

Consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família em municípios do interior do estado da Paraíba, Brasil

Childcare appointment at the Family Health Strategy in municipalities in the inland region of the State of Paraíba, Brazil

Dixis Figueroa Pedraza (<https://orcid.org/0000-0002-5394-828X>)¹

Abstract *This article aims to evaluate the childcare appointments by health professionals working at the Family Health Strategy in municipalities in the State of Paraíba, compare the performance by health team type (The Mais Médicos Program or conventional), and analyze the association of client satisfaction with the developed actions. This cross-sectional study evaluated the structural conditions of health units, the work process of health professionals, and client satisfaction, observing childcare appointments in 22 health teams. Poor employment relationships and professionals' knowledge about child growth curves were highlighted in the structure. In the 175 appointments observed, we detected neglect in completing the Child Health Booklet (CHB), obtaining data on food consumption, and guidance practices. Only 36% of the appointments were classified with adequate duration. There was greater satisfaction for appointments developed in health teams of the Mais Médicos Program, with longer duration and better performance in guidance practices. The implementation of childcare appointments reveals significant gaps that can influence maternal satisfaction.*

Key words *Primary Health Care, Childcare, Process Assessment (Healthcare)*

Resumo *O objetivo deste artigo é avaliar a consulta de puericultura realizada por profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família em municípios do estado da Paraíba, comparar o desempenho segundo o tipo de equipe de saúde (Programa Mais Médicos ou convencional) e analisar a associação da satisfação do usuário com as ações desenvolvidas. Estudo transversal que avaliou as condições de estrutura das unidades de saúde, o processo de trabalho dos profissionais de saúde e a satisfação do usuário, observando-se as consultas de puericultura em 22 equipes. Na estrutura, destacaram-se fragilidades no vínculo laboral e nos conhecimentos dos profissionais sobre as curvas de crescimento infantil. Nas 175 consultas observadas foi possível constatar negligenciamento no preenchimento da Caderneta da Criança, na obtenção de dados do consumo alimentar e nas práticas de orientação. Apenas 36% das consultas foram classificadas com tempo de duração adequado. Houve maior satisfação para consultas realizadas em equipes do Programa Mais Médicos, com maior tempo de duração e com melhor desempenho nas práticas de orientação. A implementação da consulta de puericultura apresenta lacunas importantes que podem influenciar a satisfação materna.*

Palavras-chave *Atenção Primária à Saúde, Cuidado da Criança, Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde)*

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), R. das Baraúnas 351, Campus Universitário, Bodocongó, 58109-753 Campina Grande PB Brasil. dixisfigueroa@gmail.com

Introdução

A atenção à saúde da criança é considerada fundamental para o desenvolvimento saudável e um dos campos prioritários do cuidado que deve ser prestado pelos profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF)^{1,2}. Nesse contexto, a Puericultura constitui um instrumento de cuidado essencial para o acompanhamento da saúde infantil e a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis. Nas consultas de puericultura deve ocorrer a avaliação da criança, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, a atenção às doenças prevalentes na infância, e o desenvolvimento de ações básicas de promoção da saúde relacionadas à imunização, alimentação e prevenção de acidentes, dentre outras^{1,3}. O acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança possibilita implementar práticas importantes de redução da morbimortalidade infantil⁴.

Apesar da importância da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, evidências sugerem que no Brasil sua implementação é frágil, influenciada por fatores como baixa sensibilização e falta de preparo dos profissionais de saúde que prejudicam a qualidade da assistência prestada à criança³⁻⁵. Essas lacunas podem limitar os avanços na saúde da população infantil⁶, enquanto a satisfação do usuário com o atendimento recebido pode minimizá-las^{7,8}. Na perspectiva do paciente, a ideia da satisfação decorre da sua interação com o profissional de saúde, valorizando sua capacidade de aprimorar os atributos mais importantes da atenção⁷. Como indicador de resultado dos serviços de saúde, a satisfação permite analisar quais objetivos estão sendo ou não alcançados, repensar as práticas profissionais e redimensionar a forma de organização dos cuidados^{9,10}.

Os efeitos da ESF e seus impactos nos indicadores de saúde são controversos, questionáveis e ainda não estão bem estabelecidos. Essa conjuntura está relacionada à implantação desse modelo de atenção associada a contextos socioeconomicamente desfavoráveis e fragilidades dos serviços de saúde² o que também caracteriza a concepção do Programa Mais Médicos (PMM)^{7,11}. O programa é considerado uma das principais respostas à necessidade de investimento público na área de saúde no Brasil para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) e expansão da cobertura da ESF^{7,11}. Evidências têm mostrado repercussões positivas do PMM na formação, no processo de trabalho, na qualidade do atendimento e na satis-

fação do usuário. Contudo, é necessário o desenvolvimento de pesquisas com foco nos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde do programa, nomeadamente comparando a atenção prestada com equipes da ESF convencionais¹¹. O presente estudo traz um novo olhar do tema sob a ótica da atenção à saúde da criança.

Objetivou-se avaliar a consulta de puericultura realizada por profissionais de saúde que atuam na ESF em municípios do Estado da Paraíba, comparar o desempenho segundo o tipo de equipe de saúde (PMM ou convencional) e analisar a associação da satisfação do usuário com as ações desenvolvidas.

Métodos

Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal de avaliação das consultas de puericultura realizadas por profissionais de saúde da ESF, a partir das condições de estrutura das unidades de saúde, do processo de trabalho e da satisfação do usuário.

Contexto

Foram selecionados para participar da pesquisa municípios do estado da Paraíba de porte populacional entre 30.000 e 149.999 habitantes que possuíam incentivos de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição¹² e de ações voltadas à prevenção da obesidade infantil no contexto do Programa Saúde na Escola¹³. Incluíram-se os municípios com cobertura total da ESF que tivessem Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a inclusão de nutricionista, vinculados no mínimo a uma equipe de saúde do PMM, ou NASF, sem a inclusão de nutricionista, vinculados no mínimo a uma equipe de saúde convencional. Atendendo estes critérios, a pesquisa totalizou sete dos 12 municípios com os incentivos financeiros. Um dos municípios foi excluído por ter cobertura parcial da ESF e outro por não possuir equipes de saúde conforme critérios de elegibilidade. Além disso, três municípios não foram incluídos por serem considerados para outras avaliações de características similares.

Nos municípios escolhidos para participar da pesquisa, foram selecionadas todas as equipes de saúde localizadas na zona urbana e que não mudaram de tipo de equipe de saúde (PMM ou convencional) nos dois anos anteriores à época

da coleta dos dados. Essas informações foram obtidas por meio do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (<http://cnes2.datasus.gov.br>) e/ou por contato pessoal com os enfermeiros das equipes de saúde. A quantidade de equipes de saúde do PMM e convencionais por município respeitou a sua composição própria. Participaram do estudo os profissionais que realizaram as consultas de puericultura e as crianças menores de dois anos (0-24 meses) que eles atenderam no dia da coleta de dados, em um dia típico de trabalho. Os dados foram coletados nas unidades de saúde entre maio e setembro de 2018.

Fontes de dados

As informações sobre a estrutura das unidades de saúde referiram-se à disponibilidade de consultório próprio, equipamentos antropométricos e Caderneta de Saúde da Criança (CSC), e ao perfil do profissional que realizou a consulta de puericultura de acordo com o vínculo (tipo e tempo) e aos seus conhecimentos sobre as curvas de crescimento infantil. Utilizou-se, para esses fins, questionário padronizado com perguntas fechadas, o qual foi respondido pelo profissional envolvido no atendimento. A avaliação do conhecimento sobre as curvas de crescimento baseou-se no uso de um *case scenario* (caso hipotético) de uma criança menor de dois anos de idade, com informações sobre perímetro cefálico, peso e comprimento. Solicitou-se, com base nas curvas de crescimento correspondentes disponíveis na CSC, o registro e a interpretação do perímetro cefálico/idade, peso/idade, comprimento/idade e índice de massa corporal/idade. O conhecimento foi considerado adequado quando tanto o registro quanto a interpretação foram corretos.

As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde foram obtidas por observação das consultas de puericultura. A observação foi realizada por uma dupla de entrevistadores que explicaram com antecedência o objetivo da atividade e permaneceram no final da sala de consulta sem manifestar qualquer tipo de opinião ou comportamento. Utilizou-se formulário específico para anotar os procedimentos adotados, com alternativas de resposta “sim” e “não”. As práticas de interesse foram: medição do crescimento e avaliação do desenvolvimento; orientações sobre o crescimento e desenvolvimento; registros do crescimento e desenvolvimento na CSC (preenchimento das curvas de crescimento e dos marcos do desenvolvimento); acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por meio

da CSC (preenchimento contínuo das curvas de crescimento e dos marcos do desenvolvimento); avaliação do consumo alimentar e aconselhamento sobre a alimentação; orientações gerais sobre vacinação, suplementação, e prevenção de acidentes e violência. As práticas foram definidas e julgadas com base nas recomendações do Ministério da Saúde para a organização do processo de trabalho no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança na APS¹⁴. Para o caso das orientações sobre o crescimento e desenvolvimento, quando o profissional dizia apenas se o peso, perímetro cefálico, comprimento e desenvolvimento estavam ou não dentro do normal, sem oferecer nenhuma orientação, o observador codificava a resposta como “não”. Para o caso do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por meio da CSC, admitiu-se intervalo máximo de três meses em relação aos registros nas curvas de crescimento e o mínimo de três anotações para os marcos do desenvolvimento.

Durante as consultas também foram registrados os horários de início e fim. Consultas com duração ≥ 10 minutos foram consideradas de tempo adequado, e aquelas que duraram < 10 minutos foram consideradas de tempo inadequado¹⁵.

Concluída a consulta, foram realizadas duas perguntas à mãe da criança: 1 - “Durante a consulta, você fez todas as perguntas que você desejou perguntar?”, com duas alternativas de resposta (sim e não); 2 - “Como você considera que foi o tempo da consulta?”, com três alternativas de resposta (muito, adequado e pouco) e agrupadas para análise nas categorias muito/adequado e pouco. Foram consideradas satisfeitas com a consulta as mães que responderam ter conseguido perguntar tudo o desejado e que consideraram o tempo de consulta como muito/adequado¹⁵.

Medidas adotadas para evitar vieses

A equipe de campo do estudo foi formada por profissionais e estudantes da área de saúde, com experiência prévia em trabalho de campo, o qual foi supervisionado por profissional capacitado. O controle de qualidade do estudo incluiu treinamento e padronização dos entrevistadores, construção de Manual de Instruções e realização de estudo piloto no município de Campina Grande, Paraíba.

Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas e digitados em dupla entrada em um banco de dados customizado com verificações de consistência e restrições de intervalo. O aplicati-

vo Validate do *software* Epi Info versão 3.3.2 foi usado para analisar a consistência dos dados.

Variáveis de estudo

Como parâmetros da estrutura das unidades de saúde, considerou-se: i) a disponibilidade de consultório próprio para a consulta de puericultura (sim, não), de balança infantil (sim, não), de antropômetro (sim, não) e de CSC (sim, não); ii) as características do profissional que realizou as consultas de puericultura com base no tipo de vínculo (concurso público, contratado), tempo de vínculo na posição atual (dois anos o mais, menos de dois anos) e realização de pós-graduação ou residência em saúde coletiva/saúde da família (sim, não); iii) o registro e interpretação dos índices antropométricos perímetro cefálico/idade, peso/idade, comprimento/idade e índice de massa corporal/idade com base nas curvas de crescimento infantil (adequado, inadequado).

Em relação às ações desenvolvidas pelos profissionais nas consultas de puericultura, analisou-se a realização ou não dos seguintes procedimentos: i) medição do peso, comprimento, perímetro cefálico e avaliação do desenvolvimento; ii) orientação baseada no peso, comprimento, perímetro cefálico e desenvolvimento; iii) registro do peso, comprimento, perímetro cefálico, índice de massa corporal e desenvolvimento na CSC; iv) acompanhamento do peso, comprimento, perímetro cefálico, índice de massa corporal e desenvolvimento por meio da CSC; v) uso do formulário de marcadores do consumo alimentar na Atenção Básica, perguntar sobre a alimentação da criança e aconselhar sobre a alimentação da criança; vi) orientações sobre vacinação, suplementação, e prevenção de acidentes e violência.

Também foram analisadas como variáveis de estudo o tempo de duração da consulta (adequado, inadequado), a satisfação relacionada à possibilidade de fazer perguntas na consulta (sim, não), a satisfação com o tempo de duração da consulta (sim, não) e a satisfação geral com a consulta (sim, não).

Métodos estatísticos

Foram realizadas análises de associação das variáveis relacionadas à estrutura das unidades de saúde e ações desenvolvidas com o tipo de equipe de saúde (PMM, convencional), o tempo de duração das consultas e a satisfação com as consultas. Ainda, analisaram-se possíveis as-

sociações das variáveis relacionadas às ações desenvolvidas e do tempo de duração das consultas com a satisfação geral do usuário. Foram utilizados os testes de Qui-quadrado ou Exato de Fisher (para casos com frequência <5). O nível de significância admitido foi de 5%. Utilizou-se o *software* Stata versão 12.0.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (parecer nº 2.219.604). As mães/responsáveis pelas crianças e profissionais de saúde que participaram da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, como condição necessária à participação no estudo.

Resultados

A pesquisa totalizou 22 equipes de saúde (11 do PMM e 11 convencionais). A Tabela 1 mostra as características da estrutura das unidades de saúde estudadas. A maioria das unidades disponha de consultório próprio para as consultas de puericultura (n=20), de balança infantil e antropômetro (n=21) e de CSC (n=18). Dos profissionais que realizaram as consultas de puericultura, 14 tinham vínculo por concurso público e 13 mínimo de dois anos de trabalho na equipe de saúde. Em relação ao uso das curvas de crescimento infantil, observou-se que 16 participantes registraram e interpretaram corretamente os índices peso/idade e comprimento/idade. O índice de massa corporal/idade foi o que apresentou maior deficiência (mais da metade dos profissionais não souberam registrar e interpretar adequadamente), seguido do perímetro cefálico/idade. As equipes de saúde do PMM e convencionais não apresentaram diferenças entre si quanto aos itens de estrutura.

Foram observadas 175 consultas de puericultura, 84 em equipes do PMM e 91 nas convencionais. A Tabela 2 mostra os principais resultados sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde durante suas consultas. As medições de peso e comprimento foram realizadas em todas e as de perímetro cefálico em 96,0%, enquanto a avaliação do desenvolvimento realizou-se em 21,7% dos casos. As orientações sobre o crescimento e desenvolvimento oscilaram de 11,4% (desenvolvimento) a 38,3% (peso). As medidas de peso, comprimento e perímetro cefálico

Tabela 1. Características da estrutura relacionada à consulta de puericultura de Unidades Básicas de Saúde da Família, em municípios do estado da Paraíba, 2018.

Características	Total (N=22)	PMM (N=11)	Convencional (N=11)	p-valor ^a
	n	n	n	
Consultório próprio para a consulta de puericultura				0,476
Sim	20	9	11	
Disponibilidade de balança infantil e antropômetro				1,000
Sim	21	10	11	
Disponibilidade de Caderneta de Saúde da Criança				0,586
Sim	18	8	10	
Profissional com vínculo por meio de concurso público				1,000
Sim	14	7	7	
Profissional com vínculo estável mínimo de dois anos				0,387
Sim	13	5	8	
Registro e interpretação do perímetro cefálico/idade com base nas curvas de crescimento infantil				0,659
Adequado	14	6	8	
Registro e interpretação do peso/idade com base nas curvas de crescimento infantil				1,000
Adequado	16	8	8	
Registro e interpretação do comprimento/idade com base nas curvas de crescimento infantil				1,000
Adequado	16	8	8	
Registro e interpretação do índice de massa corporal/idade com base nas curvas de crescimento infantil				1,000
Adequado	9	5	4	

PMM: Programa Mais Médicos; ^aTeste Exato de Fisher.

Fonte: Autor.

obtidas durante as consultas foram registradas em 65,7%, 54,3% e 50,3% dos gráficos de peso/idade, comprimento/idade e perímetro cefálico/idade das CSC, respectivamente. O preenchimento das curvas de índice de massa corporal/idade (11,4%) e dos marcos do desenvolvimento (12,0%) apresentaram frequências baixas. Em relação aos registros contínuos da CSC, observou-se que apenas o peso teve proporção superior a 50%, enquanto frequências inferiores a 10% obtiveram-se para o índice de massa corporal e o desenvolvimento. A utilização do formulário de marcadores do consumo alimentar foi observada em apenas nove consultas e o aconselhamento sobre a alimentação em 51,4% delas. As orientações sobre vacinação (64,0%) foram mais frequentes que as relacionadas à suplementação (25,7%), e à prevenção de acidentes e violência (2,9%).

Quando comparados os resultados segundo o tipo de equipe de saúde, profissionais das equipes do PMM mostraram melhor desempenho em relação a perguntar (p=0,007) e questionar (p=0,001) sobre a alimentação da criança, bem

como nas práticas de orientação sobre vacinação (p=0,009) e suplementação (p=0,001) (Tabela 2).

Do total de consultas, 63 (36,0%) foram consideradas com tempo de duração adequado, em maior proporção nas equipes do PMM (p=0,014). A satisfação das mães com a possibilidade de fazer perguntas e com o tempo de duração da consulta foi superior a 85%; a satisfação geral, de 81,1%. Maiores níveis de satisfação foram constatados para as consultas realizadas por profissionais que atuavam em equipes do PMM (p=0,006 para a satisfação com a possibilidade de fazer perguntas; p=0,014 para a satisfação com o tempo de duração da consulta; p=0,002 para a satisfação geral) (Tabela 3).

Conforme pode ser visualizado na Tabela 4, a satisfação materna com as consultas de puericultura associou-se às orientações recebidas sobre o peso (p=0,001), comprimento (p=0,006), perímetro cefálico (p=0,022), desenvolvimento (p=0,022), alimentação (p=0,000), vacinação (p=0,044) e suplementação (p=0,033). O fato de o profissional ter perguntado sobre a alimenta-

ção da criança ($p=0,000$) e o tempo de duração da consulta adequado ($p=0,002$) também produziram maior grau de satisfação do usuário.

Discussão

A implantação do PMM tem gerado interesse de conhecimento sob a ótica do seu processo de formulação, implementação e resultados enquanto

iniciativa que pode contribuir para a reorientação do modelo de atenção no sistema de saúde¹⁶. Para esses fins, o presente estudo comparou equipes de saúde da ESF com e sem o modelo do PMM. Os resultados destacaram negligências no processo de trabalho dos profissionais durante as consultas de puericultura que afetam o cuidado à saúde da criança, tais como a avaliação do consumo alimentar, o preenchimento da CSC e a orientação materna relacionados ao acompanha-

Tabela 2. Ações desenvolvidas por profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família nas consultas de puericultura de crianças menores de dois anos, em municípios do estado da Paraíba, 2018.

Ações desenvolvidas e tempo de duração das consultas	Total (N=175)		PMM (N=84)		Convencional (N=91)		P-valor ^a
	n	%	n	%	n	%	
Medição do crescimento e avaliação do desenvolvimento							
Peso	175	100,0	84	100,0	91	100,0	-
Comprimento	175	100,0	84	100,0	91	100,0	-
Perímetro cefálico	168	96,0	79	94,1	89	97,8	0,205
Desenvolvimento	38	21,7	22	26,2	16	17,6	0,168
Orientações sobre o crescimento e desenvolvimento							
Peso	67	38,3	33	39,3	34	37,4	0,794
Comprimento	50	28,6	22	26,2	28	30,8	0,503
Perímetro cefálico	29	16,6	11	13,1	18	19,8	0,235
Desenvolvimento	20	11,4	7	8,3	13	14,3	0,216
Registros do crescimento e desenvolvimento na CSC							
Peso	115	65,7	56	66,7	59	64,8	0,542
Comprimento	95	54,3	42	50,0	53	58,2	0,218
Perímetro cefálico	88	50,3	38	45,2	50	54,9	0,140
IMC	20	11,4	7	8,3	13	14,3	0,216
Desenvolvimento	21	12,0	11	13,1	10	11,0	0,668
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por meio da CSC							
Acompanhamento do peso	114	65,1	56	66,7	58	63,7	0,369
Acompanhamento do comprimento	75	42,9	37	44,1	38	41,8	0,760
Acompanhamento do perímetro cefálico	55	31,4	32	38,1	23	25,3	0,099
Acompanhamento do IMC	11	6,3	6	7,1	5	5,5	0,654
Acompanhamento do desenvolvimento	12	6,9	7	8,3	5	5,5	0,458
Avaliação do consumo alimentar e aconselhamento sobre alimentação							
Uso do formulário de marcadores do consumo alimentar na Atenção Básica	9	5,1	7	8,3	2	2,2	0,104
Perguntar sobre a alimentação da criança	107	61,1	60	71,4	47	51,6	0,007
Aconselhar sobre a alimentação da criança	90	51,4	54	64,3	36	39,6	0,001
Orientações gerais							
Vacinação	112	64,0	62	73,8	50	55,0	0,009
Suplementação	45	25,7	31	36,9	14	15,4	0,001
Prevenção de acidentes e violência	5	2,9	3	3,6	2	2,2	0,546

PMM: Programa Mais Médicos; CSC: Caderneta de Saúde da Criança; IMC: Índice de Massa Corporal; ^aTeste Qui-quadrado ou Exato de Fischer (para casos com frequência <5).

Fonte: Autor.

Tabela 3. Tempo de duração das consultas e satisfação de usuárias da Estratégia Saúde da Família com a consulta de puericultura de crianças menores de dois anos, em municípios do estado da Paraíba, 2018.

Tempo de duração e satisfação com as consultas	Total (N=175)		PMM (N=84)		Convencional (N=91)		P-valor ^a
	n	%	n	%	n	%	
Tempo de duração da consulta adequado	63	36,0	38	45,2	25	27,5	0,014
Satisfação com a possibilidade de fazer perguntas	149	85,1	78	92,9	71	78,0	0,006
Satisfação com o tempo de duração da consulta	159	90,9	81	96,4	78	85,7	0,014
Satisfação geral	142	81,1	76	90,5	66	72,5	0,002

PMM: Programa Mais Médicos; ^aTeste Qui-quadrado ou Exato de Fischer (para casos com frequência <5).

Fonte: Autor.

mento do crescimento e desenvolvimento. Ainda, as consultas de puericultura realizadas por profissionais das equipes do PMM apresentaram maior satisfação do usuário, destacando-se a importância de fornecer orientações e do tempo de duração da consulta.

Quanto à estrutura, os achados do estudo em tela mostraram que a maioria das unidades de saúde dispunham de condições adequadas para a obtenção e registro dos parâmetros relacionados ao crescimento e desenvolvimento da criança, diferente do observado em outras pesquisas^{17,18}. Contudo, profissionais encarregados pelas consultas de puericultura possuíam vínculos instáveis que podem contribuir negativamente nos cuidados de saúde prestados¹⁹. Além disso, foram confirmados achados da literatura nacional e internacional com foco em deficiências nos conhecimentos relacionados ao uso das curvas de crescimento infantil, que podem prejudicar o desenvolvimento de ações de aconselhamento nutricional^{20,21}.

A subutilização e sub-registro dos dados relacionados ao crescimento e desenvolvimento da criança elencados em revisões da literatura brasileira^{4,5,22} foram confirmados no atual estudo. Ainda, a adoção incipiente de orientações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento infantil observada reforça os achados de outros estudos nacionais^{4,23} e internacionais^{24,25}. Essas circunstâncias sinalizam baixa preparação e sensibilização dos profissionais com o cuidado à saúde da criança, bem como a sustentação do modelo hegemônico de cuidar no qual predomina a visão biológica e curativista do processo saúde-doença. Dessa forma, é possível comprometer a identificação de situações de risco do crescimento e desenvolvimento da criança, a comunicação entre os profissionais de saúde, o vínculo profissional e usuário, a continuidade do cuidado e a integralidade^{4,5,18,23}.

Em específico, chama atenção a pouca importância atribuída ao índice de massa corporal, ao perímetro cefálico e ao desenvolvimento, conforme relatos prévios da literatura^{5,22,23}. Essa conjuntura torna-se particularmente especial na atual situação das crianças brasileiras em que o excesso de peso e problemas no desenvolvimento são preocupantes, sinalizado a importância da adequada vigilância do neurodesenvolvimento infantil^{5,22,23,26}. Adicionalmente, o cenário revelado reforça a desvalorização dos marcadores do consumo alimentar, das orientações sobre a alimentação e o aconselhamento da suplementação^{17,18,20,27-29}, as quais representam práticas importantes de promoção da alimentação saudável e prevenção de carências nutricionais³⁰.

A literatura ainda incipiente sobre a atuação dos profissionais de saúde da ESF na prevenção de acidentes e violência nas consultas de puericultura³¹⁻³³ ressalta a importância dos resultados do atual estudo com foco no pouco envolvimento profissional na prevenção de acidentes e violência por meio de orientações. O enfrentamento da violência na APS no Brasil está distante do trabalho cotidiano e da perspectiva de saúde pública e sociocultural necessária, pois prevalecem atendimentos pontuais pautados na queixa-conduta³³, os quais podem explicar os achados encontrados no presente trabalho. Nesse sentido, há de ressaltar a importância da construção de formas efetivas de comunicação, confiança e vínculo profissional-usuário, bem como das práticas colaborativas, tendo em vista o reconhecimento da violência como problema público de saúde e a necessidade de ações que permitam seu enfrentamento de forma adequada³¹⁻³³.

No atual estudo foi possível constatar melhor desempenho dos profissionais das equipes do PMM nas práticas de orientação sobre alimentação, vacinação e suplementação, o que reforça as evidências sobre as contribuições do Programa

Tabela 4. Associação entre a satisfação de usuárias da Estratégia Saúde da Família com as consultas de puericultura de crianças menores de dois anos e as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde e o tempo de duração das consultas, em municípios do estado da Paraíba, 2018.

Ações e tempo de duração das consultas	Satisfação com a consulta de puericultura				p-valor ^a
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Medição do peso/comprimento					-
Sim	142	81,1	33	18,9	
Não	0	0,0	0	0,0	
Medição do perímetro cefálico					0,502
Sim	137	81,6	31	18,4	
Não	5	71,4	2	28,6	
Avaliação do desenvolvimento					0,569
Sim	32	84,2	6	15,8	
Não	110	80,3	27	19,7	
Orientações sobre o peso					0,001
Sim	63	94,0	4	6,0	
Não	79	73,1	29	26,9	
Orientações sobre o comprimento					0,006
Sim	47	94,0	3	6,0	
Não	95	76,0	30	24,0	
Orientações sobre o perímetro cefálico					0,022
Sim	28	96,6	1	3,4	
Não	114	78,1	32	21,9	
Orientações sobre o desenvolvimento					0,022
Sim	20	100,0	0	0,0	
Não	122	78,7	33	21,3	
Registro do peso na CSC					0,056
Sim	98	85,2	17	14,8	
Não	44	73,3	16	26,7	
Registro do comprimento na CSC					0,107
Sim	82	86,3	13	13,7	
Não	60	75,0	20	25,0	
Registro do perímetro cefálico na CSC					0,165
Sim	75	85,2	13	14,8	
Não	67	77,0	20	23,0	
Registro do IMC na CSC					0,052
Sim	19	95,0	1	5,0	
Não	123	79,4	32	20,6	
Registro do desenvolvimento na CSC					0,568
Sim	18	85,7	3	14,3	
Não	124	80,5	30	19,5	

continua

na promoção da saúde, na prevenção de doenças e na integralidade do cuidado^{16,34}. Os resultados do PMM elencam-se relacionados a melhorias da infraestrutura dos serviços de saúde, na relação médico/paciente, na formação e na educação permanente dos médicos^{11,16,35}. Desse modo, as deficiências no conhecimento e nas práticas dos profissionais de saúde que participaram dessa

pesquisa levantam a necessidade da sua qualificação para a vigilância do crescimento e desenvolvimento por meio de estratégias de educação permanente, conforme reconhecido na literatura^{4,5,20-22,26,30-33}. Nesse sentido, vale ressaltar a importância da formação orientada pelo modelo de atenção integral, o que representa um dos grandes desafios da APS no Brasil³⁶. Com relação ao

Tabela 4. Associação entre a satisfação de usuárias da Estratégia Saúde da Família com as consultas de puericultura de crianças menores de dois anos e as ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde e o tempo de duração das consultas, em municípios do estado da Paraíba, 2018.

Ações e tempo de duração das consultas	Satisfação com a consulta de puericultura				p-valor ^a
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
Acompanhamento do peso por meio da CSC					0,068
Sim	97	85,1	17	14,9	
Não	45	73,8	16	26,2	
Acompanhamento do comprimento por meio da CSC					0,220
Sim	64	85,3	11	14,7	
Não	78	78,0	22	22,0	
Acompanhamento do perímetro cefálico por meio da CSC					0,069
Sim	49	89,1	6	10,9	
Não	93	77,5	27	22,5	
Acompanhamento do IMC por meio da CSC					0,392
Sim	10	90,9	1	9,1	
Não	132	80,5	32	19,5	
Acompanhamento do desenvolvimento por meio da CSC					0,841
Sim	10	83,3	2	16,7	
Não	132	81,1	31	19,0	
Uso do formulário de marcadores do consumo alimentar na Atenção Básica					0,211
Sim	9	100,0	0	0,0	
Não	133	80,1	33	19,9	
Perguntar sobre a alimentação da criança					0,000
Sim	99	92,5	8	7,5	
Não	43	63,2	25	36,8	
Aconselhar sobre a alimentação da criança					0,000
Sim	87	96,7	3	3,3	
Não	55	64,7	30	35,3	
Orientações sobre vacinação					0,044
Sim	97	86,6	15	13,4	
Não	45	71,4	18	28,6	
Orientações sobre suplementação					0,033
Sim	43	95,6	2	4,4	
Não	99	76,2	31	23,8	
Orientações sobre prevenção de acidentes e violência					0,274
Sim	5	100,0	0	0,0	
Não	137	80,6	33	19,4	
Tempo de duração da consulta					0,002
Adequado	59	93,7	4	6,3	
Inadequado	83	74,1	29	25,9	

CSC: Caderneta de Saúde da Criança; IMC: Índice de Massa Corporal; ^aTeste Qui-quadrado ou Exato de Fischer (para casos com frequência <5).

Fonte: Autor.

PMM, destaca-se seu potencial para a melhoria dos processos de aprendizagem e a formação em serviço¹¹.

Em relação ao tempo de duração das consultas, foi possível perceber seu comprometimento, em consenso com a literatura^{15,23,37,38}. Apesar

disso, houve alta satisfação do usuário com esse parâmetro, possivelmente como condição relacionada ao baixo nível de expectativas³⁹. Contudo, a duração da consulta de puericultura deve ser analisada, independentemente do nível de satisfação gerado, em função da sua capacidade

de influenciar a quantidade de ações desenvolvidas, a interação do usuário com o profissional e a qualidade da assistência prestada^{15,24,37,38}. A carga de trabalho, o esgotamento, a eficiência e a satisfação do profissional são fatores que podem influenciar de maneira importante o tempo de duração da consulta^{37,38}.

No Brasil, de acordo com os resultados do atual estudo, altos níveis de satisfação têm sido registrados em relação às explicações dadas pelo médico (91%) e ao tempo por ele disponibilizado para perguntas (85%)⁴⁰. Adicionalmente, usuários mostram-se mais satisfeitos com os serviços recebidos quando conseguem resolver seus problemas e sentir-se respeitados⁴¹, o que mostra plausibilidade dos resultados apresentados no presente estudo. Quanto à maior satisfação entre usuários do PMM (90,5%), revela-se concordância com o observado em 32 municípios de todas as regiões do país, onde estar satisfeito associou-se ao desempenho técnico e humanizado dos médicos⁷. Na zona rural de Porto Velho (RO), uma pesquisa com 96 usuários de sete unidades de saúde destacou preferência pelo atendimento e comunicação dos médicos do PMM⁴². Revisões da literatura confirmam a avaliação positiva do PMM com base na satisfação dos usuários^{11,16}.

A associação registrada nessa pesquisa entre a satisfação materna com as consultas de puericultura e as orientações recebidas durante as mesmas, bem como o seu tempo de duração, pode explicar-se pela valorização que o usuário faz da dedicação do profissional para oferecer informações e aconselhamento^{21,37}, o que se favorece com maior duração da consulta^{24,37}. Achaos coerentes foram obtidos em outro estudo no qual a satisfação dos usuários mostrou-se diretamente ligada ao interesse do médico durante o atendimento⁴². Ainda, segundo outra pesquisa, usuários do PMM estavam satisfeitos tanto com o atendimento quanto com as informações recebidas pelos médicos⁷. O presente estudo agrega evidências empíricas que sugerem o significado atribuído pelas mães às orientações que receberam durante as consultas de puericultura.

De modo geral, a população assistida pelos profissionais das equipes de saúde do PMM parece ter recebido melhor cuidado durante as consultas de puericultura, em comparação à atendida

nas equipes tradicionais da ESF, com mais orientações recebidas e maior grau de satisfação. Esses achados somam-se aos relatados que enfatizam benefícios do PMM na qualidade dos serviços, na relação médico/paciente, no desenvolvimento de práticas interdisciplinares e na ampliação das ações, inclusive de promoção da saúde^{7,11,16,34}. Em relação à Puericultura, um estudo desenvolvido no Distrito Federal mostrou melhorias na sua oferta após a implantação do PMM⁴³. Assim, espera-se que a leitura desse artigo contribua na compreensão da importância de transformar as práticas de cuidado à saúde da criança na ideia das “Trilhas da Promoção e da Atenção à Saúde”.

Na interpretação dos resultados apresentados sugere-se considerar possíveis limitações relacionadas à observação direta da prestação de serviços e à satisfação percebida pelo usuário. No primeiro caso, é possível que os profissionais tenham oferecido um serviço mais completo, com superestimativas que tornam ainda mais preocupantes as práticas desvalorizadas. Por sua vez, a aplicação de um questionário logo após a consulta pode induzir ao viés de gratidão que se expressa em maior satisfação. No entanto, a observação das consultas e a abrangência da pesquisa emergem como diferenciais que pressupõem confiabilidade e generalização. Propõe-se, portanto, o desenvolvimento de outras pesquisas com diferentes desenhos metodológicos, notadamente com foco em avaliações de efetividade e em problemas percebidos pelas diferentes esferas do sistema de saúde.

Com base na avaliação realizada foi possível verificar que a implementação das consultas de puericultura pelos profissionais apresenta lacunas importantes que podem influenciar a satisfação materna. No processo de trabalho dos profissionais, destaca-se o sub-registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na CSC, o baixo envolvimento em práticas de orientação do usuário e o curto tempo de duração das consultas. Na avaliação da satisfação, sobressai a importância do recebimento de orientações e do tempo de duração da consulta, com melhor avaliação nas equipes do PMM. Dessa forma, urge a necessidade de estratégias factíveis que permitam melhorar os cuidados de saúde durante a consulta de puericultura nos serviços públicos de saúde.

Financiamento

Universidade Estadual da Paraíba (processo nº 4.06.02.00-1-366/2017-1).

Referências

1. Brígido AF, Santos EO, Prado EV. Qualificação do Cuidado a Puericultura: uma Intervenção em Serviço na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Fund Care Online* 2019; 11(n. esp.):448-454.
2. Oliveira BLCA, Moreira JPL, Luiz RR. 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. *Cien Saude Colet* 2019; 24(3):1495-1505.
3. Gaíva MAM, Monteschio CAC, Moreira MDS, Salge AKM. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Av Enferm* 2018; 36(1):9-21.
4. Figueroa Pedraza D. Growth surveillance in the context of the primary public healthcare service network in Brazil: literature review. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2016; 16(1):7-19.
5. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr* 2016; 34(1):122-131.
6. World Health Organization (WHO). Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. *Consultation on improving measurement of the quality of maternal, newborn and childcare in health facilities*. Geneva: WHO; 2013.
7. Comes Y, Trindade JS, Shimizu HE, Hamann EM, Bargioni F, Ramirez L, Sanchez MN, Santos LMP. Avaliação da satisfação dos usuários e da responsividade dos serviços em municípios inscritos no Programa Mais Médicos. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2749-2759.
8. Malaquias TSM, Gaíva MAM, Higarashi IH. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Rev Gaucha Enferm* 2015; 36(1):62-68.
9. Modes PSSA, Gaíva MAM. Satisfação das usuárias quanto à atenção prestada à criança pela rede básica de saúde. *Esc Anna Nery* 2013; 17(3):455-465.
10. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(65):387-398.
11. Kemper ES, Mendonça AVM, Sousa MF. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2785-2796.
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 55, de 6 de janeiro de 2017. Estabelece incentivo de custeio para a estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias de Saúde dos municípios que possuem população entre 30.000 e 149.999 habitantes (IBGE) e do Distrito Federal, com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). *Diário Oficial da União* 2017; 18 jan.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.706, de 18 de outubro de 2017. Lista os Municípios que finalizaram a adesão ao Programa Saúde na Escola para o ciclo 2017/2018 e os habilita ao recebimento do teto de recursos financeiros pactuados em Termo de Compromisso e repassa recursos financeiros para Municípios prioritários para ações de prevenção da obesidade infantil com escolares. *Diário Oficial da União* 2017; 20 out.

14. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: MS; 2012.
15. Halfon N, Stevens GD, Larson L, Olson LM. Duration of a Well-Child Visit: Association with Content, Family-Centeredness, and Satisfaction. *Pediatrics* 2011; 128(4):657-664.
16. Rios DRS, Teixeira C. Mapeamento da produção científica sobre o Programa Mais Médicos. *Saude Soc* 2018; 27(3):794-808.
17. Pimentel VRM, Sousa MF, Hamann EM, Mendonça AVM. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Cien Saude Colet* 2014; 19(1):49-57.
18. Palombo CNT, Fujimori E, Toriyama ATM, Duarte LS, Borges ALV. Dificuldades no aconselhamento nutricional e acompanhamento do crescimento infantil: perspectivas de profissionais. *Rev Bras Enferm* 2017; 70(5):1000-1008.
19. Figueiroa Pedraza D. Percepção de enfermeiros sobre o cuidado nutricional à criança na Estratégia Saúde da Família. *Saude Debate* 2020; 44(124):141-151.
20. Palombo CNT, Fujimori E, Toriyama ATM, Duarte LS. Capacitação em aconselhamento nutricional: avaliação de conhecimento e aplicabilidade na atenção à saúde da criança. *Rev Bras Saude Matern Infant* 2018; 18(1):75-82.
21. Nsiah-Asamoah C. Gaps in Knowledge Levels of Health Workers on recommended Child Feeding Practices and Growth Monitoring and Promotion Actions. *Ped Health Res* 2018; 3(2):8.
22. Caminha MFC, Silva SL, Lima MC, Azevedo PTACC, Figueira MCS, Batista Filho M. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Rev Paul Pediatr* 2017; 35(1):102-109.
23. Figueiroa Pedraza D, Santos IS. Assessment of growth monitoring in childcare visits at the Family Health Strategy in two municipalities of Paraíba State, Brazil. *Epidemiol Serv Saude* 2017; 26(4):847-855.
24. Billah SM, Saha KK, Khan ANS, Chowdhury AH, Garnett SP, Arifeen SE, Menon P. Quality of nutrition services in primary health care facilities: Implications for integrating nutrition into the health system in Bangladesh. *PLoS One* 2017; 12(5):e0178121.
25. Bolka H, Abajobir AA. The practice of essential nutrition actions in healthcare deliveries of Shebedino District, South Ethiopia. *Adv Reproduct Sci* 2014; 2(1):8-15.
26. Reichert APS, Nóbrega VM, Damasceno SS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. *Rev Eletr Enf* 2015; 17(1):117-123.
27. Nascimento FA, Silva AS, Jaime PC. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 22:E190028.
28. Brito VRS, Vasconcelos MGL, Diniz AS, França ISX, Pedraza DF, Peixoto JBS, Paiva AA. Percepção de profissionais de saúde sobre o programa de combate à deficiência de vitamina A. *Rev Bras Promo Saude* 2016; 29(1):93-99.
29. Azeredo CM, Cotta RMM, Silva LS, Franceschini SCC, Sant'Ana LFR, Lamounier JA. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). *Cien Saude Colet* 2013; 18(3):827-836.
30. Bortolini GA, Oliveira TFV, Silva SA, Santin RC, Medeiros OL, Spaniol AM, Pires ACL, Alves MFM, Falter LA. Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2020; 44:e39.
31. Santos JS, Yakuwa MS. A Estratégia Saúde da Família frente à violência contra crianças: revisão integrativa. *Rev Soc Bras Enferm Ped* 2015; 15(1):38-43.
32. Goes FGB, Silva MA, Paula GK, Oliveira LPM, Mello NC, Silveira SSD. Nurses' contributions to good practices in child care: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* 2018; 71(Supl. 6):2808-2817.
33. Mendonça CS, Machado DF, Almeida MAS, Castanheira ESL. Violência na Atenção Primária em Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Cien Saude Colet* 2010; 25(6):2247-2257.
34. Comes Y, Trindade JS, Pessoa VM, Barreto ICHC, Shimizu HE, Dewes D, Arruda CAM, Santos LMP. A implementação do Programa Mais Médicos e a integralidade nas práticas da Estratégia Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2729-2738.
35. Facchini LA, Batista SR, Silva Jr AG, Giovanella L. O Programa Mais Médicos: análises e perspectivas. *Cien Saude Colet* 2016; 21(9):2652.
36. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1499-509.
37. Surbakti EF, Sari K. The Relationship Between Consultation Length and Patient Satisfaction: A Systematic Review. *KnE Life Sci* 2018; 2018:41-49.
38. Irving G, Neves AL, Dambha-Miller H, Oishi A, Tagashira H, Verho A, Holden J. International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open* 2017; 7:e017902.
39. Brandão ALRBS, Giovanella L, Campos CEA. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):103-114.
40. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saude Debate* 2018; 42(n. esp.):18-37.
41. Protasio APL, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. *Cien Saude Colet* 2017; 22(6):1829-1844.
42. Santos MAM, Souza EG, Cardoso JC. Avaliação da qualidade da Estratégia Saúde da Família e do Programa Mais Médicos na área rural de Porto Velho, Rondônia. *Rev Eletr Gest Soc* 2016; 10(26):1327-1346.
43. Moreira ACG, Costa EPSR, Almeida RP, Constandio TB, Gottens LBD, Arrais A, Oliveira MLC. Programa mais médicos: análise a partir de um modelo lógico. *Com Cien Saude* 2017; 28(3/4):291-302.

Artigo apresentado em 09/08/2022

Aprovado em 17/04/2023

Versão final apresentada em 02/05/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva