenta minutos, as entrevistas foram transcritas na íntegra e minuciosamente e após realizou-se leitura atenta e criteriosa de cada depoimento na íntegra, procurando apreender o sentido global da ação social; identificando os “motivos por que” e aos “motivos para” e, posteriormente, a composição de categorias concretas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina com CAAE: 67574517.1.1001.5231 e Parecer: 2.053.304. Para preservar o anonimato das mães as descrições das falas estão apresentadas utilizando-se a Letra M de mãe. Em seguida, alocou-se o número correspondente à ordem de realização das entrevistas.

4.3 RESULTADOS

As dez mães participantes do estudo apresentaram uma média de idade entre 18 e 39 anos. Em relação à raça, 20% negras, 30% pardas e 50% brancas. Quanto ao nível de escolaridade, 10% possui ensino fundamental incompleto, 10% fundamental completo, 50% ensino médio completo, 20% ensino médio incompleto e 10% superior incompleto. Em relação ao estado civil, 90% são casadas e/ou em união estável, e 10% sem companheiro.

Quanto à remuneração, apenas 20% contam com renda fixa mensal. Em relação às doenças na gestação atual que levaram a classificação de alto risco 50% apresentaram doenças hipertensivas (pré-eclâmpsia, eclâmpsia e pré-eclâmpsia supra ajuntada), destas 20% associada à sífilis não tratada e 40% a toxoplasmose e 50% do total das participantes foram classificadas como AR devido trabalho de parto prematuro.

Em relação às características dos recém-nascidos a idade gestacional variou de 35 a 41 semanas e o peso de nascimento de 2000 a 4300 gramas, com Apgar de três a cinco no primeiro minuto e de seis a oito no quinto minuto.

Após análise e interpretação dos dados coletados, emergiram duas unidades temáticas: 1) Vivenciando a realidade da puericultura “motivos por que”, 2) Desejando um cuidado de qualidade “motivos para”.

Vivenciando a realidade da puericultura (motivos por que)

Após o nascimento, a captação para o acompanhamento da criança, em alguns municípios é realizada por meio de comunicação entre os serviços. Sendo assim, como preconizado a visita domiciliar deverá acontecer na primeira semana de vida da criança, momento de maior fragilidade e dúvidas da mãe quanto aos cuidados prestados ao filho.

Uma das mães do estudo pôde vivenciar a visita domiciliar como preconizado pela Rede Mãe Paranaense, onde recebeu orientações, sanaram dúvidas e avaliaram a criança, no entanto, não eram profissionais da atenção primária e sim vinculados a atenção terciária, local de nascimento de seu filho.

[...] quando ele nasceu umas estagiárias (residentes de enfermagem do hospital universitário) vieram em casa, trocaram ele, examinaram ele, eu tinha colocado muita roupa nele né (risos) que para mim ele estava com frio, foi onde eles falaram, que a mesma temperatura da gente é a dele, foi onde eu fui aprendendo. Tiraram um pouco da roupa dele, mas do posto não recebi visita não. Essas estagiárias que me pediram para leva-lo no posto para fazer puericultura, ele faz a cada dois meses [...] a última puericultura dele foi com cinco meses, e estou esperando eles marcarem a puericultura novamente. (M10)

Pode-se observar na fala da mãe a seguir que a mesma recebeu visita do profissional de saúde, no entanto, como o mesmo não se identificou ela desconhecia sua função na equipe multidisciplinar.

Recebi visita de uma pessoa do posto que usava jaleco azul, não sei o que ela era, ela só veio perguntar se meu filho estava bem porque como tinha nascido no hospital universitário, ele foi considerado bebê de risco, mas ela não entrou não só perguntou e foi embora, daí depois levei no posto teve uma consulta com o pediatra, depois ele não teve mais não, eu só o levo lá para as vacinas e para pesar, consegui levar ele na consulta com o pediatra duas vezes, só. (M 2)

Observou-se também que algumas mães não receberam a visita e quando ocorreu aconteceu após a primeira semana, é importante salientar que todas as mães deste estudo foram classificadas como alto risco e, deste modo, a visita domiciliar deveria ser prioridade nesta população.

[...] na primeira semana que ela chegou em casa ninguém do posto veio vê-la apesar do hospital ter dito que o pessoal do posto ia acompanhar pelo fato dela ser prematura, mas quando ela já estava com mais de um mês eles vieram, mas só para perguntar se estava tudo bem, não examinaram e não entraram aqui em casa. Daí lá no posto, eles olham o tamanho do crânio, daí medem a barriguinha, daí ouvem o coraçãozinho, olham o nariz, ouvido, como no posto as consultas demoram eu também acompanho no particular e lá o pediatra faz a mesma coisa. (M 5)

Algumas mães buscaram o atendimento na unidade básica de referência antes da chegada da equipe, almejando sanar dúvidas sobre os cuidados com o filho.

Quando ele nasceu ninguém do posto me procurou em casa fui eu que procurei o posto quando eu precisei ir à puericultura, acompanhar o peso do neném e para eles me ajudarem na amamentação, porque no início eu não tinha leite, depois que ele teve alta do hospital nas primeiras semanas que ele estava em casa não descia mais leite, passei por muito estresse, saía daqui desesperada, ia para o posto pedir, por favor, para alguém me

ajudar. Mas eu fui muito bem orientada, eles me pediram para tomar bastante líquido e melhorar a alimentação, daí aos poucos o leite foi voltando e meu filho foi ganhando peso. Daí por causa do peso o posto marcava puericultura todo mês. (M 4)

Outro ponto relevante, vivenciado pelas mães do estudo em relação ao acompanhamento do seu filho na puericultura estão relacionados ao número reduzido de consultas e ausência de alguns profissionais para o acompanhamento e seguimento do filho, visto serem crianças nascidas de mães de alto risco e, destes, alguns com baixo peso, filhos de mães com sífilis e toxoplasmose e recém-nascidos pré-termos.

Quando ele nasceu eu não recebi visita em casa eu tive que ir atrás, levar a carteirinha e os documentos dele no posto, aí eles marcaram a primeira vacina que era a BCG, e já marcaram a puericultura, que demorou quase duas semanas, depois as puericulturas passaram a acontecer a cada dois meses. A primeira com a enfermeira, depois a puericultura em grupo (puericultura compartilhada), que eu gostava mais, pois iam umas enfermeiras (acadêmicas e residentes de enfermagem) do hospital universitário, onde meu filho nasceu. Caso contrário passava por consulta com a pediatra, mas demora muito as consultas em torno de dois meses. (M 1)

[...] com o pediatra ele passa uma vez por mês. Quando ele tinha cinco meses ele participou do grupo de acompanhamento (puericultura compartilhada) foi o acompanhamento de puericultura, nutricionista, enfermagem, daí pesaram e mediram e agora com sete meses ela vai ter de novo essa puericultura em grupo. Mas, aquele acompanhamento mensal para crescimento de crânio, peitoral, toda essa avaliação ele não tem. (M 6)

Quando ele nasceu ele ficou uns dias internado porque nasceu antes do tempo, daí quando foi para casa ninguém do posto veio vê-lo então quando ele estava com uns 14 dias eu o levei lá, daí começaram o acompanhamento normal, puericultura, pediatra. Agora ele fez seis meses e daí liberaram da puericultura. (M 7)

Ninguém veio em casa quando ela nasceu daí no primeiro mês eu tive que levar ela no posto de saúde. Depois começou a passar pela pediatra de dois em dois meses, mas daí a médica pediu afastamento, isso já faz uns três meses, e agora que vai ter a consulta com ela, vai ser a terceira consulta nestes seis meses. (M 8)

Não recebi nenhuma visita em casa do pessoal do posto até hoje. Se dependesse do posto (risos). Inclusive eu falei que como eu estava de cesárea e meu filho nasceu prematuro fui orientada no hospital que eles (profissionais da UBS) viriam até mim, mas não veio ninguém. Daí fui até o posto para iniciar a puericultura. Aqui só fazem puericultura compartilhada, são vários profissionais, eles orientam, eu acho legal porque são vários bebês na mesma idade, pesam, as mães tiram as dúvidas. Eles me ensinaram a corrigir a idade do meu

filho, porque ele estava demorando para sentar, dai me explicaram que prematuro tem que corrigir a idade e me orientaram a estimular.
(M 9)

Desejando um cuidado de qualidade (motivos para).

Apreendeu-se que algumas mães consideram que seus filhos puderam vivenciar o acompanhamento nos primeiros seis meses de vida de modo satisfatório.

Sinceramente eu não tenho do que reclamar, foi muito bem atendida mesmo. **(M 4)**

Ah eu espero que continue assim sabe, do jeito que estão atendendo. Atendem a gente bem, sempre perguntam como meu filho está. Na vacinação eles tomam o devido cuidado para não chorar tanto. São bem atenciosos, quando levo no posto é bem atendido, aquele posto é muito bom, enfermeira, médico [...] **(M 8)**

Ah, no meu caso assim, eu não tenho do que reclamar não. Então para mim está tudo bem. **(M10)**

Os discursos mostram que há fragilidades e desafios para que se cumpram os objetivos propostos pela PRMP, qualificando a visita domiciliar e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento à criança por meio da puericultura. A ausência de alguns profissionais, bem como estratégias para acompanhar a criança como a puericultura compartilhada, foram referidos como aspectos que precisam de mudanças, visto estarem deixando a desejar na assistência.

[...] eu gostaria que o atendimento no posto melhorasse, pois neste momento está horrível **(M 1)**

[...] meu desejo é que tenha pediatra (risos). Pois o pediatra, que tinha parece que aposentou e desde o começo do ano está sem nada **(M 2)**

[...] eu acho que não deveria ter puericultura, porque agora é puericultura com um monte de gente (puericultura compartilhada). Acho que deveria ser só dele. Quando é só dele dão mais atenção, parece que quando é muitas crianças, eles (profissionais) querem sair correndo. **(M 3)**

Eles deixam muito a desejar, em muitas coisas, não informam direito, não prestam a atenção, deixa a gente sem informação não escuta o que a gente tem para falar, só querem que a gente escute o que eles

falam e pronto. [...] Ah, eu esperava mais compreensão e atenção da parte deles (profissionais de saúde). (M 5)

Gostaria de um pediatra que soubesse atender, porque o pediatra do posto eu acho o atendimento dele péssimo. No meu primeiro filho, o acompanhamento de puericultura foi excelente, ele foi todo mês ele tinha o acompanhamento da enfermeira pesando, medindo, vendo crânio, vendo alimentação, vendo amamentação, esse já não tem, então acho que é uma falta de acompanhamento que está acontecendo não só no meu posto, mas na maioria dos postos de saúde do município. (M 6)

A gente espera o melhor acompanhamento possível, as vezes não falo só o meu caso, mas tem mães até piores, que as vezes não tem como ir na puericultura, não é preguiça, eu tenho mais crianças, as vezes vai para uma puericultura com mais duas crianças eles não podem ficar lá no meio, não é fácil. Tem que ter mais interesse, ou encaixar. Já cheguei pedir para fazer sozinha, porque como eu ia fazer. (M 9)

4.4 DISCUSSÃO

No que tange aos “motivos por que”, destacou-se que as mães desconhecem a visita domiciliar na primeira semana de vida do recém-nascido, pois no momento da alta recebem apenas a orientação de buscar a Unidade de saúde mais próxima da sua casa. Estratégias de comunicação entre as equipes da maternidade e das Unidades Básicas próximas à residência devem ser pensadas e colocadas em prática para o melhor cuidado e desenvolvimento da criança.

A visita domiciliar é uma tecnologia de interação potencialmente capaz de contribuir, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), para o atendimento integral e humanizado. É um instrumento valioso que facilita a compreensão pelas equipes de saúde, das redes sociais familiares, seu modo de vida, cultura, crenças e padrões de comportamento (BRASIL, 2016).

Outro ponto, vivido e observado pelas mães deste estudo foram às deficiências nas consultas de puericulturas, visto serem crianças consideradas de risco o acompanhamento deve ocorrer de modo sistematizado e frequente, com a participação de profissionais qualificados, no entanto, observou-se a falta do profissional pediatra.

O médico pediatra é profissional integrante na assistência a criança na atenção primária, visto ser um dos profissionais responsáveis pela promoção de

saúde, prevenção de agravos, educação familiar, monitorização do crescimento, desenvolvimento e nutrição infantil, e reconhecimento dos seus desvios, bem como pela elaboração de diagnóstico e prescrição de tratamento (MOREIRA et al., 2015).

Outro profissional importante nesse processo é o enfermeiro que em sua consulta à criança presta assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de saúde-doença, executando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação de sua saúde. Sua realização envolve uma sequência sistematizada de ações: histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem, e avaliação da consulta. Esta prática assistencial foi legalizada pela Lei nº 7.498/86 que regulamentou o Exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro (CAMPOS et al., 2011).

Surge diante das fragilidades do seguimento da atenção primária a puericultura compartilhada, estratégia que vem crescendo nas Unidades Básicas, com o objetivo de garantir que todas as crianças menores de um ano sejam assistidas. No entanto, as mães divergem sobre esta nova puericultura, enquanto algumas sinalizam que a puericultura compartilhada propicia maior interação entre mães e espaço para dúvidas, outras referem que a puericultura individualizada propiciava maior atenção e possibilidade de identificar problemas individuais que a puericultura compartilhada não possibilita.

A multiprofissionalidade proporciona momento de trocas de experiência e corresponsabilidade pelo cuidado dos sujeitos, possibilitando uma visão holística e integral de modo a proporcionar uma assistência resolutiva e de qualidade. O desenvolvimento da consulta compartilhada é um espaço rico, de troca e conhecimento, além de proporcionar aos profissionais uma troca de saberes específicos de cada profissão e às equipes da ESF, maior interdisciplinaridade e corresponsabilidade pelo cuidado (IANISKI; MAI; FRANCESCATO, 2017).

No entanto, ela não deve substituir a puericultura individual, uma vez que o Ministério da Saúde, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e

dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida (BRASIL, 2012).

Além disso, é preconizado pelo Ministério da Saúde que a puericultura deve ser desenvolvida tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro. As atribuições do enfermeiro neste programa são: realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar a primeira consulta com o pediatra e demais quando forem identificados riscos de agravos à saúde; fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos do programa; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificar e administrar as vacinas conforme o calendário básico de vacinação; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo até os seis meses; orientar a alimentação complementar após os seis meses; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las (GAZETTA et al, 2012).

Frente a este contexto, observa-se que a mãe percebe o vivido do acompanhamento de puericultura de seu filho com fragilidades que precisam ser corrigidas (“motivos para”) com maior número de consultas, com a presença do pediatra, de modo mais constante, e atuante, a necessidade de consultas individuais de puericultura que podem ser intercaladas com puericulturas compartilhadas. Entretanto, a puericultura compartilhada não deve substituir a puericultura individual.

Visto que a puericultura vem para contribuir para redução da mortalidade infantil, pois oportuniza ao profissional de saúde acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e detectar agravos que interferem na vida saudável da criança, realizando uma análise integrada e preditiva da saúde da criança. (BRIGIDA; SOUSA; ARAUJO, 2018).

A limitação deste estudo se configura em decorrência da realização em apenas um dos vinte e um municípios de uma das Regionais de Saúde do estado. Esse município possui referência para o alto risco em serviço especializado do sistema único de saúde. Porém, pode traduzir uma realidade que não reflete as características das condições da maioria dos municípios desta regional do estado.

4.5 CONCLUSÃO

Compreender o mundo vivido materno sobre o acompanhamento do filho em consultas de puericultura, permitiu identificar fragilidades na assistência da atenção primária referente ao não cumprimento da visita domiciliar da criança até o quinto dia de vida, além de falhas no intervalo entre as consultas subsequentes conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde e pelo Programa Rede mãe Paranaense.

Apreendeu-se que elas conhecem a classificação de risco empregada ao filho, e que devem ter prioridade no atendimento já nos primeiros dias após alta hospitalar, tanto que em alguns relatos elas buscaram o atendimento antes de receber a visita da equipe de saúde.

No que tange as consultas compartilhadas, as mães divergem sobre essa prática, algumas apontam como positivas no aspecto de interação entre as mães, e troca de saberes entre profissionais, já outras consideram a prática de pouca qualidade, pois não oferece um cuidado individualizado e humanizado que o binômio merece e almeja a avaliação física individual adequada como a prática de consultório.

Neste contexto, surge a necessidade de uma aproximação através de novos estudos que abordem profissionais e gestores, a fim de compreender as limitações existentes, seja pela falta de recursos humanos, ou de capacitação ao cuidado prestado a criança, conforme instituído pelos programas estaduais e municipais. Da mesma forma se faz necessário novos estudos que abordem as percepções das mães e dos usuários dos serviços de saúde, de forma a contribuir para o acompanhamento da criança.

4.6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.M. et al. "Visita Domiciliar: Validação de um Instrumento para Registro e Acompanhamento dos Indivíduos e das Famílias." **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 1, p. 165-175, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00165.pdf>. Acesso em 09 dez 2019.

BAGGIO, M. A et al. "Programa Rede Mãe-Paranaense: Análise da atenção Pré-Natal em uma Regional de Saúde." **Cogitare Enfermagem**, 2016. v. 1, n. 3, p. 1-10.

Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45301/pdf>. Acesso em: 02 abr 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRIGIDA E.C.S, SOUSA S.A.C, ARAUJO R.B.S. O papel da puericultura na saúde da criança. **Journal of Specialist**, v. 2, n. 2, p.1-15, 2018. Disponível em: <http://journalofspecialist.com/jos/index.php/jos/article/view/98/53>. Acesso em: 24 out 2019.

CALDEIRA, S. et al. Vivência de mulher idosa tabagista: um estudo na Fenomenologia Social de ALFRED SCHÜTZ. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 20, e-953, 2016. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1086>. Acesso em: 22 mai 2019.

CAMPOS, R.M.C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>. Acesso em: 24 out 2019.

CAZETTA, L.V.V. et al. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: Atuação do Enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 119-125. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4836/483648962017.pdf>. Acesso em: 20 out de 2019.

COSTA, L. et al. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiras de estratégia saúde da família. **Ciência Cuidado Saúde**, v. 11, n. 4, p. 792-798, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/Significado-da-consulta-de-enfermagem-em-puericultura-percepcao-de-enfermeiras-de-estrategia-saude-da-familia-doi-104025-cienccuidsaudev11i419414.pdf>. Acesso em 24 out 2019.

GUBERT, F. A, et al. Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. **Revista Rene**, v. 16, n. 1, p. 81-9, 2015. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rene/v16n1/1517-3852-rene-16-1-0081.pdf>. Acesso em 24 out 2019.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense - relato de experiência. **Espaço para a saúde**, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014. Disponível em: <http://168.194.69.20/index.php/espacosauade/article/view/541>. Acesso em: Acesso em: 02 abr 2019.

IANISKI, V.B; MAI, R; FRANCESCO, C.F.L. Puericultura: uma abordagem multiprofissional na consulta compartilhada. XVIII Jornada de Extensão. **Salão de conhecimento inijui**, 2017. Disponível em: <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/76>

61. Acesso em: 24 out 2019.

JESUS, M.C.P de et al. The social phenomenology of Alfred Schütz and its contribution for the nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 3, p. 736-741, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2019.

MINAYO M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acesso em 20 mai, 2018.

MOREIRA, A. S. S. de. et al. Reflexões acerca do Ensino de Pediatria no Século XXI: o Cenário Brasileiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 339-343, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000300339&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out 2019.

PEDRAZA, D.F, SANTOS, I.S. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Epidemiologia Serviços de Saúde**, v. 26, n. 4, p. 847-855, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n4/2237-9622-ress-26-04-00847.pdf>. Acesso em: 06 dez 2019.

SANTOS, E.P. et al. Mortality among children under the age of one: analysis of cases after discharge from maternity. **Rev Esc Enferm USP**, v.50, n. 3, p. 390-398, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0390.pdf. Acesso em: 24 out 2019.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA-PR). **Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia**. 7ª ed. SESA-PR: Curitiba-PR, 2018.

TEIXEIRA R.A, et al. Pregnant-puerperal care in Network: the experience of nurses, doctors and administrators. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 151-8, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v72s1/pt_0034-7167-reben-72-s1-0151.pdf. Acesso em: 24 out 2019.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Redes de Atenção à Saúde: A rede Cegonha**. São Luís, 2015. 43 f. Disponível em: http://repocursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo2/und1/media/pdf/livro.pdf> Acesso em 20 out 2018.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo proporcionou compreender o vivido de mães classificadas como risco habitual, intermediário e alto risco em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho pela atenção primária. Identificou-se fragilidades nas ações das equipes relacionadas a não realização da primeira visita domiciliar a criança até o quinto dia de vida, além de falhas no intervalo entre as consultas subsequentes conforme preconizadas pelo ministério da saúde e PRMP.

Muitas equipes ofertam as consultas compartilhadas, como estratégia para acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, o que causa ambiguidade no relato materno, algumas consideram eficaz, já outras descrevem a prática como ineficaz, pois muitas vezes elas não ficam a vontade devido ao número grande de pessoas, preferindo e solicitando o atendimento individualizado.

Cabe salientar que nas situações das mães classificadas como gestante de alto risco, estas fragilidades ocorreram do mesmo modo, como não realização de visitas domiciliares na primeira semana após a alta da maternidade e dificuldade em agendamentos para a realização de puericulturas.

Somado a este contexto, outras fragilidades foram identificadas como ausência de alguns profissionais, como o pediatra, e a insatisfação de algumas mães com a qualidade de assistência ofertada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do filho.

Em contrapartida, algumas mães referem satisfação com a assistência recebida, porém possuem a expectativa de um número maior de profissionais, bem como períodos mais curtos entre as consultas de puericultura.

Diante o exposto, surge a necessidade de mais estudos que evidenciem a percepção dos profissionais e gestores, referente às visitas domiciliares ao recém-nascido e ao acompanhamento da puericultura, a fim de compreender as limitações existentes. E propor estratégias que contemplem uma cobertura ampla e de qualidade no cuidado do binômio na atenção primária.

REFERÊNCIAS

MENDES, E.V. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: **Escola da Saúde Pública do Ceará**, 2002.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2000: health systems, improving performance**. Geneva, World Health Organization, 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA-PR). **Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia**. 7ª ed. SESA-PR: Curitiba-PR, 2018.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Redes de Atenção à Saúde: A rede Cegonha**. São Luís, 2015.

APENDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido você para participar desta pesquisa intitulada “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto e puerpério e da criança”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a Implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e com parecer favorável sob o número (2.053.304./2016) do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR.

Precisaremos encontrar você no domicílio e realizar uma entrevista gravada visitando sua casa seis meses após o parto ou um ano e seis meses após o parto, todas as duas visitas iremos ligar para você e agendar data e horário, respeitando sua disponibilidade.

Iremos perguntar sobre como o serviço de saúde a acompanhou durante seu pré-natal, parto, puerpério e seguimento do seu filho após alta a maternidade. Em momento algum seu nome será divulgado, garantimos o sigilo e anonimato, visto que você será identificada com a letra M (mãe/usuária) e numerada pela ordem das entrevistas (1, 2, 3, etc). Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como, você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento. Não será cobrado, nem pago qualquer valor ou honorário, para você participar do estudo.

Solicito sua autorização para que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações para melhorar a assistência das mulheres e crianças nos serviços de saúde na Rede Mãe Paranaense. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador. Para maiores informações ou em caso de não querer mais participar do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina pelo telefone (43)3371-4000.

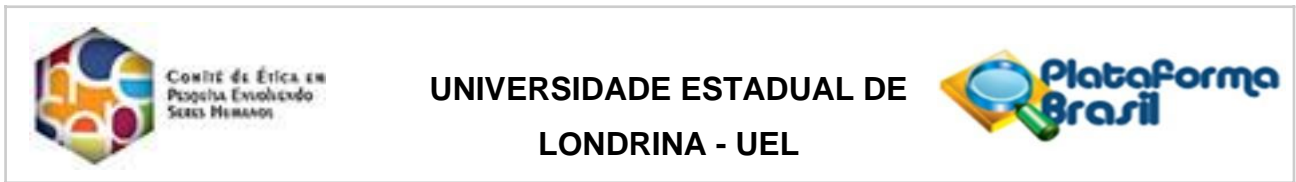
Declaro estar ciente do exposto e desejo participar do estudo.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Pesquisador Cidade:.....-PR,.....de.....de 20.....

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA

Pesquisador: Rosangela Aparecida pimenta Ferrari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67574517.1.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.304

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários) tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde; Descrever a assistência no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança prestada nas Regionais de Saúde conforme os objetivos do Programa Rede Mãe Paranaense; Verificar a relação entre a organização da rede assistencial nas Regionais de Saúde e a adequação do cuidado no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança; Apreender a percepção da mulher sobre a assistência prestada nas Regionais de Saúde. no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança.

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

Tendo em visto o fato de que uma das estratégias de coleta de dados será entrevista com gravação, pode haver constrangimento da participante do estudo. Da mesma forma, caso tenham ocorridos eventos negativos na vivência do ciclo gravídico puerperal em análise, falar sobre o mesmo pode gerar desconforto emocional. Os pesquisadores se comprometem a acolher e tomar as providências cabíveis para cada caso específico, de acordo com o ítem V da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Benefícios:

A partir dos resultados obtidos do presente estudo espera-se que estes possam subsidiar propostas de ações que visam cumprir os objetivos e princípios da Rede Mãe Paranaense e, por conseguinte, que gestores favoreçam a oferta de recursos adequados e suficientes (materiais, estrutura e humanos) aos profissionais que prestam assistência à mulher gestante, parturiente, puérpera e criança nos diferentes níveis de cuidado que atenda as expectativas dos usuários, um direito de todos. Também que, no âmbito do ensino e pesquisa, instigue novas investigações na temática em outras Regionais de Saúde do Paraná, bem como em outros estados brasileiros. Haverá benefício direto às participantes por meio de orientações em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a avaliação da implementação de políticas na área de saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727323.pdf	26/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	26/04/2017 07:08:37	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvf.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vfProjeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

LONDRINA, 09 de Maio de 2017

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)
Assinado por: