

Avaliação da puericultura na Estratégia Saúde da Família em município-sede de macrorregião de saúde

Pamela Lorrane Ribeiro da Silva¹ (Orcid: 0000-0003-2291-9918) (lorranepamela@hotmail.com)

Ítalo Ricardo Santos Aleluia² (Orcid: 0000-0001-9499-6360) (italoaleluia@ufrb.edu.br)

Anderson Freitas de Santana³ (Orcid: 0000-0002-28882426) (andersonfreitas13@gmail.com)

Lucas Toriyama Ribeiro¹ (Orcid: 0000-0001-5621-9317) (lucas.toriyamar@gmail.com)

¹ Universidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras-BA, Brasil.

² Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus-BA, Brasil.

³ Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Salvador-BA, Brasil.

Resumo: Avaliou-se a puericultura na ESF em município-sede de macrorregião de saúde do Nordeste brasileiro. Realizou-se estudo avaliativo com dois níveis de análise: a gestão municipal e local. Aprofundou-se a avaliação local em quatro EqSF mediante entrevistas com gestores, profissionais e puérperas, análise documental e observação não-participante. As fontes de dados foram trianguladas e processadas no *software* Nvivo, e o material empírico cotejado com uma situação-objetivo segundo os níveis de análise da pesquisa e elaborada pelos pesquisadores. No nível municipal, a definição clara de atribuições para os pontos de atenção em puericultura e fluxos assistenciais foi um dos critérios mais críticos e, no âmbito local, a integração de ações com outros serviços primários, a contrarreferência e ações educativas coletivas no território. A implementação das práticas de puericultura nas EqSF é fortemente dependente dos determinantes político-organizacionais entre o âmbito municipal e local, e os resultados aqui evidenciados podem se aplicar a outros sistemas municipais de saúde com configurações semelhantes. Este estudo contribuiu para a avaliação da puericultura sustentada na proposição de critérios que consideraram a interdependência municipal e local na organização das ações de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.

► **Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Estratégia Saúde da Família. Puericultura. Saúde infantil.

Recebido em: 21/12/2022

Revisado em: 04/05/2023

Aprovado em: 28/06/2023

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202434007pt>

Editora responsável: Tatiana Wargas

Pareceristas: Lenir Nascimento e Verena Moraes

Introdução

As práticas de puericultura são destinadas a prevenção e promoção de saúde da criança, com o objetivo de acompanhar seu desenvolvimento e crescimento. Elas são fundamentais para a vigilância e identificação precoce de riscos à saúde infantil e estão associadas a ações de educação em saúde da criança e seus familiares, ao monitoramento da cobertura vacinal, a orientações sobre o aleitamento materno e introdução de alimentação complementar, à avaliação de habilidades neuropsicomotoras, entre outras (Brasil, 2012; Caminha *et al.*, 2017; Machado *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2016).

O Brasil instituiu, desde a década de 70, as primeiras propostas de organizar respostas voltadas ao cuidado materno-infantil. Todavia, as ações propostas restringiam-se ao pré-natal, e apenas em 1984 a puericultura ganhou destaque, com a criação Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) (Soares *et al.*, 2016). Desde então, diversas estratégias foram instituídas no país e variaram da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015), cujas diretrizes deram maior destaque ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (Brasil, 2018).

Nesta direção, alguns autores ressaltam o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), como *locus* de cuidado estratégico para as ações de puericultura, pois é no âmbito dos cuidados primários que se iniciam as ações de acompanhamento pré-natal que orientarão o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil quanto aos riscos e agravos evitáveis (Machado *et al.*, 2021; Soares *et al.*, 2016; Slutsker; Schillinger, 2018).

Por um lado, o número de nascidos vivos no Brasil alerta para a importante demanda de crianças que necessitarão de cuidados pela ESF e, do outro, o desafio da APS na prevenção de óbitos infantis evitáveis e sua multifatorialidade de determinantes sociais envolvidos (Brasil, 2019). Dados mais atuais de 2020 revelam que o país registrou 2.726.025 nascimentos e cerca de 31.347 óbitos evitáveis, sendo estes últimos, mais frequentes no Sudeste (11.034) e Nordeste (9.979) (BRASIL, 2022).

No âmbito internacional, os estudos mais recentes sobre as ações de puericultura foram identificados no Reino Unido, Espanha, África e Sudão (Cecil *et al.*, 2018; Fernandez *et al.*, 2019; Magge *et al.*, 2017; Sami *et al.*, 2018). As evidências apontaram, como semelhança, que o acesso oportuno à APS colaborou para o menor risco de internações hospitalares evitáveis e a redução de consultas pediátricas realizadas nos primeiros seis meses de vida. Todavia, um dos principais obstáculos para a implantação da puericultura envolve a gestão dos serviços de saúde e a falta de qualificação para os profissionais atuarem na área.

No Brasil, as evidências sobre a puericultura na APS apontam diferentes impactos sobre a saúde infantil. A proximidade dos serviços com a comunidade aumenta o vínculo nas ações desenvolvidas, o trabalho em equipe e as estratégias de acolhimento tornam-se mais qualificados e há maior adesão à amamentação exclusiva e continuidade do cuidado infantil, mediante a realização de visitas domiciliares (Alves; Gaiva, 2019; Brigido; Santos; Prado, 2019; Carvalho *et al.*, 2018).

No entanto, prevalecem desafios para as Equipes de Saúde da Família (EqSF) mobilizarem as comunidades sobre a importância da puericultura, com baixa adesão às consultas infantis, falta de qualificação profissional, de infraestrutura nas unidades de saúde e a persistência do modelo médico-assistencial (Goes *et al.*, 2018; Pedraza; Santos, 2017). Destacam-se, também, a subutilização da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e um precário registro da referência e contrarreferência de crianças, entre os diferentes pontos de atenção à saúde (Caminha *et al.*, 2017; Aires *et al.*, 2017).

Em suma, a literatura revelou que, no âmbito internacional, a maioria dos estudos sobre puericultura ainda está em andamento e tem resultados pouco conclusivos. No Brasil, a produção científica sobre o tema concentra-se no Sudeste, com abrangência local e abordagem predominantemente exploratória. Posto isso, o presente artigo pretende contribuir com um enfoque mais analítico, centrado em uma imagem-objetivo que articula critérios avaliativos centrados tanto no nível municipal quanto local das EqSF. Isso possibilitará identificar quais características do sistema municipal de saúde e territoriais facilitam ou restringem o desenvolvimento das práticas de puericultura.

O objetivo deste artigo foi avaliar a puericultura na ESF em município-sede de macrorregião de saúde do Nordeste brasileiro.

Método

Trata-se de estudo avaliativo que adotou como objeto as práticas de puericultura na APS e utilizou como estratégia investigativa o estudo de caso municipal com abordagem qualitativa (Yin, 2005) e intensiva em dois níveis de análise: a organização do sistema municipal de saúde e a organização local da EqSF.

O cenário do estudo ocorreu em sistema municipal de saúde de grande porte, sede de macrorregião de saúde na Bahia, com população estimada em 157.683 habitantes, com ampla extensão territorial (7.538,152 km²), densidade demográfica de 17,49 hab/km² (2010), PIB *per capita* estimada em R\$ 33.313,17 (2019), localizado a 853 km da capital baiana e 622 km da capital federal (Barreiras, 2018).

A APS municipal possuía 27 EqSF implantadas, com cobertura populacional da ESF de 59%, dois Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) tipo I, 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 10 postos de saúde com Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado (BARREIRAS, 2018).

Para aprofundar a análise das práticas de puericultura no nível local, selecionaram-se quatro EqSF considerando os seguintes critérios: equipes completas; com pelo menos um ano de implantação; localização (três urbanas periféricas e uma urbana central); com melhor organização do processo de trabalho e crianças de até dois anos cadastradas nas áreas de abrangência das equipes; e apoiadas pelo NASF-AB (Quadro 1).

Quadro 1 – Caracterização das EqSF selecionadas para o estudo

Critérios de seleção	Equipes			
	A	B	C	D
Equipe completa	Sim	Sim	Sim	Sim
Tempo de implantação superior a 1 ano	Sim	Sim	Sim	Sim
Localização	Urbana periférica	Urbana periférica	Urbana central	Urbana periférica
Crianças de até 2 anos cadastradas	Sim	Sim	Sim	Sim
Apoiada pelo NASF-AB	Sim	Sim	Sim	Não

Fonte: Elaboração dos autores.

Na produção dos dados, utilizou-se a análise documental das agendas e trabalho das EqSF, as CSC, os Planos Municipais de Saúde (PMS) (2014-2017 e 2018-2021) e seus respectivos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), além de entrevistas semiestruturadas com mães de crianças menores de dois anos acompanhadas pelas EqSF, profissionais de saúde e gestores da APS, bem como a observação do processo de trabalho das equipes. A produção dos dados ocorreu entre agosto e novembro de 2019. Tanto nas entrevistas como na análise documental, adotaram-se roteiros semiestruturados construídos pelos pesquisadores, quadros para sistematização das informações documentais e diário de campo para registro dos achados observacionais, que complementaram o material empírico da pesquisa.

A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada pelo método *snowball* (Parker; Scott, 2019), no qual informantes-chave indicavam pessoas elegíveis para as entrevistas. Os critérios adotados para seleção das mães de crianças foram: mulheres acima de 18 anos com filhos de até dois anos de idade; que realizavam acompanhamento na EqSF avaliada; e que concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em relação aos profissionais, foram entrevistados os que estavam diretamente ligados ao acompanhamento infantil (enfermeiro e médico) e que possuíam, no mínimo, um ano de atuação na equipe. Quanto aos gestores, os critérios foram ter pelo menos um ano de gestão na APS municipal; ser gestor do apoio institucional das equipes escolhidas e com pelo menos um ano de exercício na função.

O número de participantes do estudo foi determinado pela realização de entrevistas com os principais atores envolvidos no processo de gestão e atenção em puericultura, em ambos os níveis de análise do estudo, e pela saturação

das informações relativas às ações de puericultura na APS municipal. No total, entrevistaram-se 33 participantes, sendo 22 mães de crianças, quatro enfermeiros, quatro médicos e três atores da gestão municipal. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

O material empírico oriundo das entrevistas, análise documental e diários de campo dados foi triangulado e processado com apoio do *software* QRS Nvivo, versão 11. A etapa de processamento correspondeu a uma leitura exaustiva do material e codificação das informações segundo os níveis de análise municipal e local. Em seguida, realizou-se o cotejamento do material com uma Situação-Objetivo (SO) elaborada pelos pesquisadores, com dimensões e critérios avaliativos da puericultura na APS (Quadro 2).

A SO foi elaborada a partir de revisão nacional e internacional de artigos e de protocolos nacionais de puericultura na APS. Ela apresenta critérios avaliativos para o nível municipal e local das EqSF. Para cada critério, atribuem-se “situações” que variaram entre “satisfatória”, “intermediária” a “insatisfatória”, em relação à aproximação ou distanciamento do cenário avaliado ao que recomenda a literatura e os protocolos para a puericultura na APS. A SO totaliza 100 pontos, cujo maior peso (70 pontos) foi atribuído ao nível local das EqSF, por ser o cenário estratégico de implementação das práticas de puericultura. Entre os critérios, também foram atribuídos pesos diferentes, considerando sua importância, complexidade e interdependência entre os níveis municipal e local para seu alcance satisfatório. No âmbito de cada critério, as situações que variaram de “satisfatória” a “insatisfatória” também tiveram pesos distintos na pontuação, e isso foi determinado pelo papel estratégico que o alcance satisfatório do critério desempenha na implementação da puericultura na APS (Quadro 2).

A proposta da SO foi validada em técnica de consenso que contou com cinco especialistas, selecionados a partir dos seguintes critérios: ser especialista em Saúde Coletiva e/ou Saúde Pública e/ou Saúde da Família e/ou Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, atuar há pelo menos um ano na gestão ou atenção materno-infantil, possuir experiência mínima de um ano na APS. A validação foi realizada através do Método Delphi (Makhmutov, 2021), em rodada única, eletrônica e anônima, na qual os especialistas receberam uma planilha com os critérios a serem validados e seu objetivo de avaliação, e puderam atribuir a pertinência (sim ou não) e grau de relevância (0 – irrelevante; 1- relevante, 2- muito relevante); quando cabível,

era possível adicionar comentários a uma coluna de observações. A permanência e revisão dos critérios levou em conta a análise qualitativa dos comentários e quantitativa. Nesta última, considerou-se a moda para avaliar qual critério avaliativo teve maior consenso quanto à pertinência e relevância.

A análise dos dados correspondeu ao cotejamento do material empírico codificado com os critérios avaliativos e as “situações esperadas”, buscando-se identificar em que medida o nível municipal e local se aproximava ou se distanciava das situações estabelecidas e suas respectivas pontuações (Quadro 2). A atribuição da pontuação total de cada nível avaliativo considerou a seguinte classificação, distribuída em tercis: a) nível municipal – Insatisfatório < 11 pontos; Intermediário > 11 e < 20 pontos; e Satisfatório > 21 pontos. No nível local - Insatisfatório < 23,3 pontos; Intermediário > 23,4 e < 46,6 pontos; e Satisfatório > 46,7.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia, sob o nº CAAE 16557219.8.0000.8060, e todos os participantes assinaram o TCLE.

Resultados

Este estudo evidenciou que o nível de organização do sistema municipal de saúde e o nível local alcançaram pontuações intermediárias em relação às práticas de puericultura (14,5), variando de 35 a 41,5, respectivamente. No nível organizacional, ratificou que a oferta de vacinas na infância tem sido o critério de menor dificuldade de implantação pela gestão municipal, enquanto a definição de atribuições para os pontos de atenção e de fluxos assistenciais para puericultura ainda se apresenta como critério crítico de implantação nos sistemas municipais de saúde (Tabela 1).

Tabela 1. Pontuação da organização do sistema municipal nos critérios avaliativos da atenção puerperal

Nível avaliativo	Critério	Pontuação Máxima	Pontuação alcançada
Organização do sistema municipal	APS como coordenadora do cuidado na rede de atenção	4,0	2,0
	Adoção de protocolos e diretrizes, em especial, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC)	3,0	2,0
	Atribuições bem definidas para os pontos de atenção à saúde na puericultura	2,0	0
	Garantia de qualificação técnica regular dos profissionais para puericultura	3,0	1,5
	Oferta de vacinas para prevenção de doenças na infância	2,0	2,0
	Fluxos assistenciais definidos para o cuidado puerperal	3,5	0
	Sistema de marcação de consultas e exames	3,5	2,0
	Oferta municipal de consultas de pediatria	3,0	1,5
	Oferta municipal de exames complementares de rotina	3,0	1,5
	Sistema de referência e contrarreferência	3,0	2,0
Pontuação total		30	14,5

Classificação do nível municipal: Satisfatório > 21 pontos; Intermediário > 11 e < 20 pontos; Insatisfatório < 10 pontos.

Fonte: elaboração dos autores.

Quadro 2. Situação-objetivo para avaliação das práticas de puericultura na Atenção Primária à Saúde (APS)

Nível de Avaliação da Gestão Municipal					
Dimensão	Critério	Situação			Pontuação
		Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória	
Organização do sistema municipal	A APS como coordenadora do cuidado na rede de atenção para puericultura.	A APS não assume a posição de coordenadora do cuidado nas diretrizes municipais. (0)	A APS assume parcialmente a posição de coordenadora do cuidado nas diretrizes municipais, ainda que haja evidências de cuidados na puericultura. (2.0)	A APS assume a posição de coordenadora do cuidado nas diretrizes municipais e há evidências de cuidados coordenados na puericultura. (4.0)	4.0
	Adoção de protocolos e diretrizes, em especial, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC).	Não adota protocolos e diretrizes próprios e nem nacionais e não adota a CSC para atenção na puericultura. (0.5)	A gestão municipal incorpora protocolos e diretrizes nacionais, possui protocolos municipais e incentiva a adoção da CSC, entretanto, não capacita as equipes para incorporá-los. (2.0)	A gestão municipal possui protocolos e diretrizes próprios e incentiva a adoção da CSC e os mesmos são de conhecimento e uso pelos profissionais da APS. (3.0)	3.0
	Atribuições bem definidas para os pontos de atenção à saúde na puericultura.	A gestão municipal não possui atribuições definidas para puericultura entre os pontos de atenção à saúde e buscas ativas não são realizadas. (0)	A gestão municipal possui atribuições definidas para puericultura entre os pontos de atenção à saúde, mas não são seguidas pelos profissionais e buscas ativas não são realizadas. (1.5)	A gestão municipal possui atribuições definidas para puericultura entre os pontos de atenção à saúde e buscas ativas são realizadas. (2.0)	2.0
	Garantia de qualificação técnica regular dos profissionais para puericultura.	A gestão municipal não garante qualificação técnica regular para os profissionais da APS para puericultura. (0)	A gestão municipal realiza esporadicamente qualificação técnica regular para os profissionais da APS na puericultura. (1.5)	A gestão municipal garante qualificação técnica regular para os profissionais da APS na puericultura. (3.0)	3.0

continua...

Organização do sistema municipal	Oferta de vacinas para prevenção de doenças na infância.	A oferta de vacinas não atende a demanda para imunização infantil. (0)	A oferta de vacinas atende, em parte, a demanda para imunização infantil. (1.0)	A oferta de vacinas atende a demanda para imunização infantil. (2.0)	2.0
	Fluxos assistenciais definidos para puericultura.	Não existem fluxos assistenciais municipais definidos para puericultura. (0)	Existem fluxos assistenciais municipais definidos para puericultura, mas não são cumpridos. (1.5)	Existem fluxos assistenciais municipais definidos para puericultura e são cumpridos. (3.5)	3.5
	Sistema de marcação de consultas e exames.	Não há um sistema de marcação de consultas e exames informatizado em toda a rede. (1.0)	Há um sistema de marcação de consultas e exames informatizado em toda a rede assistencial, parcialmente descentralizado para as equipes de APS. (2.0)	Há um sistema de marcação de consultas e exames informatizado em toda a rede assistencial, totalmente descentralizado para as equipes de APS. (3.5)	3.5
	Oferta municipal de consultas de pediatria.	A oferta de pediatras no sistema municipal de saúde é inexistente. (0)	A oferta de pediatras no sistema municipal de saúde atende, em partes, a demanda das crianças encaminhadas pela APS. (1.5)	A oferta de pediatras no sistema municipal de saúde atende a demanda de todas as crianças encaminhadas pela APS. (3.0)	3.0
	Oferta municipal de exames complementares de rotina.	A oferta de exames complementares de rotina para puericultura não atende as demandas encaminhadas pela APS. (0)	A oferta de exames complementares de rotina para puericultura atende, em parte, as demandas encaminhadas pela APS. (1.5)	A oferta de exames complementares de rotina para puericultura atende a todas as demandas encaminhadas pela APS. (3.0)	3.0
	Sistema de referência e contrarreferência.	Não existe um sistema de referência e contrarreferência municipal e as mães das crianças se responsabilizam por buscar em outros pontos de atenção por conta própria (0.5)	Existe um sistema de referência e contrarreferência municipal operando manualmente. (2.0)	Existe um sistema de referência e contrarreferência municipal informatizado. (3.0)	3.0
Subtotal					30

continua...

Nível de avaliação: Equipes de Saúde da Família (EqSF)					
Dimensão	Critério	Situação			Pontuação
		Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória	
Organização local das EqSF	Agendamento e atendimento de consulta de puericultura	EqSF marcando em 1 a 3 dias da semana, de modo direto ou indireto (ACS, visita domiciliar), sem observar contexto familiar e de vulnerabilidade, atendendo em um dia da semana sem limite de atendimentos. (1.0)	EqSF com marcação diária, de modo direto ou indireto (ACS, visita domiciliar), sem observar contexto familiar e de vulnerabilidade, atendendo em dois dias da semana com limite de atendimentos. (1.5)	EqSF realiza marcação diária para demanda espontânea ou organizada, considerando contexto familiar e de vulnerabilidade, atendendo em mais de dois dias da semana com limite de atendimentos. (3.0)	3.0
	Acolhimento infantil	Na USF, não é realizada nenhuma escuta ou priorização e há problemas com o acolhimento na recepção das crianças. (0)	Na USF, a escuta é realizada apenas por profissional de nível técnico, listando as necessidades para subsidiar o atendimento das crianças. (2.0)	Na USF, o acolhimento das puérperas é realizado por todos os profissionais da unidade, elegendo prioridades, orientando-as e encaminhando-as. (3.0)	3.0
	Incentivo à amamentação	A equipe não incentiva a amamentação nas consultas e visitas, tampouco realiza ações coletivas no território nesse sentido. (0)	A equipe incentiva a amamentação nas consultas ou visitas domiciliares e não realiza atividades coletivas no território nesse sentido. (2.5)	A equipe incentiva regularmente a amamentação nas consultas, visitas domiciliares e realiza atividades coletivas no território nesse sentido. (4.0)	4.0
	Orientações de cuidado à criança	A EqSF não fornece orientações de cuidado a mãe e a criança tanto nas consultas, quanto nas visitas domiciliares. (0)	A EqSF fornece orientações de cuidado a mãe e a criança apenas nas consultas ou apenas nas visitas domiciliares. (2.5)	A EqSF fornece orientações de cuidado a mãe e a criança tanto nas consultas, quanto nas visitas domiciliares. (4.0)	4.0

continua...

Organização local das EqSF	Pesagem da criança em todas as consultas	A prática da pesagem infantil na EqSF não é realizada nem nas consultas na unidade e nem nas visitas. (0)	As crianças são pesadas apenas nas consultas realizadas na unidade ou apenas nas visitas domiciliares. (2.5)	As crianças são pesadas em todas as consultas na unidade e em todas as visitas domiciliares. (4.0)	4.0
	Avaliação do perímetro cefálico em todas as consultas	O enfermeiro(a) ou médico(a) da EqSF não realiza a avaliação do perímetro cefálico nas crianças entre 0 a 24 meses durante as consultas. (0)	O enfermeiro(a) ou médico(a) da EqSF realiza a avaliação do perímetro cefálico em todas as crianças entre 0 a 24 meses em algumas consultas. (2.0)	O enfermeiro(a) ou médico(a) da EqSF realiza a avaliação do perímetro cefálico em todas as crianças entre 0 a 24 meses em todas as consultas. (4.0)	4.0
	Avaliação do crescimento em todas as consultas	Na EqSF, a avaliação do crescimento não é realizada em nenhuma consulta e o índice estatura/idade é desconsiderado. (0)	Na EqSF, a avaliação do crescimento é realizada em algumas consultas, embora se leve em consideração o índice estatura/idade. (2.0)	Na EqSF, a avaliação do crescimento é realizada em todas as consultas e se leva em consideração o índice estatura/idade. (4.0)	4.0
	Avaliação do desenvolvimento infantil baseada na CSC	A equipe não possui conhecimento de como se avalia o desenvolvimento infantil utilizando a CSC e a mesma não é rotina em nenhuma consulta realizada. (0.5)	A equipe conhece e avalia esporadicamente o desenvolvimento infantil utilizando a CSC, onde o mesmo é avaliado no âmbito do aprendizado de funções, como também psicossocialmente em algumas consultas. (2.0)	A equipe conhece e avalia regularmente o desenvolvimento infantil utilizando a CSC, onde o mesmo é avaliado tanto no âmbito do aprendizado de funções, como também psicossocialmente em todas as consultas. (4.0)	4.0

continua...

Organização local das EqSF	Realização de ações de imunização	Na EqSF falta vacinas do calendário referente as crianças e a equipe não conseguem cumprir uma cobertura dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde. (1.0)	A EqSF possui todas as vacinas do calendário referente as crianças, mas a equipe não consegue cumprir uma cobertura dentro dos parâmetros do Ministério da Saúde. (2.0)	A EqSF possui todas as vacinas do calendário referente às crianças, e a equipe consegue cumprir uma cobertura dentro dos parâmetros do Ministério da saúde. (4.0)	4.0
	Adoção da CSC	Na EqSF, o enfermeiro(a) ou o médico(a) não possui conhecimentos sobre a CSC e não a preenchem. (0)	Em todas as consultas, o enfermeiro(a) ou o médico(a) preenche a CSC de forma parcial com os dados colhidos durante a consulta e não orienta o responsável sobre cada informação. (2.5)	Em todas as consultas, o enfermeiro(a) ou o médico (a) preenche a CSC com todos os dados colhidos durante a consulta e orienta o responsável sobre cada um desses dados. (5.0)	5.0
	Realização de visitas domiciliares a crianças menores de 2 anos	Na EqSF, as visitas domiciliares não são realizadas nem pelos agentes comunitários e nem por outros profissionais da unidade. Não existe ainda a realização de uma busca ativa. (0)	Na EqSF, as visitas domiciliares são realizadas de forma esporádica, apenas por agentes comunitários, sem existir uma pactuação com a família a partir das necessidades evidenciadas, sem busca ativa e sem considerar fatores de risco e proteção. (3.0)	Na EqSF, as visitas domiciliares são realizadas regularmente tanto por agentes comunitários quanto por outros profissionais da unidade, existindo uma pactuação com a família a partir das necessidades evidenciadas, com busca ativa e considerando fatores de risco e proteção. (6.0)	6.0

continua...

	<p>Acompanhamento de crianças em condições especiais</p>	<p>Na EqSF, não se faz acompanhamento de crianças portadoras de condições especiais. (0)</p>	<p>Na EqSF, apesar dos profissionais se sentirem preparados para acompanhar crianças portadoras de condições especiais, essas crianças eram encaminhadas para o centro de atenção especializada. (2.0)</p>	<p>Na EqSF, se faz o acompanhamento de todas as crianças portadoras de condições especiais e os profissionais se sentem preparados para prestarem o cuidado necessário. (4.0)</p>	<p>4.0</p>
	<p>Estimulação precoce</p>	<p>A equipe não orienta os responsáveis da importância de estimular os bebês precocemente. (0)</p>	<p>A equipe orienta os responsáveis da importância de estimular os bebês precocemente, mas não instrui como essa estimulação deve ser realizada. (1.5)</p>	<p>A equipe orienta os responsáveis da importância de estimular os bebês precocemente e os instrui como essa estimulação deve ser feita. (3.0)</p>	<p>3.0</p>
<p>Organização local das EqSF</p>	<p>Meios ou instrumentos para o encaminhamento</p>	<p>Não existe rotina estabelecida nem instrumentos adotados pela EqSF para o encaminhamento das crianças aos distintos pontos de atenção à saúde. (0.5)</p>	<p>O encaminhamento das crianças para os distintos níveis de atenção à saúde é realizado de forma manual por meio das guias, relatórios ou fichas de referência e contrarreferência. (1.5)</p>	<p>O encaminhamento das crianças para os distintos pontos de atenção à saúde é realizado através de um sistema informatizado e integrado com o sistema municipal de saúde, para qualquer especialidade com a garantia de atendimento em tempo oportuno. (3.0)</p>	<p>3.0</p>
	<p>Ações de puericultura integradas com o NASF-AB</p>	<p>Não são realizadas ações integradas entre a EqSF e o NASF-AB voltadas para crianças. (0)</p>	<p>Ações integradas entre a EqSF e o NASF-AB voltadas para o público infantil são desenvolvidas, porém, sem uma rotina institucionalizada. (2.0)</p>	<p>Na EqSF, são realizadas ações integradas voltadas para o público infantil em conjunto com o NASF-AB na unidade e no território, com rotina institucionalizada. (4.0)</p>	<p>4.0</p>

continua...

<p>Agendamento e marcação de exames complementares de rotina para puericultura</p>	<p>A EqSF avalia a necessidade de encaminhamento das crianças e a marcação é centralizada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que será autorizada conforme a disponibilidade de agenda sem uso de qualquer algoritmo de gravidade e tempo de espera e não atende as necessidades de todas os usuários. (0.5)</p>	<p>A EqSF avalia a necessidade de encaminhamento das crianças e a solicitação é encaminhada na própria USF, que será autorizada conforme a disponibilidade de cotas para EqSF. O agendamento é feito com base na estratificação do risco, mas não atende as necessidades dos usuários. (2.0)</p>	<p>A EqSF avalia a necessidade de encaminhamento das crianças e a solicitação é encaminhada na própria USF, via um sistema integrado municipal, com base em na estratificação do risco, atendendo as necessidades de todos os usuários. (3.0)</p>	<p>3.0</p>	
<p>Organização local das EqSF</p>	<p>Encaminhamento para urgência, emergência ou atenção hospitalar</p>	<p>A EqSF não se responsabiliza pelo fluxo de encaminhamento e as puérperas buscam por conta própria serviços ou a Secretaria Municipal de Saúde para garantir o acesso. (0.5)</p>	<p>A EqSF se responsabiliza pelo fluxo de encaminhamento das puérperas, quando necessário, aos serviços de urgência, emergência ou atenção hospitalar, mas não realizam busca ativa após alta das crianças. (1.5)</p>	<p>A EqSF se responsabiliza pelo fluxo de encaminhamento das puérperas, quando necessário, aos serviços de urgência, emergência ou atenção hospitalar e realizam busca ativa após alta das crianças. (3.0)</p>	<p>3.0</p>
<p>Contrarreferência</p>	<p>Não existe retorno de informações relativas as crianças para a EqSF após passar pelos demais pontos de atenção. (0)</p>	<p>A contrarreferência para a EqSF ocorre de forma irregular e o retorno de informações clínicas é realizada via ficha de contrarreferência manual. (1.0)</p>	<p>A contrarreferência para a EqSF ocorre de forma regular e o retorno de informações clínicas das crianças é realizada via sistema informatizado. (2.0)</p>	<p>2.0</p>	

continua...

Organização local das EqSF	Ações educativas coletivas no território	Na EqSF, não são realizadas ações educativas coletivas no território e a equipe não pretende implantá-las (0)	Na EqSF, não são realizadas ações educativas coletivas voltadas para o público infantil no território, mas a equipe planeja implantá-las. (1.5)	Na EqSF, as ações educativas coletivas são realizadas no território de forma que englobe as especificidades locais das crianças. (3.0)	3.0
Subtotal					70
Total					100

No nível local, evidenciou-se que a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil em todas as consultas foi o critério de melhor desempenho, e aqueles com maiores obstáculos de implantação no território se relacionam com atividades integradas com o NASF-AB, contrarreferência e realização de ações educativas coletivas na comunidade, voltadas à puericultura (Tabela 2).

Tabela 2. Pontuação das EqSF avaliadas nos critérios avaliativos da atenção puerperal

Nível avaliativo	Critério	Equipes				Pontuação máxima
		EqSF	EqSF	EqSF	EqSF	
		A	B	C	D	
Organização local das EqSF	Agendamento e atendimento de consultas de puericultura	1,0	1,0	1,5	1,5	3,0
	Acolhimento materno-infantil	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0
	Incentivo à amamentação	2,5	2,5	4,0	2,5	4,0
	Orientações de cuidado à mãe e criança	2,5	2,5	2,5	2,5	4,0
	Pesagem da criança em todas as consultas	2,5	2,5	4,0	2,5	4,0
	Avaliação do perímetro cefálico em todas as consultas	2,0	2,0	2,0	2,0	4,0
	Avaliação do crescimento em todas as consultas	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
	Avaliação do desenvolvimento infantil baseada na CSC	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Realização de ações de Imunização infantil	2,0	2,0	2,0	2,0	4,0	

continua...

Nível avaliativo	Critério	Equipes				Pontuação máxima
		EqSF	EqSF	EqSF	EqSF	
		A	B	C	D	
Organização local das EqSF	Adoção da CSC	2,5	2,5	2,5	2,5	5,0
	Realização de visitas domiciliares a crianças < 2 anos	3,0	3,0	3,0	3,0	6,0
	Acompanhamento de crianças em condições especiais	2,0	2,0	2,0	2,0	4,0
	Realização de ações de estimulação precoce	1,5	0	1,5	1,5	3,0
	Meios para o encaminhamento de crianças a outros pontos de atenção	1,5	1,5	1,5	1,5	3,0
	Ações puerperais integradas com o NASF-AB	0	0	0	0	4,0
	Marcação de exames complementares de rotina para acompanhamento puerperal	2,0	2,0	2,0	2,0	3,0
	Encaminhamento para urgência, emergência e atenção hospitalar	1,5	1,5	1,5	1,5	3,0
	Contrarreferência de crianças encaminhadas	0	0	0	0	2,0
	Ações educativas puerperais coletivas no território	0	0	1,5	0	3,0
Pontuação total		36,5	35	41,5	37	70

Classificação do nível local: Satisfatória > 46,7 pontos; Intermediária > 23,4 e < 46,6 pontos; Insatisfatória < 23,3 pontos;

Fonte: elaboração dos autores.

Neste artigo, apresentam-se os resultados em duas subseções organizadas a partir dos níveis analíticos da pesquisa. A primeira com evidências dos obstáculos de organização municipal para ações de puericultura, e a segunda, com obstáculos do nível local.

As ações de puericultura e a organização do sistema municipal de saúde

A análise dos Planos Municipais de Saúde (PMS) e Relatórios Anuais de Gestão (RAG) revelou que, embora a gestão municipal defina ações para ampliar o papel da

APS como contato preferencial de usuários para a puericultura, isso não se traduz na sua efetiva implantação, existindo um hiato entre o projeto de governo municipal e sua execução. Essa evidência foi confirmada nas entrevistas com profissionais e mães de crianças, que embora reconheçam a APS como porta de entrada preferencial do sistema de saúde, nas situações de urgências, as EqSF não se efetivam como serviços de primeiro contato (Quadro 3).

Quadro 3. Evidências e excertos sobre a organização do sistema municipal para a atenção puerperal na Estratégia Saúde da Família

Evidência	Excertos
Há um hiato entre o projeto de governo municipal e ações efetivadas para adotar a APS como serviço de primeiro contato puerperal.	“Quando é questão de urgência é muito raro acontecer isso, de vir na unidade, porque as mães já procuram já ou a UPA ou o HO” [...] (Profissional EqSF C).
As gestões municipais não constroem adaptações mais robustas das diretrizes nacionais de puericultura para atender às singularidades locais dos territórios.	“Usamos os protocolos do Ministério da Saúde. São os cadernos do Ministério da Saúde. Porém, nós temos um protocolo de enfermagem que inclui algumas coisas na puericultura, mas que é baseado nos protocolos do Ministério da Saúde” (Gestor A).
As ações de qualificação de profissionais da APS são ofertadas de forma sazonal e pouco contemplam temáticas sobre puericultura.	“Essas educações permanentes geralmente acontecem, mas, assim, a gente não tem uma frequência em si para dizer assim... são tantas vezes no ano, ou de quanto tempo, porque existem várias educações permanentes, nem sempre é voltada para puericultura” (Gestor B).
A oferta de imunizantes infantis nos municípios é fortemente dependente da distribuição nacional e isso influencia o abastecimento das Unidades de Saúde da Família.	“Porém, assim, volta e meia a gente ouve os funcionários das unidades, as vacinadoras, comentaram que está faltando algumas vacinas, que não estão vindo do Ministério, que está em desabastecimento nacional” (Gestor C).
A oferta de vacinação na zona rural se constitui como um importante obstáculo para a gestão municipal garantir o acesso aos imunizantes. Isso é determinado pelas questões estruturais das unidades de saúde e logística territorial.	“Nós temos dificuldade com a questão das zonas rurais, porque nas unidades de saúde que são de zona rural não tem sala de vacina todo dia. A vacinação vai de quinze em quinze dias e, às vezes, assim, avisa à população, as mães para levarem as crianças, mas nem sempre todas as mães levam [...] as unidades não têm sala de vacina. Mas, assim, a gente tem uma unidade de saúde, lá tem sala de vacina, só que aí estava na questão de energia porque acaba ficando, né? Então, assim, não só a parte de estrutura, como a parte de logística, transporte para levar, transporte para trazer, profissional para ficar” (Gestor A).

continua...

Evidência	Excertos
<p>A ausência de fluxos assistenciais para puericultura, propostos pela gestão municipal, induz o território local a definir seus próprios fluxos no sistema de saúde, sem uma diretriz municipal estabelecida.</p>	<p>“Não. Os fluxos específicos para a puericultura, não. Eu desconheço, né? Se tem, eu desconheço” (Gestor A).</p>
<p>A organização do sistema municipal produz desigualdades de coordenação assistencial entre EqSF que necessitam referenciar crianças e puérperas para outros pontos de atenção.</p>	<p>“Na zona rural o que acontece, como na zona rural não tem internet, só faz a solicitação do exame ou do procedimento ou da consulta e encaminha para a Central Integrada de Regulação, que é a CIR, aqui em Barreiras, que é a sede, e lá é que vai ser feita a marcação desses exames [...]” (Gestor A).</p>
<p>A insuficiência na oferta de consultas pediátricas para o cuidado infantil no sistema de saúde produz desigualdades na distribuição de vagas para os casos que necessitam de acompanhamento infantil especializado.</p>	<p>“Olha, a central de regulação é que fica responsável por essa distribuição de vagas para as unidades. As unidades de saúde da família têm um valor x que eu não vou saber te falar a quantidade exata agora, mas eles enviam o valor para a gente e para a UBS é outro valor, sendo que a quantidade de vagas para a UBS é maior que para as unidades de saúde da família [...]” (Gestor B).</p>
<p>A má distribuição de pediatras para fornecer retaguarda às EqSF cria um ambiente de barganha de consultas entre gerentes das equipes de APS e reforça um sistema de atenção puerperal fragmentado.</p>	<p>“Quando as outras unidades de saúde da família precisam de pediatra, elas ligam para a outra unidade, perguntam se eles têm vagas, se tem como disponibilizar a vaga para a gente porque, assim, na saúde da família nós temos o clínico, aí quando precisa de uma pediatra a gente precisa ligar nas outras unidades e solicitar, mas nem todas as unidades de saúde da família tem o pediatra [...] Geralmente, eles deixam algumas vagas, como eles sabem que as outras unidades não tem pediatra eles deixam algumas vagas e eles disponibilizam para a gente, para as outras unidades que precisam. Mas assim, não tem uma quantidade fixa porque também depende muito da demanda deles. Às vezes, tem meses que sobram mais vagas, então, eles ligam e perguntam; às vezes, tem menos porque na unidade dele também está grande a demanda de pediatra. Então, varia muito o fluxo daquele mês” (Gestor B).</p>

continua...

Evidência	Excertos
<p>A gestão municipal não organiza a oferta de exames de rotina baseada em critérios de vulnerabilidade infantil. O modelo de “cotas administrativas” é predominante e cria um cenário de atravessamentos locais.</p>	<p>“[...] Então, assim, eles liberam essa vaga no sistema para a gente, aí nós temos essas vagas para marcar os exames durante o mês. Se caso aparecer alguma urgência, precisa fazer aquele exame com urgência e não tenho mais vaga no sistema, daí nós ligamos na central de regulação porque o que acontece: às vezes, ele mandou x vagas para uma unidade, só que não completou aquelas vagas todas, então, eles recolhem aquele vaga e jogam em outra unidade que está precisando [...]” (Gestor B).</p>
<p>A organização de sistema de referência e contrarreferência operado manualmente colabora para fragmentação e descontinuidade da atenção puerperal.</p>	<p>“Infelizmente, quando a gente manda a ficha de referência e contrarreferência dizendo a situação daquela criança ou da pessoa que necessita daquele atendimento com o especialista ou com um setor específico, a gente não recebe o retorno. Às vezes, a própria mãe nos retorna falando “não, eu fui sim!”, e o que foi que aconteceu? Quando ela sabe explicar, a gente tem o retorno só dela, e, quando ela não sabe, a gente fica a ver navios; a gente fica sem aquele retorno; a gente fica sem o que foi orientado; o que foi feito; o que foi realizado; a gente fica sem saber mesmo do que ocorreu [...]” (Profissional EqSF B).</p>

Fonte: elaboração dos autores.

Nas entrevistas com profissionais e gestores, revelou-se que as gestões municipais pouco desenvolvem estratégias de adaptação dos protocolos nacionais de puericultura para as singularidades locais. Isso foi evidente diante da existência de apenas um protocolo municipal de enfermagem de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

O presente estudo evidenciou a persistência de entraves na organização dos sistemas municipais de saúde quanto à definição de atribuições para os pontos de atenção nas ações de puericultura, descentralizando esta responsabilidade para as EqSF. Inexistiam documentos contendo atribuições definidas para os serviços, e os profissionais e gestores não mencionaram qualquer evidência sobre iniciativas municipais de definição de tais atribuições.

Os documentos e entrevistas com gestores ratificaram que a organização municipal das qualificações de profissionais da APS ainda opera num regime sazonal e pouco contempla temáticas relativas à puericultura na ESF. Ademais, nos PMS analisados havia propostas da gestão para melhorias do programa municipal de imunização,

entre elas, a garantia do acesso a vacinas do SUS e a ampliação da variedade de imunobiológicos. Apesar dessa intencionalidade, a análise dos RAG permitiu identificar dificuldades de alcançarem a meta de cobertura vacinal de crianças estabelecida pelo Ministério da Saúde (95%) e que a oferta dos imunizantes mantém forte dependência da distribuição nacional, o que influencia a governabilidade da gestão municipal no abastecimento das unidades de saúde.

Ainda sobre a imunização infantil, vale reiterar desafios importantes para sua organização nos cenários rurais, dadas as dificuldades para a gestão municipal garantir condições estruturais e logísticas satisfatórias. Ocorrem, assim, barreiras de acesso aos imunizantes e a descontinuidade das imunizações.

A análise documental e as entrevistas com profissionais e gestores confirmaram que a organização de fluxos assistenciais para a puericultura não tem sido priorizada na agenda de gestão municipal e que isso induz as EqSF adotarem seus próprios fluxos sem uma diretriz municipal estabelecida. Todavia, no sistema municipal em questão, a existência de um sistema de marcação de consultas e exames especializados, informatizado e descentralizado para as EqSF, viabilizava a governabilidade do âmbito local no encaminhamento das crianças com necessidades de acompanhamento especializado, enquanto que a centralização do agendamento de serviços de alta complexidade em uma Central de Regulação Municipal (CRM) restringia a capacidade de coordenação assistencial da ESF, nas situações de crianças e que necessitavam desses serviços, cujas mães eram condicionadas a comparecerem pessoalmente na CRM para realizar as marcações.

O presente estudo identificou que a organização do sistema municipal pode criar desigualdades de coordenação da assistência em puericultura entre EqSF, quando há necessidade de encaminhar crianças para outros pontos de atenção. Nas equipes urbanas, os agendamentos tendem a ocorrer no âmbito local e facilitam a prestação do cuidado, pelas possibilidades de acesso a sistemas informatizados de marcação. Nas rurais, é comum a ausência de sistemas de marcação informatizados que condicionam os processos de agendamento a ocorrerem de forma centralizada na gestão municipal.

Um dos fatores limitantes da organização do sistema municipal é a insuficiência na oferta de consultas e exames especializados para o cuidado infantil. Gestores e profissionais ratificaram que este cenário produz desigualdades na distribuição de serviços pediátricos de referência para as EqSF encaminharem os casos que

necessitam de acompanhamento especializado. Mesmo diante de um quantitativo importante de pediatras no município, isso não torna suficiente a garantia do acesso quando existe distribuição desigual das consultas para retaguarda às EqSF. Além disso, a dupla atuação dos pediatras tanto nos serviços públicos quanto privados do município criava uma sobreposição de agendas desses profissionais e limitava a organização das ofertas de consultas condizentes com as necessidades locais da APS.

Quanto aos exames complementares de rotina para crianças de até dois anos, havia importante dificuldade para a gestão municipal estabelecer diretrizes para sua oferta baseada em critérios de vulnerabilidade. Predomina o modelo de oferta em “cotas”, baseado em critérios administrativos e contraditório às propostas do PMS. Profissionais e gestores afirmaram que esse modelo organizacional contribuiu para sucessivos remanejamentos nas “cotas” de exames entre equipes de APS e atravessamentos locais.

Em suma, profissionais e gestores foram unânimes sobre a organização de um sistema de referência e contrarreferência operado manualmente, inviabilizando a contrarreferência das crianças e colaborando para fragmentação das ações de puericultura.

As ações de puericultura e a organização local das EqSF

Este estudo identificou que, no âmbito local, podem coexistir diferentes cenários de agendamento e atendimento das consultas de puericultura. Há EqSF que apresentam agendas de trabalho mais flexíveis e outras fragmentadas em turnos, dias e horários específicos. Esta última tem sido a mais frequente, de modo que a dinâmica local de marcação e atendimento segue um padrão organizacional determinado pelas EqSF, e não pelas necessidades do território (Quadro 4).

Quadro 4. Evidências e excertos sobre a organização local da atenção puerperal na Estratégia de Saúde da Família

Evidência	Excertos
Há diferentes modos de organização da marcação e atendimento das consultas puerperais, sendo que esta organização tem sido predominantemente centrada nas determinações das EqSF e não nas necessidades do território.	“Bom, a marcação para consultas tanto de puericultura como dos outros programas foi instituída pela coordenação mesmo, a coordenação daqui, no caso, a enfermeira, né? E aí, a gente faz assim: do PSF, toda segunda-feira é a marcação, por ordem de chegada, e a gente atende toda quinta-feira, os atendimentos de puericultura e as marcações na segunda. Mas quem estabeleceu não foi o município, foi a coordenação do PSF” (Profissional EqSF A).
O processo de acolhimento ainda é centrado no profissional da enfermagem e pouco se relaciona com uma perspectiva interprofissional e compartilhada com toda a EqSF.	“O acolhimento é feito tanto pela enfermeira quanto pelo médico e mais pela enfermeira, porque esse materno-infantil, como eu falei, a demanda é muito grande” (Profissional EqSF C).
O âmbito local apresentou bom desempenho nos critérios de realização de orientações para o cuidado materno-infantil e pesagem das crianças durante as consultas puerperais.	“A pesagem dessas crianças é realizada no dia da consulta, na triagem” (Puérpera EqSF A) “A pesagem das crianças, aqui na unidade, é realizada nas consultas [...] O agente de saúde, o que eu vejo aqui na unidade, é fazendo o peso do Bolsa Família, e não o peso mensal da criança” (Profissional EqSF B).
Há limitações na pesagem domiciliar de crianças quando as EqSF não dispõem de estrutura suficiente, a exemplo de balanças, ou quando há insuficiente cobertura de Agentes Comunitários de Saúde nos territórios.	“Eu vou até a casa deles, só que não tem balança para levar para pesar bebê [...]” (Profissional EqSF A). “[...] O peso na área, que é à domicílio, é pelo Agente Comunitário de Saúde. Nossa área tem uma defasagem. Nós temos só 3 agentes de saúde. Nós somos 5 bairros, mas infelizmente nós temos só 3” (Profissional EqSF D).
A realização das ações de imunização infantil é determinada pela baixa adesão das puérperas e pela capacidade do sistema local de saúde realizar a busca ativa das puérperas faltosas.	“Em relação à questão da cobertura vacinal, nem todas as crianças estão 100%, com o calendário em dias. Justamente porque, assim, se as mães não as trazem para a gente. Aí você vai dizer: “mas não tem o agente de saúde?”, aí eu vou lhe dizer: “mas a gente não tem 100% de área coberta”. Nessas áreas descobertas, é onde a gente não tem essas crianças com essa cobertura” (Profissional EqSF B).
As visitas domiciliares a crianças menores de dois anos não são contínuas em territórios locais com baixa cobertura de ACS.	“Enfermeira não. Quando a agente passa, assim, aí ela entra, pergunta pelo meu filho, pergunta se a gente está bem, mas não é sempre. De vez em quando” (Puérpera EqSF B). “Nós temos só 3 agentes de saúde. Nós somos 5 bairros, mas infelizmente nós temos só 3” (Profissional EqSF D).

continua...

Fragmentação entre o processo de trabalho das EqSF e NASF-AB corrobora para ausência de ações conjuntas de atenção puerperal.	“Aproximação entre os dois serviços nós temos, mas ações conjuntas para o público infantil é que a gente ainda não realiza” (Profissional EqSF B).
A marcação local de exames pediátricos de rotina tem sido limitada pela oferta burocrática de “cotas municipais” e induz processos de marcação nas EqSF, sem classificação de risco e vulnerabilidade infantil.	“Os exames quando são solicitados para essa faixa etária, vão para nossa central de regulação aqui e regula. Tem as urgências que são logo de imediato e a rotina, entra na rotina do atendimento da unidade que tenha cota. Aí entra dentro das cotas.” (Profissional EqSF D).
As EqSF não têm se constituído como serviço de primeiro contato para as situações de urgência e emergência infantil.	“É muito raro acontecer isso porque as mães já procuram ou a UPA ou o HO [...]” (Profissional EqSF C).
Não há contrarreferência de crianças encaminhadas pelas EqSF para outros serviços de saúde.	“Não acontece não. A gente faz uma contrarreferência com a própria paciente quando retorna [...]” (Profissional EqSF D).
As ações coletivas educativas para puérperas e crianças têm sido tangenciadas no processo de trabalho local nas EqSF.	“Infelizmente, nós estamos pecando nisso aí [...] foi até bom a sua vinda aqui porque nos faz refletir sobre os pontos que estamos deixando um pouco de lado. Não está realizando porque a gente não faz nenhuma atividade voltada para a saúde da criança, não. Até o momento” (Profissional EqSF B).

Fonte: elaboração dos autores.

As entrevistas com os profissionais das EqSF ratificaram a persistência de fragilidades no acolhimento infantil, que tende a centrar-se na enfermeira, sem a participação de toda a EqSF. Em relação ao incentivo à amamentação, as entrevistas com as puérperas e profissionais foram convergentes sobre a heterogeneidade local desta prática, variando de EqSF que realizam este incentivo desde o pré-natal, enquanto outras não apresentaram meios para desenvolver tais ações. Este cenário polarizado contradiz a diretriz municipal de promover o aleitamento até os dois anos de idade, sobretudo o exclusivo até os seis meses.

Houve bom desempenho do âmbito local na realização de orientações sobre cuidados infantis e na pesagem das crianças durante as consultas, destacando-se o papel indutor do Programa Bolsa Família (PBF). Contudo, vale destacar limitações na pesagem domiciliar das crianças, quando há problemas estruturais das equipes, a

exemplo da ausência de balança para deslocamento até os domicílios ou quando há crianças residentes em território sem cobertura de ACS.

A realização da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil baseada na CSC, em todas as consultas, tem sido comum na ESF. No entanto, houve divergências entre os profissionais e as fontes documentais (prontuários e CSC) quanto à realização de avaliação do perímetro cefálico das crianças em todas as consultas. Este achado parece revelar uma contradição entre as avaliações infantis e o registro completo das informações clínicas.

A oferta de imunizantes não tem sido um obstáculo rotineiro para o nível local realizar ações de imunização infantil. Todavia, tais práticas são determinadas pela baixa adesão das mães de crianças à vacinação e pela capacidade operacional das EqSF para realizar a busca ativa das crianças, principalmente em territórios sem cobertura de ACS.

Os profissionais das EqSF avaliavam o desenvolvimento infantil baseados na CSC. Entretanto, a análise desses documentos e as entrevistas com mães de crianças revelaram que ainda persistem cenários de registros incompletos das informações e de baixa oferta de orientações sobre a CSC aos pais. Quanto às visitas domiciliares a crianças menores de dois anos, embora seja uma prática comum, tende a ser comprometida e fragmentada em territórios com desigualdades de cobertura de ACS.

Apesar da realização do acompanhamento de crianças com deficiência e encaminhamento destas para serviços de referência em reabilitação, não houve consenso, entre profissionais e mães, sobre a oferta de educação em saúde dirigida aos pais das crianças para estimulação precoce. Inclusive, as ações educativas coletivas para crianças e puérperas no território ainda permanecem como práticas de rara operacionalização pelas EqSF. Este achado foi confirmado pelos profissionais e mães que referiram o tangenciamento de tais práticas no processo de trabalho local.

Os encaminhamentos das crianças para outros serviços de saúde ainda eram realizados por meios manuais (relatórios e fichas de referência/contrarreferência). Em equipes não apoiadas pelo NASF-AB, os encaminhamentos eram menos qualificados, e nas apoiadas, havia maior efetividade na referência das crianças, dada a qualificação dos fluxos assistenciais pelos profissionais NASF-AB.

Por outro lado, um dos obstáculos da puericultura tem sido a capacidade de integração entre EqSF e o NASF-AB para realizar ações compartilhadas de promoção da saúde, dirigidas a crianças menores de dois anos. Ademais, no âmbito local ainda

persiste a não institucionalização de critérios de vulnerabilidade e classificação de risco para a marcação de exames complementares pediátricos. Este achado tem sido reflexo de constrangimentos municipais produzidos sobre o processo de trabalho das EqSF, quando dispõem apenas da oferta de exames burocraticamente organizada no modelo de “cotas” municipais, sem qualquer correspondência com as necessidades dos territórios.

Por fim, havia uma baixa frequência de encaminhamentos das crianças para a atenção de urgência e emergência ou atenção hospitalar. Este achado pode indicar que as EqSF não têm se constituído como primeiro contato das crianças nas condições urgentes e emergentes. Além disso, a unanimidade sobre a ausência da contrarreferência ratificou a constante fragmentação na relação entre EqSF e demais pontos de atenção, sobre a comunicação de informações de crianças encaminhadas no sistema municipal de saúde. Na maioria dos casos, o retorno de informações para o âmbito local tem sido relatado verbalmente, pelas mães, durante consultas de retorno na APS.

Discussão

Este estudo evidenciou que, apesar das singularidades organizacionais das EqSF, os critérios de maior obstáculo na puericultura são semelhantes, e isso pode ser explicado pelos constrangimentos produzidos pela organização do sistema municipal de saúde. A interdependência entre os níveis de avaliação deste estudo confere diferentes desempenhos às ações de puericultura entre os territórios locais das EqSF.

A contradição entre a definição de diretrizes municipais de puericultura e sua implantação nos territórios locais pode representar consequências da incipiente participação dos trabalhadores e usuários na elaboração do plano de governo municipal, repercutindo na fragmentação de relações entre esses atores sociais e a gestão municipal necessárias para apoiar a execução das práticas de puericultura. Trata-se de um ponto crítico, já que a implementação das ações locais puerperais possui interdependência com a organização do sistema municipal de saúde.

A dificuldade da APS em se constituir como serviço de primeiro contato para as crianças nas urgências e emergências evidencia obstáculos de acesso organizacional para que os serviços locais assumam o papel de ordenadores do cuidado em

puericultura nos sistemas municipais de saúde. De acordo com a literatura, trata-se de um problema recorrente não apenas na atenção das crianças, mas de outros grupos vulneráveis, tendo como fatores explicativos a precarização nas relações de trabalho e a ausência de fluxos formais para a atenção hospitalar, seja no âmbito nacional ou no internacional (Almeida, 2018; Cecil *et al.*, 2018; Airers *et al.*, 2017).

A adoção de protocolos de puericultura pelas EqSF, de cunho nacional, revela que as singularidades locais dos territórios têm sido negligenciadas na formulação das políticas municipais de puericultura, distanciando-as de um cuidado centrado na comunidade. Nessa direção, estudos destacam a necessidade da formulação de protocolos de puericultura que estejam coerentes com as singularidades locais dos diferentes contextos de implementação (Pedraza; Santos, 2017; Tavares, 2019).

O desenvolvimento das ações de imunização apenas induzido por uma agenda nacional representa um obstáculo importante do protagonismo municipal no planejamento de calendários vacinais que atendam às necessidades locais. Ademais, deve-se considerar as dimensões logística e infraestrutural de unidades de saúde rurais como pontos críticos que merecem maior atenção de gestores municipais, para reduzir iniquidades na oferta e execução das ações de imunização das crianças. Desigualdades de acesso a imunizantes entre territórios urbanos e rurais podem contribuir para coberturas vacinais heterogêneas nas EqSF.

Observou-se que a baixa adesão dos responsáveis legais ao processo de vacinação constitui um desafio para as EqSF manterem a cobertura vacinal dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Algumas evidências justificam que a baixa adesão vacinal está associada a aspectos socioeconômicos, problemas de acesso organizacional, como horário de funcionamento das unidades, e de acesso geográfico, a exemplo da distância entre a residência e os serviços (Brígido *et al.*, 2019; Pedraza *et al.*, 2019).

A inexistência de um sistema de marcação integrado entre todos os pontos de atenção produz constrangimentos municipais na comunicação entre EqSF e outros pontos de atenção à saúde das crianças. Outrossim, a pulverização do processo de marcação de consultas entre equipes urbanas e rurais revela desigualdades de informatização entre os serviços de cuidados primários na puericultura. Nos territórios rurais, em especial, tais desigualdades se refletem na acessibilidade geográfica das marcações de consultas especializadas e contribuem para a centralização desse processo na sede municipal, criando maiores obstáculos para

famílias com menor poder aquisitivo e que residem em territórios desprovidos de transporte público.

A oferta municipal de consultas pediátricas e exames complementares sem um sistema de classificação de risco e vulnerabilidade infantil inviabiliza o cuidado equitativo das crianças com necessidades de acompanhamento especializado. Achados semelhantes foram encontrados no âmbito internacional, em que uma das causas se relacionava com desigualdades na oferta territorial de pediatras (Botero *et al.*, 2022). De acordo com Araújo *et al.* (2019), este modelo de oferta também é ineficiente em outros cenários municipais, pois não atende às demandas da população e desconsidera as especificidades locais.

A inviabilidade da contrarreferência manual aponta para a necessidade de os gestores municipais implementarem alternativas informatizadas para garantir a continuidade das informações sobre as crianças referenciadas entre os pontos de atenção municipal. Estes achados coadunam com o de outros autores sobre a incipiente comunicação entre os serviços nas ações de puericultura e a urgência de um novo modelo de integração informacional entre os profissionais e serviços de saúde (Aires *et al.*, 2017; Caminha *et al.*, 2019; Fernandez *et al.*, 2019).

A conservação de uma organização inflexível na agenda de consultas de puericultura na APS dificulta um cumprimento do atributo da acessibilidade ao cuidado infantil, contribuindo para incompatibilidades entre a organização dos serviços locais e a rotina social das famílias para aderirem às consultas. Estudos ratificam que a oferta de consultas de APS em horários e dias específicos limitam a assiduidade das puérperas ao acompanhamento infantil, o que exige a reorganização de estratégias de marcação com agendas mais flexíveis (Rezer; Souza; Faustino, 2020; Goes *et al.*, 2018; Rezer *et al.*, 2020).

O acolhimento é imprescindível para que as equipes entendam as singularidades infantis e desenvolvam práticas puerperais centradas na estratificação de risco da família e da criança. A centralização do acolhimento nos profissionais da enfermagem compromete possibilidades de um cuidado interprofissional e colaborativo nas EqSF. Alguns estudos destacam que o acolhimento das crianças realizado por toda a EqSF fortalece a relação entre usuários e profissionais, e a continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (Soares *et al.*, 2016; Tavares *et al.*, 2019; Soares *et al.*, 2016).

Ainda que as diretrizes nacionais e internacionais estabeleçam o incentivo à amamentação enquanto prática central na puericultura (Goes *et al.*, 2018), este estudo evidenciou que sua implementação tem sido heterogênea entre os cenários locais. Alguns autores destacam que em cenários locais onde há incentivo à amamentação, a prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês é superior a outros cenários locais que não dispõem desta prática rotineiramente (Kellans, 2022; Carvalho *et al.*, 2018). Diante da heterogeneidade territorial, destaca-se a importância de qualificar os profissionais para que esse incentivo seja feito de forma mais abrangente e completa, utilizando diferentes estratégias de educação e promoção da saúde.

A contribuição do PBF na indução da pesagem das crianças revelou a importância de políticas com abrangência intersetorial e organizadas a partir de condicionalidades, corroborando, portanto, sinergicamente, a integração de ações para promoção da saúde infantil. Em estudo sobre as condicionalidades do PBF, também foi evidenciado o papel sinérgico do Programa na qualificação das ações de puericultura, em especial, a proporção de consultas em famílias beneficiárias (Silva *et al.*, 2016).

A CSC é o principal instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. As evidências de subregistros das informações necessárias ao monitoramento do desenvolvimento infantil fragilizam a continuidade de informações e apontam a necessidade de qualificar os profissionais da APS sobre a importância de seu preenchimento regular, bem como a educação em saúde de pais de crianças sobre a importância da CSC, para que estes atuem como vigilantes e indutores do registro regular. Há semelhança entre esta avaliação em outros cenários avaliativos quanto ao subregistro na CSC, o que em alguns municípios se justifica pelo desconhecimento dos profissionais da APS sobre o instrumento (Andrade; Rezende; Madeira, 2014; Caminha *et al.*, 2017).

Os obstáculos para as visitas domiciliares foram uma das estratégias de monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil e parecem descortinar constrangimentos locais na busca ativa das crianças para as consultas de puericultura, a necessidade de instituir debates e qualificações municipais sobre o papel estratégico do ACS enquanto agente integrador da equipe com responsáveis legais e a urgência de ampliar a cobertura destes profissionais em locais mais críticos à visitação infantil.

A qualificação dos encaminhamentos de crianças para atenção especializada e ordenados pelo NASF-AB ratifica a necessidade de estes serviços participarem do itinerário do cuidado infantil e as gestões municipais implementarem qualificações com vistas à melhor integração do apoio assistencial-pedagógico às Eq S F . Nessa direção, Soares *et al.* (2016) destacam que o NASF-AB deve atuar como serviço estratégico para o compartilhamento do cuidado em puericultura e como qualificador da referência de casos em outros pontos de atenção infantil. Vale destacar que o novo financiamento da APS tangenciou os NASF-AB e representa um risco de extinção desse serviço em diversos municípios brasileiros (Melo *et al.*, 2019), o que pode fragilizar o matriciamento das EqSF no desenvolvimento das práticas de puericultura.

Por fim, a baixa implementação de ações educativas coletivas de puericultura evidencia a necessidade de fortalecer a abordagem comunitária nas EqSF e reorientar a racionalidade das práticas de saúde, ainda centradas no cuidado na perspectiva clínica, curativista e individual.

Os resultados desta pesquisa revelaram que a organização do sistema municipal de saúde influencia a organização local da puericultura, principalmente pela forma como a gestão de uma Secretaria Municipal de Saúde coordena as relações entre as equipes de APS e demais serviços de saúde. Os determinantes municipais afetam o trabalho dessas equipes, principalmente nas práticas que demandam a coordenação vertical do cuidado em puericultura e cujo cenário não dispõe de uma gestão integrada do processo de trabalho para as EqSF; de fluxos assistenciais definidos; de um sistema de referência e contrarreferência e de marcação de consultas e exames informatizado.

As singularidades locais das EqSF possuem um peso importante em critérios que são mais dependentes de ações territoriais. Há semelhanças entre elas em obstáculos relacionados com a rigidez das agendas de marcação e quanto à marcação de consultas e exames especializados, às ações de imunização, ao subregistro de informações na CSC, ao acolhimento das crianças, entre outros.

Destaca-se, como contribuição deste estudo, a realização de uma avaliação que considerou a indissociabilidade entre o nível da gestão municipal e local do cuidado em puericultura. Seus achados podem orientar a formulação de estratégias municipais para reorganizar a gestão e implementar qualificações do processo de trabalho dos profissionais na APS, permitindo a melhoria da qualidade das ações

de puericultura para a coletividade. Ademais, a contribuição da proposição de uma SO com critérios validados por especialistas torna potencial sua aplicação em outros cenários avaliativos do país.

A não inclusão de narrativas dos ACS enquanto atores relevantes do cuidado em puericultura, a carência de participação dos trabalhadores e familiares na construção da Situação-Objetivo e a análise centrada em diretrizes protocolares sem incluir critérios que abordassem a qualificação dos profissionais podem ser destacadas como principais limitações deste estudo.

São necessários, ainda, estudos que aprofundem a avaliação da puericultura comparando modelos organizacionais de equipes (com e sem EqSF), que busquem elucidar determinantes locais e municipais da adesão dos responsáveis legais às ações imunização e que investiguem elementos relacionados com a utilização da CSC pelos profissionais de saúde.¹

Referências

- AIRES, L. C. P. *et al.* Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, v. 21, n. 2, p. 1–7, 2017.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 1, p. 244-260, set. 2018.
- ALVES, M. D. DE S. M.; GAÍVA, M. A. M. Ações de promoção da saúde na consulta de enfermagem à criança. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 18, n. 2, 2019.
- ANDRADE, G. N.; REZENDE, T. M. R. L.; MADEIRA, A. M. F. Child Health Booklet: experiences of professionals in primary health care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. 5, p. 857-864, 2014.
- ARAÚJO, P. O.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M.; PEREIRA, M. J. B. A oferta por cotas para exames e consultas especializadas atende às demandas das unidades de saúde da família? *Revista de Aps*, [S.L.], v. 21, n. 3, p. 324-334, 30 jan. 2019.
- BARREIRAS. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2018-2021*. Conselho Municipal de Saúde. 185 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Brasileiro. *Informações demográficas de Barreiras*. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=290320>>. Acesso em: 16 mar. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRÍGIDO A. F. *et al.* Qualificação do Cuidado a Puericultura: uma Intervenção em Serviço na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Fund Care Online*, v. 11, n. esp, p. 448-454, 2019.
- CAMINHA, M. F. C. *et al.* Vigilância Do Desenvolvimento Infantil: Análise Da Situação Brasileira. *Revista Paulista de Pediatria*, 2017.
- CARVALHO, M. J. L. N. *et al.* Primeira Visita Domiciliar Puerperal: uma Estratégia Protetora do Aleitamento Materno Exclusivo. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 36, n. 1, p. 66-73, 2018.
- CECIL, E. *et al.* Impact of preventive primary care on children's unplanned hospital admissions: A population-based birth cohort study of UK children 2000-2013. *BMC Medicine*, v. 16, n. 1, p. 1-11, 2018.
- FERNÁNDEZ, M. *et al.* Intervención Educativa En Atención Primaria Para Reducir Y Mejorar La Adecuación De Las Consultas Pediátricas. *Mscbs.Gob.Es*, v. 93, 2019.
- GOES, F. G. B. *et al.* Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 29, n. 6, p. 2808-2817, 2018.
- KELLANS, A. Breastfeeding: Parenteral education and support. *UpToDate*. 2022. Disponível em:<https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-parental-education-and-support?search=aleitamento%20materno&source=search_result&selectedTitle=2-150&usage_type=default&display_rank=2#H3342496321>. Acesso em: 14 dez. 2022.
- MACHADO, C. S. *et al.* Caracterização das crianças atendidas em puericultura na atenção primária à saúde. *Nursing (São Paulo)*, v. 24, p. 6846-6857, 2021.
- MAGGE, H. *et al.* Tackling the hard problems: implementation experience and lessons learned in newborn health from the African Health Initiative. *BMC Health Services Research*, v. 17, n. S3, 2017.
- MAKHMUTOV, R. The Delphi method at a glance. *Pflege*, v. 34, n. 4, p. 221-221, 2021.
- MELO, E. A. *et al.* Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 137-144, 2019.

PARKER, C.; SCOTT, S.; GEDDES, A. *Snowball Sampling*. SAGE Research Methods Foundations, 2019.

PEDRAZA, D. F. *et al.* Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 4, p. 847-855, 2017.

REZER, F.; VIEIRA DE SOUZA, T.; FAUSTINO, W. R. Dificuldades dos responsáveis por crianças na adesão a puericultura. *Journal Health NPEPS*, v. 5, n. 1, p. 338-350, 2020.

ROJAS-BOTERO, M. L.; FERNÁNDEZ-NIÑO, J. A.; BORRERO-RAMÍREZ, Y.E. Unacceptable persistence of territorial inequalities in avoidable under-five mortality in Colombia between 2000 and 2019: a multilevel approach. *Public Health*, v. 213, p. 189-197, 2022.

SAMI, S. *et al.* Understanding health systems to improve community and facility level newborn care among displaced populations in South Sudan: A mixed methods case study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 18, n. 1, p. 1-12, 2018.

SILVA JUNIOR, C. L. *et al.* Avaliação preliminar das ações de puericultura em equipe de saúde da família, entre beneficiários e não beneficiários do programa bolsa família. In: FARIAS, J. M. *et al.* (Org.). *Gestão do cuidado em saúde*. Criciúma: UNESC, 2016. p. 82-85.

SOARES, D. G. *et al.* Implantação da puericultura e desafios do cuidado na Estratégia Saúde da Família em um município do estado do Ceará. *Rev Bra Promoç Saúde*, v. 29, n. 1, p. 132-138, 2016.

SLUTSKER, J. S.; HENNESSY, R. R.; SCHILLINGER, J. A. Factors Contributing to Congenital Syphilis Cases. New York City, 2010-2016. *Centers for Disease Control and Prevention*, v. 67, n. 39, p. 1088-1093, 2018.

TAVARES, M. N. M. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. *Nursing (São Paulo)*, v. 22, n. 256, p. 3144-3149, 2019.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Nota

¹ P. L. R. da Silva, R. S. Aleluia, A. F. de Santana e L. T. Ribeiro: concepção e planejamento, aquisição, análise e interpretação de dados, redação e elaboração do artigo, revisão intelectual crítica e aprovação da versão final a ser publicada.

Abstract

Evaluation of childcare in the Family Health Strategy in a municipality in the health macro-region

Childcare was evaluated in the ESF in a municipality that is the headquarters of a health macro-region in the Brazilian Northeast. An evaluative study was carried out with two levels of analysis: municipal and local management. The local assessment was deepened in four EqSF through interviews with managers, professionals and postpartum women, document analysis and non-participant observation. The data sources were triangulated and processed in the Nvivo software, and the empirical material was compared with an objective situation according to the research analysis levels and prepared by the researchers. At the municipal level, the clear definition of assignments for childcare care points and assistance flows was one of the most critical criteria and, at the local level, the integration of actions with other primary services, counter-referral and collective educational actions in the territory. The implementation of childcare practices in EqSF is strongly dependent on political-organizational determinants between the municipal and local levels, and the results shown here may apply to other municipal health systems with similar configurations. This study contributed to the evaluation of childcare based on the proposition of criteria that considered municipal and local interdependence in the organization of actions to evaluate child growth and development.

► **Keywords:** Health assessment. Family Health Strategy. Childcare. Children's health.

