

Fatores relacionados à assiduidade de quilombolas às consultas de acompanhamento infantil

Factors related to quilombola attendance to child follow-up appointments

Los factores asociados a la asiduidad de quilombolas en consultas de seguimiento infantil

Elenilda Farias de Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-8544-5161

Climene Laura de Camargo¹

ORCID: 0000-0002-4880-3916

Nadirlene Pereira Gomes¹

ORCID: 0000-0002-6043-3997

Telmara Menezes Couto¹

ORCID: 0000-0001-6836-8563

Luana Moura Campos¹

ORCID: 0000-0001-5671-1977

Patricia Santos de Oliveira¹

ORCID: 0000-0001-8441-8022

¹ Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia, Brasil.

Como citar este artigo:

Oliveira EF, Camargo CL, Gomes NP, Couto TM, Campos LM, Oliveira PS. Factors related to quilombola attendance to child follow-up appointments.

Rev Bras Enferm. 2019;72(Suppl 3):9-16.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0605>

Autor Correspondente:

Elenilda Farias de Oliveira

E-mail: didafarias@yahoo.com.br



Submissão: 01-10-2017 **Aprovação:** 13-04-2018

RESUMO

Objetivo: Aprender fatores que interferem na assiduidade de crianças quilombolas às consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. **Método:** Pesquisa qualitativa ancorada no Interacionismo Simbólico, durante a qual foram entrevistadas 14 mães de crianças menores de um ano e que frequentavam a Unidade de Saúde da Família de Ilha de Maré, Bahia, Brasil. **Resultados:** A assiduidade às consultas sofre influência de fatores intrínsecos às mães (significado do acompanhamento à saúde infantil; vinculação das consultas ao adocimento da criança; questões pessoais) e fatores extrínsecos relativos ao serviço (disponibilidade de agendamento, amplo tempo de espera para as consultas e qualidade das mesmas). **Considerações Finais:** Urge uma gestão que priorize a reorganização do serviço, com prioridade aos agendamentos e o aprimoramento profissional, tendo em vista a melhoria da qualidade do atendimento e a redução do tempo de espera, principalmente considerando as questões pessoais que comprometem a ida à unidade. **Descritores:** Crescimento e Desenvolvimento; Cuidado da Criança; Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde Pública; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

Objective: To understand factors interfering with the attendance of *quilombola* children to growth and development follow-up appointments. **Method:** It is a qualitative research based on Symbolic interactionism, during which 14 mothers of children below 1 year-old were interviewed, who attended to the Family Health Unit at Ilha de Maré, Bahia, Brazil. **Results:** Appointment attendance is affected by factors intrinsic to mothers (meaning of child health follow-up; association between appointments and children falling ill; personal issues) and extrinsic factors, related to the service (availability, long waiting time for appointments and its quality). **Final considerations:** An administration prioritizing the service's organization is required, which can prioritize attendances and the reduction of waiting time, specially given the personal issues that compromise going to the unit.

Descriptors: Growth and Development; Child Care; Nursing in Community Health; Public Health; Interpersonal Relations.

RESUMEN

Objetivo: Identificar los factores que interfieren en la asiduidad de niños *quilombolas* en las consultas de seguimiento para el crecimiento y desarrollo. **Método:** Investigación cualitativa con base en el Interaccionismo Simbólico, en la cual se entrevistó 14 madres de niños menores de un año de edad y que frecuentaban la Unidad de Salud de la Familia de Ilha de Maré, Bahia, Brasil. **Resultados:** La asiduidad en las consultas sufre influencia de factores intrínsecos a las madres –significado de seguimiento para la salud infantil, asociación de las consultas con la enfermedad del niño; cuestiones personales– y de factores extrínsecos relativos al servicio –disponibilidad de agenda, mucho tiempo de espera para las consultas y su calidad–. **Consideraciones Finales:** Es necesario haber una gestión que priorice la reorganización del servicio, con mayor prioridad a las agendas y al perfeccionamiento profesional, teniendo en cuenta la mejora de la calidad de la atención médica prestada y la reducción del tiempo de espera, principalmente considerando las cuestiones personales que les comprometen venir a la unidad.

Descriptor: Crecimiento y Desarrollo; Cuidado del Niño; Enfermería en Salud Comunitaria; Salud Pública; Relaciones Interpersonales.

INTRODUÇÃO

A maior vulnerabilidade de crianças quilombolas para o adoecimento exige estratégias políticas que assegurem a qualidade de vida dessa população, entre essas estratégias se inserem as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD). Estas, por favorecerem o vínculo entre profissional e mãe, poderão representar um importante espaço para o fortalecimento da assiduidade das famílias às consultas.

Pesquisas assinalam a exposição das crianças a situações distintas de vulnerabilidades, que envolvem desde aspectos fisiológicos, como a imaturidade imunológica, bem como eventos externos, como limitado acesso à educação, coleta de lixo, saneamento básico e água encanada⁽¹⁻²⁾. Essa realidade não se limita ao cenário brasileiro. Está evidenciada, por exemplo, na Irlanda, cuja mortalidade é quatro vezes maior em crianças vivendo em situação de pobreza⁽³⁾ e também em países como a China, Burma/Myanmar⁽⁴⁾ e a África Subsaariana⁽⁵⁾. A situação tende a agravar-se quando se trata de crianças negras, principalmente as nativas de comunidades quilombolas, fato este que pode estar relacionado às piores condições de vida e de saúde, à menor expectativa de vida ao nascer e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde⁽⁵⁻⁶⁾.

Nesse contexto, a consulta de ACD desvela-se como estratégia de vigilância da atenção à saúde das crianças⁽⁷⁾. Tal estratégia encontra-se inserida na Política Nacional da Atenção Básica⁽⁸⁾, compondo o Programa de ACD, tendo sido disposta na Lei n. 13.257 de 8 de março de 2016, que estabelece as políticas públicas para a primeira infância e traz a saúde como área prioritária⁽⁹⁾.

As consultas de ACD, originalmente conhecidas como puericultura, ocorrem de forma sistemática e planejada, se dão por meio da supervisão e orientação da vacinação, aleitamento materno e higiene; promoção de hábitos saudáveis, além da prevenção de acidentes e agravos, bem como identificação precoce destes. Elas possibilitam ainda a confiança, o respeito e o estreitamento de vínculo entre o profissional de saúde e a família, fator que favorece a continuidade da procura pelos serviços, bem como a autonomia e o fortalecimento da família para o cuidado em saúde⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Considerando que o estabelecimento de laços entre o usuário e o profissional tem sido citado por sua eficácia em ações de saúde, aspecto que repercute diretamente no cuidado da criança⁽¹⁰⁻¹¹⁾, as evidências científicas sinalizam para a relevância das consultas de ACD. Pesquisa de revisão sistemática brasileira mostrou a importância dessas consultas para a redução dos riscos de morbimortalidade infantil⁽¹²⁾. Pode-se inferir, portanto, que, desde a implementação das consultas de ACD, a partir de 1984, iniciou-se um processo de melhoria das condições de saúde das crianças brasileiras – que pode ser percebido a partir da redução das taxas de mortalidade entre os anos de 1990 e 2013, cujo índice alcançou 78%⁽¹³⁾.

Ao passo que algumas investigações indicam relação entre a redução dos percentuais de morbimortalidade infantil com a adesão às consultas de ACD, outras alertam para a não assiduidade de crianças a esses espaços. Estudo realizado em um setor de atendimento da maternidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil, demonstrou que das 393 crianças nascidas em hospital público, 53,2% não frequentavam a consulta de puericultura regularmente⁽¹⁴⁾. Em estudo de base populacional feito em 2013 com 1.711 crianças de zero a cinco anos, do Maranhão, Brasil,

verificou-se que a realização da consulta de ACD no primeiro ano de vida ocorreu entre 38,4% dos infantes⁽¹⁵⁾. Outro estudo realizado em Sobral, Ceará, Brasil, também corrobora a situação de ausência às consultas de ACD por diversos motivos⁽¹⁶⁾.

Considerando que tais evidências científicas apontam para a não adesão às consultas como um problema para a população em geral, ressalta-se a lacuna de conhecimento no que tange essa realidade em comunidades quilombolas. Vale salientar ainda que, apesar de melhorias no quadro de morbimortalidade infantil no Brasil, tal fato não reflete a realidade para crianças negras. Dado da Fundação das Nações Unidas para Infância (Unicef) chama atenção de que no Brasil a mortalidade entre crianças negras é aproximadamente 40% maior do que a de crianças brancas⁽¹⁷⁾. Paralelo a isso, na África Subsaariana, em que a população é predominantemente negra, a probabilidade de uma criança morrer antes de completar os cinco anos aumenta para 1 a cada 12 nascimentos, enquanto que nos Estados Unidos essa probabilidade é de 1 entre 140 nascidos vivos⁽²⁾. Diante do contexto de maior exposição das crianças negras ao adoecimento e morte, torna-se relevante destacar que são imprescindíveis ações, no âmbito da saúde coletiva, de promoção à saúde e prevenção de doenças baseadas em condutas eficazes que consigam superar as situações de vulnerabilidade da população quilombola⁽⁶⁾.

Entendendo que o acompanhamento sistemático de crianças quilombolas às consultas de ACD refletirá na melhoria das condições de saúde dessa população e que a relação de vínculo entre mãe e profissional de saúde é essencial para esse processo, nos questionamos: para mães quilombolas, que fatores interferem na frequência das crianças às consultas de ACD?

OBJETIVO

Apreender fatores que interferem na assiduidade de crianças quilombolas às consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

MÉTODO

Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob o parecer nº 1.023.744, CAAE 39922214.5.0000.5531. Elaborou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, no qual foram respeitados os critérios estabelecidos na Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que baseou-se na teoria do Interacionismo Simbólico (IS). Essa teoria vem sendo empregada nas pesquisas em enfermagem, visto que adota como conceito central o significado das ações no âmbito individual e coletivo, alicerçadas na interação entre os atores sociais⁽¹⁸⁾. Tal estudo vincula-se à tese intitulada "A Consulta para Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de Crianças Quilombolas", à luz do Interacionismo Simbólico (IS).

Procedimentos Metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido em cinco comunidades quilombolas localizadas em Ilha de Maré, Praia Grande, Bananeira, Martelo, Ponta Grossa e Porto dos Cavalos, com uma população total de 4.236 habitantes, registrada no Censo Demográfico de 2010⁽¹⁹⁾. Com o intuito de identificar os fatores que interferem na assiduidade das mães às consultas de ACD, foram escolhidas comunidades quilombolas que se encontram em maior situação de vulnerabilidade social.

O cenário de estudo representa a maior concentração da população negra habitante de um município da Bahia, Brasil⁽⁹⁾. A maioria da população tem acesso ao abastecimento de água potável e luz elétrica, no entanto convive com a falta de saneamento básico. As principais atividades para sustento da família são a pesca, a mariscagem e o artesanato.

Na comunidade, há cobertura de Atenção Básica com a Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada no quilombo de Praia Grande, o mais populoso. É constituída por duas equipes multiprofissionais compostas por um dentista, duas enfermeiras, dois médicos, dois técnicos de enfermagem, um técnico de saúde bucal e sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além do suporte da equipe do Núcleo de Atenção à Saúde da Família por meio de assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

O agendamento de consultas na Unidade de Saúde da Família (USF) em estudo é feito de forma presencial, por meio da disponibilização da agenda dos profissionais que realizam as consultas (enfermeiras e médicos). A organização interna desse serviço prevê a marcação das consultas de ACD para as segundas-feiras e a consulta propriamente dita para as quintas-feiras. Embora a ESF preconize a atuação profissional de formação generalista, um dos médicos da unidade investigada é especialista na área de cirurgia pediátrica, situação que direcionou a predileção das mães por esse profissional para a realização das consultas de suas crianças.

Fonte de dados

Este estudo contou com a participação de mães de crianças quilombolas menores de um ano. Inicialmente, foi realizado um levantamento porta a porta, a fim de identificar crianças que atendessem aos critérios de inclusão: ser menor de um ano e frequentar as consultas de ACD realizadas por enfermeiras e médicos. A fim de não enviesar o estudo, optou-se por mães cuidadoras primárias das crianças, que compareciam às consultas de acompanhamento, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), fossem essas de rotina ou por demanda espontânea. De um total de 34 mães identificadas, que tinham filhos com idade menor que um ano, participaram do estudo 14 mães quilombolas, moradoras dessas comunidades.

Coleta e organização dos dados

Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, contendo questões objetivas para caracterização das mulheres (idade, raça/cor, escolaridade, trabalho, estado civil, renda, quantidade de filhos e número de moradores no domicílio) e a seguinte questão norteadora: Que fatores interferem na sua ida às consultas infantis?

As entrevistas foram realizadas entre setembro de 2014 e fevereiro de 2015, pela doutoranda do referido projeto, e duraram em média 30 minutos. Ocorreram nas instalações da USF ou nas residências das crianças, dependendo da disponibilidade das mães. A diferença dos locais de coleta não implicou em alterações comportamentais que prejudicassem a qualidade das entrevistas. Estas foram realizadas em horários previamente agendados, preservando a privacidade das mães e evitando interrupções. Para melhor aproveitamento das informações, as narrativas foram gravadas com autorização das participantes e transcritas para posterior sistematização e análise. Para assegurar a confidencialidade das informações, as entrevistadas tiveram seus nomes identificados por meio de codinomes de mulheres africanas.

Os dados foram sistematizados por meio do método de análise de conteúdo temática, seguindo as fases de pré-análise; exploração do material; tratamento; inferência; e interpretação dos resultados obtidos. A discussão dos resultados foi fundamentada na Teoria do Interacionismo Simbólico, uma vez que o significado é o conceito central, cujas ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas, as quais agem no contexto social a que pertencem⁽⁸⁾.

Análise dos dados

Com base no processo de sistematização, o material empírico foi agrupado por semelhanças e diferenças, possibilitando a emergência de categorias temáticas, a saber: "Fatores intrínsecos" e "Fatores extrínsecos". No que tange aos fatores relacionados diretamente à mãe, encontram-se: "Significado da consulta para o acompanhamento da criança"; "Entendimento da necessidade da consulta diante do adocimento da criança"; e "Questões pessoais". Os fatores extrínsecos, que se relacionam ao serviço, contemplam as subcategorias: "Disponibilidade de agendamento da consulta"; "Tempo de espera para a consulta"; e "Qualidade da consulta".

RESULTADOS

Neste estudo participaram 14 mulheres quilombolas na faixa etária entre 18 e 39 anos, com média de idade de 26 anos. Em sua totalidade, se autodeclararam da raça negra (pretas e pardas 100%). A maioria delas possuía ensino médio incompleto (57,1%); viviam em união estável (57,1%) e trabalhavam como marisqueiras (50%). Ademais, 42,8% tinha apenas um filho e 28,5% residiam com 3 ou 4 pessoas, perfazendo uma renda familiar inferior a um salário mínimo e meio (na época da pesquisa, o valor do salário mínimo vigente era de R\$ 724,00). Salienta-se que todas as entrevistadas declararam não possuir trabalho formal, das quais 58,3% desempenham ocupação de baixa remuneração.

Distintos fatores influenciam a assiduidade de mães quilombolas às consultas de ACD, sendo esses de âmbito intrínseco ou extrínseco, conforme ilustrados nas categorias a seguir:

Fatores intrínsecos

Essa categoria reúne fatores relacionados diretamente às mães entrevistadas que influenciam na assiduidade às consultas e estão organizados nas seguintes subcategorias:

Significado da consulta para o acompanhamento da criança

As mães quilombolas entendem que é fundamental o acompanhamento da saúde das crianças a partir das consultas de ACD, evento que favorece a assiduidade no serviço.

Para mim é uma obrigação trazer a criança para ver como ela está. Por isso, nunca faltei a essa consulta. Se eu precisar sair, alguém a leva, pois é bom ficar acompanhando. Eu considero que é um dever da mãe. (Ameenah)

Eu acompanho sua saúde. A levo para consulta de enfermagem todo mês, porque é rotina normal. (Ashia)

Entendimento da necessidade da consulta diante do adoecimento da criança

Outras percepções desveladas no estudo referem-se ao entendimento materno de condicionamento da consulta ao adoecimento das crianças, conforme ilustram seguintes as falas:

Só trago minha filha para consulta quando ela está doente. (Zulai)

Precisa vir para consulta quando está doente. Se não estiver doente, não precisa trazer. (Zarina)

Questões pessoais

Percebe-se que a assiduidade das crianças às consultas sofre interferência de questões pessoais, sobretudo devido às demandas cotidianas das mães quilombolas.

Não o trazia sempre para consulta porque estava com alguns problemas pessoais, mas vou voltar a levá-lo. (Zalika)

Há dois meses que eu não o trago para consulta devido à falta de tempo. Tenho três filhos! As atividades de casa também atrapalham. [...] fica muito puxado. [...] Eu diria que é preguiça mesmo, mas vou levá-lo. (Alika)

Eu tive que faltar à consulta porque eu tinha que resolver algumas questões para poder receber o dinheiro do Governo. (Shany)

Fatores extrínsecos

Essa categoria compreende os fatores relacionados à USF do estudo, que interferem na assiduidade das crianças às consultas de ACD. Ela é composta pelas seguintes subcategorias:

Disponibilidade de agendamento da consulta

Evidencia-se que a viabilidade para o agendamento interfere na assiduidade de crianças às consultas de ACD. Essa disponibilidade está condicionada à agilidade no processo de agendamento, o que facilita a marcação:

[...] o processo para marcar não é demorado. Se eu vier hoje, consigo agendar para a mesma semana. (Winda)

Eu não acho que demora a marcação! Quando venho na segunda, eu consigo marcar para a quinta da mesma semana. (Nikaule)

Não obstante, algumas mães queixaram-se da insuficiência de oferta de vagas para o serviço, referindo-se a longos períodos de espera para agendamento das consultas. Tal situação pode culminar, inclusive, na busca por atendimento em outras unidades:

Não consigo levá-lo todo mês por falta de vaga. São 25 fichas de atendimento ao dia. Podemos esperar dois ou três meses para conseguir agendar a consulta. (Adwin)

Com relação à marcação, o tempo de espera é demorado, massacrante. O serviço poderia ser melhor, mais bem organizado. [...] por isso, prefiro buscar outra unidade. (Leiza)

Tempo de espera para a consulta

O estudo mostra que o tempo de espera para o atendimento é influenciado pelo grande número de crianças que procuram por esse serviço, bem como pela conduta dos profissionais que não são assíduos e pontuais. Tal evento interfere negativamente na vida diária das mães:

Demora muito para atender porque é muita gente. A gente vai cedo, mas não adianta. [...] ocorre que eles [os profissionais] vão almoçar e demoram para voltar. [...] o pior é quando a gente marca e, no dia agendado, o médico não vem. Eu acordo cedo para fazer comida e, quando chego lá, não tem médico! (Faizah)

[...] se eu pudesse mudar algo, mudaria o tempo de espera. Aqui, é por ordem de chegada: se a gente for mais cedo, a fila é menor; se a gente for um pouco mais tarde, a fila é grande! Além disso, os profissionais chegam tarde e, quando vão tomar café, demoram para retornar. (Iori)

Qualidade da consulta

Os fatores relacionados à qualidade da consulta, citados pelas mães quilombolas, remetem à postura do profissional de saúde e ao tempo disponível para o atendimento das crianças. Considerando que na unidade investigada as consultas de ACD ficam sob a responsabilidade médica, as falas direcionam-se a críticas a esse profissional.

O atendimento é muito ruim. [...] é uma pessoa grosseira, não tem paciência com as crianças. Todo mundo reclama! (Faizah)

Se tivesse mais de um médico, seria melhor porque poderia aumentar o tempo de atendimento na consulta. (Zaila)

DISCUSSÃO

O estudo permitiu conceber que a assiduidade de crianças quilombolas às consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento sofre interferência de fatores intrínsecos, pertinentes às mães, e extrínsecos, relacionados ao serviço de saúde. Concernente aos fatores intrínsecos, as mães quilombolas evidenciaram questões pessoais que, por vezes, são priorizadas ante a necessidade de acompanhamento de saúde da criança, a exemplo das ocupações domésticas. Tais demandas são influenciadas pelo contexto cultural, o qual considera que os afazeres do lar consistem na principal atribuição das mulheres. Assim,

as mães estudadas entendem que necessitam primeiramente atender às demandas rotineiras da casa. Corroborando estes dados, estudo realizado em São Paulo, Brasil, indica que as mulheres acabam se dedicando mais às funções de alimentação e manutenção da casa⁽²⁰⁾.

A decisão por atender aos afazeres domésticos em detrimento do acompanhamento da saúde da criança pode ser elucidada pelo IS, uma vez que as interações estabelecidas por essas mães com o ambiente onde vivem podem contribuir para o comportamento de (não) procura pelas consultas de ACD. No contexto em questão, é a partir da interação das mães e os estereótipos sociais de gênero que são designadas ao feminino as obrigações domésticas. Nesse sentido, o cuidado do lar como atributo inerente à mulher se constitui um símbolo que se constrói a partir da interação entre os sujeitos. Essa realidade é ainda mais difícil de ser desconstruída quando se trata de mulheres negras, visto que, quando comparadas às brancas, se deparam com maior dificuldade para realização do trabalho formal⁽²¹⁾.

Arelado também aos fatores intrínsecos, está o fato de que as mães quilombolas entendem que a procura pelo serviço de ACD encontra-se condicionada à presença de doença, fator que também dificulta a assiduidade das crianças a esse serviço. Esse comportamento pode estar ancorado ao modelo tecnocrático/biomédico que compreende a saúde como ausência de doença⁽²²⁾. Tal paradigma imprime uma assistência pontual e curativista com centralidade nos aspectos biológicos⁽²³⁾, o que acaba por desvalorizar outros elementos que interferem nesse processo, a exemplo dos hábitos de vida dessa população.

No caso de crianças quilombolas, deve-se considerar que essa conjuntura pode estar relacionada ao distanciamento da própria cultura dessa população que, ao interagir com diferentes contextos simbólicos sociais, apreende outras formas de cuidar de suas crianças e lidar com o adoecimento, desvalorizando as alternativas tradicionais da cultura afrodescendente, como a utilização de chás e ervas, unguentos, massagens, banhos, apoio espiritual, entre outros. Ainda que tais práticas não tenham sido evidenciadas neste estudo, a utilização dos recursos próprios da cultura de afrodescendentes é ainda valorizada por mães africanas pertencentes a comunidades rurais⁽²⁴⁾.

Estudo realizado em uma comunidade de remanescentes quilombolas de Morro do Chapéu, Bahia, Brasil, evidenciou que, diante de um sistema de saúde pública deficiente, a crença dessas comunidades nos recursos vegetais é uma alternativa para o tratamento das doenças mais comuns do grupo. Além disso, esse conhecimento pode ser identificado em outras comunidades de matriz africana, como os terreiros de candomblé⁽²⁵⁾. Nessas comunidades, parece haver uma coexistência entre a terapia convencional medicamentosa e as terapêuticas tradicionais de modo harmônico.

Salienta-se que os profissionais de saúde, em especial o(a) enfermeiro(a), posto seu protagonismo no cuidado a crianças na ESF, entendendo as peculiaridades de comunidades quilombolas, devem respeitar e valorizar outros métodos de promoção à saúde que lhe são comuns. A partir dessa valorização e atrelada à implementação de práticas integrativas, complementares e escuta qualificada, é possível fomentar autonomia e protagonismo das mães, estabelecendo um diálogo atento e respeitoso

entre o profissional e o cliente, favorecendo o delineamento de diagnósticos e tratamentos condizentes com suas necessidades. Esse processo viabiliza o empoderamento da usuária, culminando em uma corresponsabilização e co-participação no plano terapêutico de forma consciente. Essas prerrogativas ampliam as bases conceituais acerca do cuidado em saúde para além da alopatia e da racionalidade biomédica, incluindo nesse processo práticas complementares, dimensões sociais e subjetivas, ação interdisciplinar, troca entre os sujeitos, criação de vínculo e confiança, as quais são valorizadas a partir do conceito da Clínica Ampliada, instituída pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (HumanizaSUS) desde 2004⁽²⁶⁾. A partir dessa interação, reforça-se a criação do vínculo profissional-cliente, o que pode facilitar a adesão da família às consultas de ACD e a continuidade da assistência.

Esses elementos, embora não evidenciados em nossa pesquisa, podem também interferir positivamente na assiduidade das crianças às consultas de ACD. Isso se dá no momento em que as mães modificam sua percepção acerca do processo saúde-doença e, a partir da interação com a comunidade em que habita, faz com que atribuam uma significação favorável ao serviço, passando então a compreender sua necessidade. Essa ideia pode ser fundamentada na interação do indivíduo consigo mesmo, sendo regulada pelo que é construído socialmente entre os sujeitos. Quanto a isso, estudo colombiano sinaliza que a plena participação dos pais e da família no cuidado à criança implica a sensibilização destes em relação à importância do acompanhamento da saúde. Esse estudo chama atenção também para a essencialidade da comunicação e orientação da família⁽²⁷⁾, reconhecendo sua relevância para o cuidado e a criação dos filhos.

Entretanto, ao atribuir valor ao acompanhamento do serviço de saúde e assim buscá-lo, as mulheres passam por dificuldades relacionadas ao agendamento. Nota-se ainda que, quando o acesso é dificultado, as consultas tornam-se menos frequentes. Nesse sentido, quando a acessibilidade é permeada por uma oferta insuficiente de vagas, culmina em longas filas de espera, dificultando o acompanhamento periódico da criança quilombola, evidência também demonstrada em estudo com população semelhante⁽²⁸⁾.

Pesquisa realizada em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, com uma amostra de 7.778 indivíduos confirma a ocorrência de filas extensas no serviço de saúde coletiva como um dos principais obstáculos para atendimento⁽²⁹⁾. Há de se considerar que as filas para atendimento podem ainda relacionar-se à tendência do agendamento e/ou preferência pela consulta de ACD realizada por médico, sobrecarregando esse profissional ao priorizá-lo em detrimento da enfermeira. Outra pesquisa já apontava que as marcações para a consulta médica são disputadas, sendo este fato agravado quando há disponibilidade insuficiente de profissionais dessa área⁽³⁰⁾.

Tal realidade é um contrassenso à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que rege o funcionamento da ESF, a qual estabelece que o acompanhamento das famílias deve ser feito de modo compartilhado a partir de uma vertente multiprofissional, sendo as equipes minimamente compostas por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;

auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; podendo-se acrescentar a esta composição, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal⁽⁸⁾. Além dessa política, também há o respaldo legal do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), que define a consulta de enfermagem como atividade privativa da enfermeira, conforme cita a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, publicada no Diário Oficial da União de 26/06/1986 e regulamentada pelo decreto n. 94.806, art.11⁽³¹⁾. Contudo, considerando que em uma das unidades de saúde o médico é um profissional com especialização em pediatria, tal contexto compromete o protagonismo do enfermeiro generalista ou da família na saúde coletiva, uma vez que acaba por influenciar as mães na escolha pelo profissional médico. No entanto, cabe ressaltar a importância do atendimento conduzido pelo enfermeiro na ESF e em outras unidades da rede de Atenção Básica por atualmente relacionar-se com a redução dos índices de morbimortalidade infantil⁽³²⁾.

Outro fator que compromete a assiduidade do público em questão é a baixa disponibilidade de consultas, quando interligada à demanda elevada de crianças para atendimento. Estudo nacional e internacional, realizado no distrito de Thekwini, no Sul da África, revela que a baixa oferta de consultas aliada à sobrecarga de atendimento aumentam as demandas das equipes da unidade, elevam o tempo de espera e favorece a insatisfação do serviço^(29,33). Esse elevado tempo de espera, conforme apontam mães do nosso estudo, pode contribuir até mesmo para o abandono do tratamento. Vale ressaltar que a sobrecarga de trabalho dos profissionais influencia negativamente na assistência à usuária, conforme assinala pesquisa realizada com profissionais de saúde do município de Aracati, Ceará, Brasil⁽³⁴⁾.

Independente das interferências em torno do acesso das mães quilombolas ao serviço, a assiduidade delas sofre influência de outros elementos que comprometem a qualidade. Nessa perspectiva, fazem alusão à pontualidade e presença dos profissionais, seja pelos atrasos para o início das atividades na unidade, seja pelo absenteísmo no serviço. Estudo quantitativo realizado com 400 hipertensos em Fortaleza, Ceará, Brasil, identifica a pontualidade dos profissionais como um dos critérios favoráveis à adesão ao tratamento⁽³⁵⁾. Apesar de não compor o resultado da nossa pesquisa, o não cumprimento da jornada diária de trabalho na atenção básica pode atrelar-se à possível existência de outros vínculos empregatícios, sobretudo por médicos e dentistas⁽³⁶⁾. Essa situação nos remete a valores e condutas éticas acerca do processo de trabalho, ainda não contempladas pelos respectivos códigos de ética profissional⁽³⁷⁾.

Além dos fatores pré-consultas que interferem na assiduidade, as mães queixaram-se também da rapidez do atendimento durante a consulta e da inadequada postura profissional, eventos que dificultam a interação entre a mãe e o profissional de saúde. Isso pôde ser percebido também por estudo qualitativo, realizado com usuários de seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) em dois distritos sanitários de São Paulo, Brasil, que identificou entre as queixas o atendimento médico rápido, sem vínculo e indelicado⁽³⁸⁾. Também um estudo realizado com enfermeiras de unidades de saúde da Paraíba, Brasil, revelou ser comum a ausência de relações de interação, coparticipação e produção de subjetividade entre

as mães e o enfermeiro durante a consulta de ACD, situação que pode favorecer o abandono do acompanhamento⁽³⁹⁾.

Essa conjuntura dá margem a discussões acerca da necessidade de humanização do atendimento nos serviços de saúde que embasou a Política HumanizaSUS, que tem como princípio a escuta atenta, eticamente comprometida e interessada no reconhecimento do outro⁽²⁶⁾. Busca-se assim que o profissional assumira uma postura atenciosa, o que contribuirá para interação entre profissional e mãe, e, conseqüentemente, resultará em uma relação de cuidado, confiança e assiduidade às consultas de ACD.

Limitações do estudo

O trabalho aponta como limitações do estudo a dinâmica organizacional da ESF estudada, uma vez que direciona o atendimento ao profissional médico, desfavorecendo o acompanhamento realizado pela enfermeira. O fato do profissional médico possuir especialidade pediátrica pode ter influenciado a procura pela consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizada por ele, conseqüentemente, a maior assiduidade. Outro aspecto a ser citado é o tamanho da população estudada, composta por 14 mães, visto que não representa a totalidade de genitoras quilombolas de crianças menores de um ano, que equivale a 32 mulheres.

Contribuições para a Enfermagem

As evidências científicas desveladas neste estudo permitem direcionar a enfermagem para uma gestão da unidade de saúde que viabilize o agendamento visando a redução do tempo de espera, levando em consideração, inclusive, as questões pessoais que dificultam as mães acessarem o serviço. No que tange a essas questões, no sentido de favorecer a adesão às consultas, tal profissional em parceria com os demais na ESF pode priorizar a atenção às crianças quilombolas e desenvolver junto às mães ações de educação em saúde com enfoque para a importância desse acompanhamento no cenário da saúde pública. Essas ações podem proporcionar uma assistência acolhedora, contribuindo para a assiduidade das mães quilombolas às consultas e, conseqüentemente, para a saúde coletiva das crianças.

Além disso, acredita-se que o aumento/aprimoramento da qualidade da atenção primária à saúde é uma estratégia efetiva na busca de maior promoção da saúde, prevenção de doenças, com potencial para melhorar o estado de saúde das pessoas, refletindo-se na melhoria dos indicadores de saúde. Nesse contexto, a atuação da enfermeira torna-se essencial, ao contribuir com a condição de saúde das populações que assiste. Equipes de saúde da família adequadamente formadas e comprometidas com a saúde coletiva podem desenvolver um papel fundamental no enfrentamento às iniquidades de populações marginalizadas, incluindo-se as comunidades quilombolas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou fatores de âmbito intrínseco e extrínseco relacionados à assiduidade de crianças quilombolas às consultas de ACD. No que concerne àqueles intimamente relacionados às mães, a adesão sofre influência do significado que atribuem ao

acompanhamento, da vinculação das consultas às situações de doenças, além de questões de cunho pessoal, sobretudo pertinentes às demandas domésticas cotidianas.

Os fatores relacionados ao serviço envolvem a disponibilidade de agendamento, o tempo de espera para a consulta e a qualidade da mesma, expressa pela postura do profissional de saúde e pelo tempo disponível para o atendimento das crianças. Analisados na perspectiva do Interacionismo Simbólico, esses fatores são derivados da comunicação simbólica que as mães quilombolas apreendem a partir de sua interação com a comunidade e com os profissionais que atuam no serviço de saúde.

A busca pelo serviço pode ser encorajada por meio de estímulo às relações de interação entre mães e profissionais, por meio da humanização do atendimento, da escuta qualificada e de ações educativas que possam transformar a percepção das mães acerca da importância da consulta. Outrossim, espera-se uma organização da gestão quanto à oferta dos serviços, processo de agendamento de consultas e redução do tempo de espera

na recepção, fatores que contribuem para elevar a qualidade da consulta no cenário da saúde coletiva e melhorar a assiduidade das mães quilombolas.

Considerando os fatores encontrados nesta pesquisa, é necessário ainda estimular a participação de outros familiares, principalmente dos pais, nas consultas de ACD, a fim de que a responsabilidade do cuidado com as crianças não seja atribuída somente às mães. Ademais, é imprescindível promover ações que valorizem as práticas tradicionais quilombolas relacionadas à promoção da saúde, crescimento e desenvolvimento infantil saudável, por meio de orientações na comunidade e no serviço de saúde.

FOMENTO

Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CNPq; edital financiado); Fundação de Amparo à Pesquisa no estado da Bahia (Fapesb; edital financiado) e coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (Capes; bolsa de doutorado).

REFERÊNCIAS

1. Andrade DA, Lacerda RS, Silva TC, Voci SM. Avaliação da situação de insegurança alimentar em uma comunidade quilombola de Sergipe. *Segur Aliment Nutr.* 2017;24(2):125-40. doi: 10.20396/san.v24i2.8650336
2. Denno DM, Paul SL. Child health and survival in a changing world. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64(4):735-54. doi: 10.1016/j.pcl.2017.03.013
3. Staines A, Balanda KP, Barron S, Corcoran Y, Fahy L, Gallagher L, et al. Child health care in Ireland. *J Pediatr.* 2016;177S:S87-106. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.04.046
4. Prenekert M, Ehnfors M. Growth data of underprivileged children living in rural areas of Chin State, Burma/Myanmar, compared to the WHO reference growth standards: an observational study. *BMJ Open.* 2016;6:e009119. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009119
5. Tlou B, Sartorius B, Tanser F. Spatial-temporal dynamics and structural determinants of child and maternal mortality in a rural, high HIV burdened South African population, 2000-2014: a study protocol. *BMJ Open.* 2016;6:e010013. doi: 10.1136/bmjopen-2015-010013
6. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(7):1487-501. doi: 10.1590/0102-311X00141213
7. Carvalho EB, Sarinho SW. The nursing consultation in monitoring child growth and development in the family health strategy. *Rev Enferm UFPE.* 2016;10 (Suppl. 6):4804-12. doi: 10.5205/1981-8963-v10i6a11259p4804-4812-2016
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [cited 2018 Jan 8]. (Cadernos de Atenção Básica nº 33). Available from: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf
9. Presidência da República (BR). Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012 [Internet]. *Diário Oficial da União, Brasília, 9 mar. 2016* [cited 2018 Jan 8]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Lei/L13257.htm
10. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm.* 2012;17(1):119-25. doi: 10.5380/ce.v17i1.26384
11. Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saporoli ECL. Nursing consultation in child care: the experience of nurses in the Family Health Strategy. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(3):565-73. doi: 10.1590/S0080-62342011000300003
12. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children: systematic literature review. *Rev Paul Pediatr.* 2016;34(1):122-31. doi: 10.1016/j.rpped.2015.06.012
13. United Nations (UN). Millennium Development Goals Indicators. MDG Country Progress Snapshot: Brazil [Internet]. New York: UN; 2015 [cited 2019 Mar 27]. Available from: <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/Snapshots/BRA.pdf>
14. Vitolo MR, Gama CM, Campagnolo PDB. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. *J Pediatr.* 2010;86(1):80-4. doi: 10.2223/JPED.1966
15. Cunha CLF, Silva RA, Gama MEA, Costa GRC, Costa ASV, Tonial SR. O uso de serviços de atenção primária à saúde pela população infantil em um estado do nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública.* 2013;21(2):115-20. doi: 10.1590/S1414-462X2013000200003

16. Ximenes Neto FRG, Queiroz CA, Rocha J, Cunha ICKO. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura... Rev Soc Bras Enferm Ped [Internet]. 2010 [cited 2018 Jan 8];10(2):51-9. Available from: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n2/v.10_n2-art1.pesq-por-que-nao-levo-meu-filho-para-consulta.pdf
17. United Nations Children's Fund (UNICEF). Situação atual da infância. Caderno Brasil. New York: UNICEF; 2008.
18. Baltor MRR, Rodrigues JSM, Moura KR, Borges AA, Dupas G, Wernet M. Autonomia da família e a relação com os profissionais de saúde. Ciênc Cuid Saúde. 2012;11(1):44-50. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18857
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [cited 2016 Aug 21]. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
20. Santos EF, Diogo MF, Schucman LV. Entre o não lugar e o protagonismo: articulações teóricas entre trabalho, gênero e raça. Cad Psicol Soc Trab. 2014;17(1):17-32. doi: 10.11606/issn.1981-0490.v17n1p17-32
21. Collins PH. Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro. Soc Estado. 2016;31(1):99-127. doi: 10.1590/S0102-69922016000100006
22. Baeta SMF. Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. Comunidad Salud [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 20];13(2):81-3. Available from: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932015000200011
23. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. Ciênc Saúde Colet. 2014;19(2):365-71. doi: 10.1590/1413-81232014192.02992013
24. Østergaard LR, Bjertrup PJ, Samuelson H. "Children get sick all the time": a qualitative study of socio-cultural and health system factors contributing to recurrent child illnesses in rural Burkina Faso. BMC Public Health. 2016;16:384. doi: 10.1186/s12889-016-3067-0
25. Silva NCB, Regis ACD, Esquibel MA, Santos JES, Almeida MZ. Uso de plantas medicinais na comunidade quilombola da Barra II – Bahia, Brasil. Bol Latinoam Caribe Plantas Med Aromát [Internet]. 2012 [cited 2016 Aug 23];11(5):435-53. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=85624131006>
26. Schweitzer MC, Esper MV, Silva MJP. Integrative and complementary therapies in primary health care: a way to humanize care. Mundo Saúde [Internet]. 2012 [cited 2018 Jan 16];36(3):442-51. Available from: <http://www.revistamundodasaude.com.br/assets/artigos/2012/95/6.pdf>
27. Hernández NL, Rubio-Grillo MH, Lovera A. Strategies for neonatal developmental care and family-centered neonatal care. Invest Educ Enferm. 2016;34(1):104-12. doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a12
28. Trad LAB, Castellanos MEP, Guimaraes MCS. Accessibility to primary health care by black families in a poor neighborhood of Salvador, Northeastern Brazil. Rev Saúde Pública. 2012;46(6):1007-13. doi: 10.1590/S0034-89102012000600010
29. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. A comparison of the Family Health Strategy to other sources of healthcare: utilization and quality of health services in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. Cad Saúde Pública. 2013;29(7):1370-80. doi: 10.1590/S0102-311X2013000700011
30. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Jr GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. Ciênc Saúde Colet. 2014;19(4):1283-93. doi: 10.1590/1413-81232014194.01702013
31. Presidência da República (BR). Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986 [cited 2018 Feb 21]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm
32. Baratieri T, Soares LG, Botti ML, Campanini AC. Nurse consultation in child care: a focus on medical records. Rev Enferm UFSM. 2014;4(1):206-16. doi: 10.5902/217976928553
33. Sokhela DG, Makhanya NJ, Sibiyana NM, Nokes KM. Experiences of Fast Queue health care users in primary health care facilities in eThekweni district, South Africa. Curationis. 2013;36(1):E1-8. doi: 10.4102/curationis.v36i1.60
34. Soares DG, Pinheiro MCX, Queiroz DM, Soares DG. Implementation of childcare and care challenges in the Family Health Strategy in a city of the Ceará state. Rev Bras Promoç Saúde. 2016;29(1):132-8. doi: 10.5020/18061230.2016.p132
35. Santos ZMSA, Marques ACT, Carvalho YP. Factors associated to treatment adherence in hypertensive users. Rev Bras Promoç Saúde. 2013;26(2):298-306. doi:10.5020/18061230.2013.p298
36. Sato M, Ayres JRCM. Art and humanization of health practices in a primary care unit. Interface (Botucatu). 2015;19(55):1027-38. doi: 10.1590/1807-57622014.0408
37. Nunes EFPA, Santini SML, Carvalho BG, Cordoni Jr L. Força de trabalho em saúde na Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte do Paraná. Saúde Debate. 2015;39(104):29-41. doi: 10.1590/0103-110420151040174
38. Trombetta AP, Ramos FRS, Vargas MAO, Marques AMB. Singularities work of a rehabilitation center under the perspective of the healthcare team. Esc Anna Nery. 2015;19(3):446-53. doi: 10.5935/1414-8145.20150059
39. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. Rev Bras Enferm. 2011;64(1):38-46. doi: 10.1590/S0034-71672011000100006