

Elenilda Farias de Oliveira

didafarias@yahoo.com.br

Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Professora da Faculdade Adventista da Bahia.

Climene Laura de Camargo

climenecamargo@hotmail.com

Doutora em Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa CRESCER.

Viviane Silva de Jesus

vivihumaniza@gmail.com

Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora da Faculdade Pitágoras de Medicina Campus Eunápolis.

Aline Cardoso Duarte

alinecardosoduarte@gmail.com

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Bahia.

Thaís de Andrade Alves

thaisaland@hotmail.com

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal da Bahia.

Ridalva Dias Martins Felzemburgh

ridalva@gmail.com

Doutora em Biotecnologia em Saúde e Medicina Investigativa. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF/UFBA). Salvador, Bahia, Brasil. Integrante do Grupo de Pesquisa CRESCER.

Faculdade Adventista da Bahia

BR 101, Km 197 – Caixa Postal 18 – Capoeiruçu - CEP:
44300-000 - Cachoeira, BA

Revista Brasileira de Saúde Funcional
REBRASF

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA CONSULTA PARA ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS

*SITUATIONAL DIAGNOSIS OF THE FOLLOW UP OF
GROWTH AND DEVELOPMENT CONSULTATION IN
QUILOMBA COMMUNITIES.*

RESUMO

Objetivo: Delinear Diagnóstico Situacional da Consulta para Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD) de crianças menores de um ano em comunidades quilombolas. Métodos: Estudo descritivo, quanti-qualitativo, com 32 crianças das três comunidades quilombolas de Ilha de Maré, Bahia, Brasil. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética, Resolução 466/2012, parecer 1.023.744. Resultados: O diagnóstico situacional da Consulta para ACD foi baseado na análise da cobertura (81%), quantitativo de consultas no primeiro ano de vida e quantidade de profissionais para atendimento à população. Discussão: Apesar da cobertura da consulta ser aparentemente elevada, o número de consultas está abaixo do preconizado. Os prováveis fatores que interferem na busca do serviço estão relacionados às limitações geográficas e distanciamento da equipe frente às especificidades culturais da população. Conclusão: Intervenções na área da gestão com melhoria da infraestrutura, acessibilidade, oferta de serviços e capacitação dos profissionais para escuta qualificada e respeito cultural são prioritárias para a população estudada.

PALAVRAS-CHAVE:

Crescimento e Desenvolvimento; Cobertura de Serviços de Saúde; Raça e Saúde; Vulnerabilidade social.

Abstract

Objective: To delineate Situational Diagnosis of the follow up of growth and Development Consultation (CD) of children under one year of age in Quilomba communities. **Methods:** Descriptive, quantitative and qualitative study, involving 32 children from three Quilomba communities from Ilha de Maré, Bahia, Brazil. Research approved by the Ethics Committee, Resolution 466/2012, opinion 1,023,744. **Results:** The situational diagnosis consultation for the CD was based on coverage analysis (81%), quantification of consultations in the first year of life and quantity of professionals attending the population. **Discussion:** Although the consultation coverage is apparently high, the number of consultations is below the recommended number. The probable factors that interfere in the search for the service are related to the geographical limitations and the team's distance from the cultural specificities of the population. **Conclusion:** Management interventions with improvements in infrastructure, accessibility, provision of service, as well as professional training for qualified listening and cultural respect are priorities for the populations studied.

Keywords: Growth and Development; Health Services Coverage; Ethnicity and Health; Social Vulnerability.

INTRODUÇÃO

O monitoramento do crescimento e desenvolvimento é ferramenta fundamental para a manutenção da saúde infantil. Na atenção primária à saúde, este acompanhamento é realizado por enfermeiros e médicos por meio da Consulta para Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (ACD).^[1]

A Consulta para ACD tem por objetivos acompanhar o crescimento físico, o desenvolvimento neuropsicomotor e cognitivo; verificar a cobertura vacinal; promover a segurança físico/ambiental na prevenção de acidentes, de lesões no ambiente doméstico; estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na infância. O Ministério da Saúde (MS) propõe um calendário mínimo de consultas, assim distribuídas: uma até 15 (quinze) dias de vida, outra com um mês, dois, quatro, seis, nove e doze meses, totalizando, assim, sete consultas no primeiro ano de vida.^[2]

Diversos estudos discutem os benefícios do ACD na melhoria da saúde da criança. Contudo, a ausência frequente às consultas revela uma fragilidade dessa estratégia de ação na atenção à saúde da criança. Distintos são os motivos citados para essa realidade: baixa escolaridade materna e estrutura familiar, percepção de que o acompanhamento é desnecessário na ausência de doença na criança, tempo de espera para ser atendido, priorização das atividades domésticas, falta de recursos para ir à unidade, desvalorização da consulta de enfermagem em detrimento da valorização da consulta médica, bem como horário inapropriado das consultas. Essas são algumas das razões que parecem contribuir para a baixa adesão. Além destes fatores, também podem ser citados motivos referentes à disponibilidade e à qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde.^[3-4]

A literatura revela benefícios da consulta para ACD na população em geral. Todavia, não sabemos se essa consulta tem promovido os mesmos resultados para a população em situação de vulnerabilidade social, como crianças negras quilombolas moradoras de áreas afastadas de centros urbanos. Comunidades quilombolas são agrupamentos de pessoas, geralmente descendentes de indivíduos que foram escravizados, e que, no processo de resistência e luta

contra a escravidão, originaram grupos sociais os quais, ainda na contemporaneidade, ocupam um território comum e compartilham características culturais e econômicas.^[5]

As taxas de morbimortalidade infantil nessa população são expressivas, devido à não identificação precoce de doenças infectocontagiosas e estão correlacionadas às precárias condições de saneamento, higiene, alimentação, moradia e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Tais condições interferem negativamente nas condições de saúde nessas comunidades^[6]. Essas crianças estão sujeitas a determinantes sociais que as tornam vulneráveis aos diversos problemas de saúde, os quais irão refletir em sua qualidade de vida desde a infância até a idade adulta. Estudos que envolvem o recorte étnico/racial na assistência à saúde e, particularmente em relação às condições de vida da população negra e quilombola, salientam a vulnerabilidade deste contingente populacional.^[7]

De modo geral, são poucas as informações existentes sobre instituições de saúde em comunidades quilombolas e suas condições de acesso. Ademais, não é conhecido como a Consulta para ACD tem sido ofertada nestas comunidades e se as mesmas têm contribuído efetivamente para melhoria das condições de saúde de criança quilombola. Neste sentido, esta pesquisa objetivou delinear o Diagnóstico Situacional da Consulta para Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de crianças menores de um ano em comunidades quilombolas.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, quanti-qualitativo, de base populacional, obtido de um recorte de tese sobre A Consulta para Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento de crianças quilombolas. A coleta de dados ocorreu nos meses de setembro de 2014 a fevereiro de 2015, sendo que o foco do presente recorte é o diagnóstico situacional da consulta para ACD.

Participaram do estudo 32 crianças menores de um ano, nativas das cinco comunidades quilombolas de Ilha de Maré, Praia Grande, Bananeira, Martelo, Ponta Grossa e Porto dos Cavalos. Ilha de Maré é uma ilha dentro da Bahia de Todos os Santos e pertence ao município de Salvador, a 22 km da capital, com uma população estimada em 4.625 indivíduos¹, totalizando 92,99 % de pessoas autodeclaradas pretas e pardas.^[8]

Os habitantes da ilha vivem da pesca, da mariscagem² e do artesanato. A maioria da população tem acesso a abastecimento de água potável, luz elétrica e ausência de rede de esgoto. Quanto aos serviços de saúde, a ilha dispõe de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizada na comunidade de Praia Grande (USFPG). A unidade é formada por duas equipes mínimas, 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 (NASF) por meio de assistente social, educador físico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional.

1 População de Ilha de Maré estimada em 2015, tendo como base a população em 2010 de 4.236 habitantes. Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Salvador – Departamento de Vigilância Sanitária – Subcoordenação de Informação em Saúde, 2015.

2 Tipo de trabalho que consiste na coleta de mariscos ou frutos do mar para venda.

O acesso à ilha só é possível por travessia marítima. O acesso dos profissionais de saúde à unidade se dá por meio de transporte cedido pela prefeitura. Este serviço destina-se tanto para o deslocamento de profissionais para a USFPG, quanto para as visitas domiciliares dentro da ilha, de modo que as duas equipes de saúde possam atender a toda a população residente. Ressalta-se que o expediente da USFPG é delimitado pelas mudanças da maré, que antecipam a saída dos profissionais e/ou retardam o início da rotina do trabalho, devido ao tempo gasto na travessia de chegada à unidade.

Para este estudo, compreende-se que diagnóstico situacional é o resultado de um processo de coleta e análise dos dados levantados no lócus de estudo para identificar condições e risco de saúde de uma população, a fim de, posteriormente, sugerir, planejar e programar ações. Para delineamento do diagnóstico situacional, foi calculada a estimativa da cobertura da consulta para ACD, através da razão entre o total de crianças atendidas na USFPG e o total de crianças menores de um ano residentes nas comunidades quilombolas de Ilha de Maré, no período do estudo.

Na coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: questionário sociodemográfico e dados do prontuário de acompanhamento da consulta de ACD, com registro das seguintes informações – datas das consultas realizadas; medidas antropométricas realizadas; registros da consulta médica e de enfermagem.

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. Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido especificamente para esta pesquisa, respeitando os critérios estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Nesse estudo, participaram 32 crianças, filhas de mulheres quilombolas na faixa etária entre 14 (quatorze) e 50 anos e média de idade de 26 anos. A quase totalidade das entrevistadas se declarou preta ou parda (97%). Em sua maioria, apresentavam união estável (56,2%); com ensino médio completo (40,6%); trabalhavam como marisqueiras ou desenvolviam atividades domésticas. Possuíam renda familiar média equivalente a um salário mínimo³. Metade das mulheres tinha apenas um filho e compartilhavam a residência com, em média, cinco pessoas.

Inicialmente, foram identificadas 34 crianças que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa, sendo que duas foram excluídas do estudo, pois as mães não aceitaram participar da pesquisa. Dessa forma, dentre as 32 crianças que compõem a população deste estudo, 26 são moradoras da comunidade de Praia Grande, cinco são moradoras de Bananeiras e uma criança é moradora de Porto dos Cavalos. Nas demais comunidades não houve crianças participando da pesquisa (Tabela 1).

³ Na época da pesquisa, o valor do salário mínimo vigente era de R\$ 724,00.

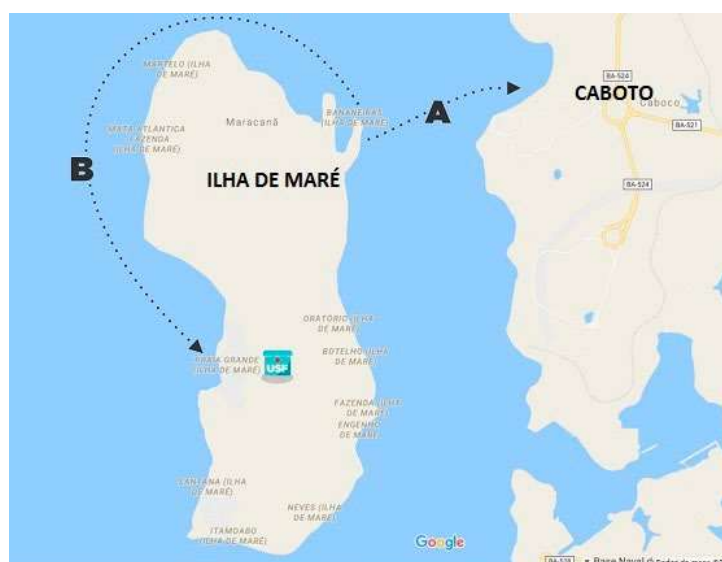
Tabela 1 – Distribuição de crianças menores de 1 ano nas comunidades quilombolas de Ilha de Maré de setembro de 2014 a fevereiro de 2015.

COMUNIDADE QUILOMBOLA	TOTAL DE CRIANÇAS RESIDENTES NA COMUNIDADE	TOTAL DE CRIANÇAS PARTICIPANTES DO ESTUDO
Praia Grande	26	26
Bananeira	6	5
Martelo	0	0
Ponta Grossa	0	0
Porto dos Cavalos	2	1
TOTAL	34	32

FONTE: Dados da pesquisa, 2015

Para delineamento do diagnóstico situacional da consulta para ACD proposto, fez-se necessário conhecer as condições de deslocamento interno e externo à ilha (Figura 1).

Figura 1 – Mapa de localização da Ilha de Maré e região circunvizinha



FONTE: www.google.com.br/maps. Rotas A e B inseridas para ilustração. Unidade de Saúde da Família localizada na comunidade de Praia Grande.

Das três comunidades nas quais foram identificadas crianças na faixa etária do estudo, apenas as residentes em Praia Grande frequentam a USFPG pela proximidade da residência à unidade. As demais crianças que moram em Bananeiras e Porto dos Cavalos, comunidades localizadas na região posterior da ilha, frequentam USF de municípios vizinhos (Caboto ou Salvador), uma vez que o deslocamento A observado no mapa é menor do que o B. Essa situação revela as dificuldades de acesso aos serviços de saúde que a população da ilha enfrenta.

Dentre a população do estudo, a USFPG atende 81,2% das crianças menores de um ano, visto que somente as que residem em Praia Grande frequentam a unidade. Este percentual corresponde à totalidade de crianças habitantes nas comunidades quilombolas do estudo (n=32). Contudo, como as crianças das comunidades de Bananeira e Porto de Cavalos são atendidas em outros serviços de saúde localizados em municípios vizinhos, tem-se que o percentual de atendimento dessas outras crianças é diferente (tabela 2).

Tabela 2 – Estimativa da Cobertura da Consulta para Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento em crianças menores de 1 ano nas comunidades quilombolas de Ilha de Maré de setembro de 2014 a fevereiro de 2015.

	Nº crianças com mínimo de consultas realizadas		Nº crianças sem o mínimo de consultas preconizadas		% atendimento	ACD
	N	%	N		%	
			A	B		
Crianças da comunidade Praia Grande (n = 26)	16	61,5	10	0	38,5	10
Crianças da comunidade Bananeiras (n = 5)	0	-	0	5	100	USFPG não atende a esta população
Crianças da comunidade Porto dos Cavalos (n = 1)	0	-	0	1	1	
Total em Ilha de Maré (n = 32)	16	50%	10	6	50%	81,2

FONTE: Dados da pesquisa, 2015

Nota: n = número absoluto; % = valor percentual. A coluna A corresponde a crianças que frequentam a consulta, mas não tem o número mínimo de consultas realizadas. A coluna B corresponde a crianças que nunca frequentaram a consulta.

Dentre as 26 crianças que residem em Praia Grande, 16 crianças (61,5%) possuem o número mínimo de consultas realizadas conforme a idade de cada uma e 10 (dez) crianças (38,5%) não possuem o mínimo de consultas preconizadas pelo MS. A tabela 3 apresenta a proporção destas crianças segundo quantitativo de faltas.

Tabela 3 – Quantidade de faltas à Consulta para Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento em crianças menores de 1 ano na comunidade quilombola de Praia Grande registradas de setembro de 2014 a fevereiro de 2015.

Quantidade de faltas	Nº crianças sem o mínimo de consultas preconizadas	
	N	%
1 falta	3	30%
2 faltas	5	50%
3 faltas	2	20%
TOTAL	10	100%

FONTE: Dados da pesquisa, 2015

Nota: n = número absoluto; % = valor percentual.

Considerando que o MS preconiza um mínimo de 7 (sete) consultas para ACD realizadas durante o primeiro ano de vida da criança, realizou-se um agrupamento por número da consulta (relacionado à faixa etária da criança) e o total de criança com consultas realizadas dentro do calendário estipulado pelo MS.

A primeira consulta – realizada até 15 (quinze) dias – ocorreu dentro do prazo esperado

para cinco crianças. A segunda consulta – com um mês – foi realizada dentro do prazo para seis crianças. A terceira consulta – dois meses – ocorreu dentro do prazo para três crianças (n=26 para estes três grupos). A partir da quarta consulta, o total de crianças diminuiu, visto que as crianças do estudo possuem faixas etárias diferentes, e, portanto, o número de consultas realizadas por cada criança também varia. A quarta consulta – quatro meses – foi realizada dentro do prazo para oito crianças (n=22). A quinta consulta – seis meses – ocorreu dentro do prazo para sete crianças (n=18). A sexta consulta – nove meses – foi realizada dentro do prazo para cinco crianças (n=10). A sétima consulta – 12 meses – ocorreu dentro do prazo para uma criança (n=2).

DISCUSSÃO

Os resultados desta pesquisa permitiram delinear o diagnóstico situacional da Consulta para ACD de crianças quilombolas nas comunidades de Ilha de Maré. O cálculo da estimativa da cobertura da consulta mostra uma elevada taxa de 81,2% para crianças menores de um ano nas comunidades quilombolas do estudo. A descrição do diagnóstico situacional da consulta para ACD em Ilha de Maré está fundamentada nos seguintes tópicos: 1) Análise da cobertura da consulta; 2) Análise da quantidade de consultas realizadas no primeiro ano de vida; 3) População da ilha x quantitativo de profissionais.

ANÁLISE DA COBERTURA DA CONSULTA

Esta pesquisa evidenciou valores diferenciados de cobertura da Consulta para ACD na USFPG. Considerando as crianças quilombolas de toda a Ilha de Maré, a cobertura foi equivalente a 81,2%. Já em Praia Grande, a cobertura equivaleu a 100% visto que todas as crianças são atendidas na USFPG. Nas demais comunidades, a cobertura não foi calculada devido às crianças serem atendidas em outra USF (tabela 2). Estes dados não podem ser comparados com outros estudos semelhantes, já que não foi encontrada pesquisa sobre a cobertura da Consulta para ACD em outras comunidades quilombolas.

A cobertura da Consulta para ACD nas comunidades de estudo (81,2%) pode ser considerada elevada, pois comparando-a com a cobertura da consulta destinada a crianças em geral, são encontrados valores inferiores. Estudo realizado nas regiões Nordeste e Sul do Brasil evidenciou que a cobertura de puericultura, adotando como critérios nove ou mais consultas, alcançou apenas um quarto das crianças.^[9] Em outra pesquisa semelhante, realizada no Maranhão, Brasil, verificou-se que a realização da consulta de puericultura no primeiro ano de vida ocorreu entre 38,4% das crianças.^[10]

A elevada cobertura da consulta para ACD das crianças quilombolas de nosso estudo possui relevância, quando se considera o fato de ser uma comunidade quilombola, que historicamente possui dificuldade de acesso a serviços de saúde. Compreende-se por acesso um conjunto de determinantes que interferem na procura por um serviço de saúde a fim de se obter um atendimento. Esse processo envolve alguns aspectos como acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade e adequação.^[11] Pesquisas realizadas em distintas regiões do mundo confirmam a dificuldade de acesso vivenciada por populações vulneráveis, na Etiópia^[12], na região ocidental

da África^[13] e no sul da África^[14]. Entretanto, apesar de elevada, outros aspectos devem ser considerados na análise desse resultado.

Nas comunidades quilombolas do estudo, a elevada cobertura da consulta não nos permite afirmar impactar positivamente nas condições de saúde das crianças nativas. Outros aspectos precisam ser considerados: escolaridade, quantidade de filhos, espaço de tempo interpatal, condições de renda familiar, educação em saúde, que inegavelmente interferem no acesso aos serviços de saúde.^[10,15]

Em nossa pesquisa, a maioria das mães eram adultos jovens, com até 11 (onze) anos de estudo, que possuíam apenas 1 (um) filho, cujas casas eram habitadas por uma média de 3 (três) a 6 (seis) moradores, com uma renda familiar variando entre menos que meio salário mínimo a mais que dois e meio salários mínimos. Essas características influenciam na determinação do comportamento e na aquisição de práticas saudáveis, pois a educação e o fator financeiro são importantes para obtenção de uma saúde de qualidade, uma vez que entendemos que a saúde é resultante, dentre outros fatores, do acesso à alimentação, higiene, lazer, renda, educação e moradia.^[16-17] Ademais, essas características reforçam a condição social destas famílias, que as expõe a uma situação de maior vulnerabilidade e desigualdade. Isso implicará nas suas condições de acesso aos serviços de saúde e impactará nas condições de saúde, como demonstrado em diversos estudos internacionais.^[11-14]

Outros aspectos parecem estar relacionados à cobertura da consulta, também associados ao acesso aos serviços de saúde. Das cinco comunidades quilombolas que habitam a ilha, apenas a comunidade de Praia Grande frequenta regularmente a USFPG, visto que a unidade se encontra localizada nesta região da ilha. As famílias das demais comunidades deslocam-se para outras localidades próximas, pois devido à situação geográfica em que se encontram, frente à ausência de meio de transporte e à dificuldade de acesso, torna-se mais viável o deslocamento para outras ESFs, localizadas em municípios próximos (figura 1).

A análise do mapa permite afirmar que as diferenças na cobertura da consulta para ACD deste estudo estão relacionadas às condições geográficas (distância da residência à USFPG) e ausência de meio de transporte disponível. Essa realidade reforça a situação de vulnerabilidade dessas comunidades e ausência de políticas públicas que assegurem uma oferta de serviços de saúde à referida população, também encontrada em outras pesquisas. Em comunidade quilombola do norte de Minas Gerais, o acesso às unidades de saúde também é influenciado pela distância, ausência de transportes, necessidade de superar barreiras como rios, encostas e matas.^[17] Resultado semelhante foi evidenciado em estudo internacional com 27 mães na zona rural de Burkina Faso, região ocidental da África, onde a situação de ruralidade dificulta o acesso e o atendimento nas unidades de saúde.^[13]

ANÁLISE DA QUANTIDADE DE CONSULTAS REALIZADAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Considerando o total de consultas preconizadas pelo MS para o ACD de crianças menores de 1 (um) ano, observa-se um elevado percentual ($\geq 50\%$) de crianças que possuem atrasos na realização da consulta e no percentual de crianças que perdem as consultas por faltas (38,5%). Esse é um resultado preocupante, pois se contrapõe aos pressupostos que norteiam as políticas públicas de atenção à saúde da criança. O não cumprimento na realização das 7 (sete) consultas

preconizadas pelo MS, além de impossibilitar o ACD adequado à criança, ainda dificulta a avaliação da qualidade do atendimento prestado a esta criança.^[2]

Nosso resultado encontra-se consonante com outros semelhantes. Em pesquisa realizada no Maranhão, Brasil, verificou-se que a realização da consulta de puericultura no primeiro ano de vida ocorreu entre 38,4% do total de 1.711 crianças, sendo que a consulta antes do primeiro mês de vida ficou em 35,6%.^[10] Em outro estudo realizado numa UBS em um balneário no Rio Grande do Sul, entre 2007 e 2008, foi identificada associação entre situação nutricional desfavorável e presença de candidíase oral, perineal e dermatite irritativa das fraldas. O percentual de crianças que abandonou o acompanhamento foi de 47%, fato que foi atribuído à dificuldade de locomoção (condições financeiras ou de acessibilidade) da população até à unidade.^[4] Esses dados revelam a falta de seguimento às quais as crianças estão expostas. Visto que a avaliação do crescimento e desenvolvimento é considerada o eixo norteador da assistência à saúde da criança, com ênfase na vigilância de vários fatores que podem interferir neste processo, deveria se constituir como uma das ações mais importantes para o alcance da saúde infantil.

Os dados apresentados sobre a cobertura da consulta, em análise com a literatura pertinente, revelam a necessidade de se conhecer os motivos pelos quais as mães de crianças referem se ausentar a estas consultas. Neste estudo, a dificuldade de acesso (distância e ausência de meios de transporte) foi o principal fator relatado pelas mães. Outras pesquisas evidenciam baixa escolaridade materna e estrutura familiar, percepção de que o acompanhamento é desnecessário na ausência de doença na criança, tempo de espera para ser atendido, priorização das atividades domésticas, falta de recursos para ir à unidade, desvalorização da consulta de enfermagem em detrimento da valorização da consulta médica, horário inapropriado das consultas, disponibilidade e qualidade dos serviços prestados pelas unidades de saúde.^[3-4]

Além desses fatores amplamente discutidos na literatura como motivadores para a presença ou ausência às consultas para ACD, sabe-se que é importante que tais consultas sejam realizadas com qualidade, tanto pelo profissional que irá acompanhar a criança e a sua família, bem como uma estrutura física adequada na unidade, no que diz respeito a ambiente e instalações, quantidade de materiais e equipamentos suficientes e em condições satisfatórias para uso. Ademais, estudo realizado na Paraíba, Brasil, também revelou ausência de relações de interação, coparticipação entre as mães e o enfermeiro durante a consulta de ACD, podendo favorecer o abandono do acompanhamento.^[9]

Outro ponto importante a considerar é que da forma como ocorre o ACD infantil em comunidades quilombolas, possivelmente esteja sendo dada ênfase ao modelo biomédico, em detrimento de práticas tradicionais de promoção e prevenção da saúde. Outros autores também já sinalizaram a presença de assistência pontual e curativista com centralidade nos aspectos biológicos do processo saúde-doença em comunidades quilombolas^[18] e na Bélgica^[19]. Nestas comunidades, os profissionais de saúde precisam respeitar e valorizar outros métodos de promoção à saúde que lhes são comuns, como a utilização de chás e ervas, unguentos, massagens, banhos, apoio espiritual, entre outros, exercitando a escuta qualificada.^[20]

Através da escuta qualificada, é possível um diálogo atento e respeitoso entre o profissional e o cliente, tendo a possibilidade de delinear um diagnóstico e um tratamento coerentes para as necessidades do cliente e uma evolução esperada do tratamento. A escuta e o empoderamento possibilitam que o usuário se sinta valorizado, e como resultado obtêm-se sua corresponsabilização

e coparticipação no plano terapêutico de forma consciente. Ao agir desta forma, o profissional poderá contribuir para reduzir a ausência às consultas, visto que reforça a criação de um vínculo que pode estreitar a relação entre profissional de saúde e a família, facilitando assim a adesão da família e a continuidade da assistência.^[21]

POPULAÇÃO DE ILHA DE MARÉ X QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS

Segundo os manuais do MS, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Além do que, cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.^[22] Apesar de considerar critérios de equidade e vulnerabilidade, no manual do MS há omissão das condições geográficas que influenciam o acesso ao serviço, como a distância física entre as residências da comunidade e a USF; barreiras geográficas; ausência de transporte, entre outros.

Conforme o último censo de 2010 realizado pelo IBGE, a população residente em Ilha de Maré foi estimada em 4.625 indivíduos em 2015. Dentro desta estimativa, a população em estudo teoricamente está coberta pelas 2 (duas) equipes da Unidade de Saúde da Família. Contudo, as particularidades que essa população enfrenta quanto à dificuldade de acesso, devido à distância de suas residências em relação à unidade de saúde, associado à ausência de meio de transporte, além do horário reduzido de funcionamento da unidade, já citados nesse trabalho, comprometem o atendimento das famílias.

Acredita-se que esses sejam fatores que dificultam o acesso e o acolhimento das famílias, o que inegavelmente interfere na adesão ao serviço. Tal realidade denota uma insuficiência na estrutura dos serviços destinados à prestação da assistência básica, devido não apenas ao número de profissionais, mas principalmente às barreiras geográficas e à desvalorização dos conhecimentos tradicionais da cultura quilombola.

Por ser uma USF localizada em território quilombola, situado em uma ilha, as estratégias de ação em saúde devem considerar as características culturais, crenças, vulnerabilidade social e dificuldades geográficas enfrentadas pela população e equipes, visando um atendimento pautado na escuta qualificada e no respeito cultural na perspectiva da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN).^[23] Ou seja, fatores importantes como o resgate do conhecimento tradicional no cuidado à saúde, escuta qualificada pelos profissionais, sensibilização da comunidade para a importância da participação nas ações, medidas de enfrentamento para melhoria do acesso, entre outros, precisam ser considerados no atendimento a essa população.

Nesse contexto, não se pode afirmar que apenas a adequação quantitativa de profissionais de saúde da ilha seja suficiente para aumentar a adesão às consultas de ACD, nem representará um atendimento pautado na escuta qualificada e no respeito cultural na perspectiva da PNSIPN. É necessária adequação qualitativa, em termos de atividades educativas que promovam aperfeiçoamento teórico acerca das condições de saúde da população negra. O aumento/

aprimoramento da qualidade da atenção primária à saúde é uma estratégia efetiva na busca de maior promoção da saúde, prevenção de doenças e tem potencial para melhorar o estado de saúde das pessoas, refletindo-se na melhoria dos indicadores de saúde. Equipes de Saúde da Família adequadamente formadas e comprometidas podem desenvolver um papel fundamental no enfrentamento às iniquidades de populações marginalizadas, incluindo-se nesse escopo as comunidades quilombolas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O delineamento do diagnóstico situacional da Consulta para ACD de crianças menores de 1 (um) ano nas comunidades quilombolas de Ilha de Maré atendidas na USFPG revelou uma cobertura de 81%, embora o número de crianças que possuem o mínimo de consultas preconizadas pelo MS esteja baixo. Os prováveis fatores que interferem na busca do serviço para consulta de ACD estão relacionados às limitações geográficas e ao distanciamento da equipe, frente às especificidades culturais da população quilombola.

Assim, intervenções na área da gestão com melhoria da infraestrutura, incluindo acessibilidade, maior oferta de serviços e capacitação dos profissionais de saúde para escuta qualificada devem ser prioritárias para a população estudada.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos seguintes órgãos de 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] Moreira MDS, Gaíva MAM. Monitoring of Child Growth and Development: Analysis of Records of Nursing Consultations. *Rev. Pesqui. Cuid. É Fundam.* Online 2013;5(2):3757–66. doi:10.9789/2175-5361.
- [2] Brasil. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento. 2012.
- [3] Ximenes Neto FRG, Queiroz CA, Rocha J, Cunha ICKO. Why I don't take my child for a childcare consultation. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.* 2010;10:51–9.
- [4] Gauterio DP, Irala DDA, Cezar-Vaz MR. Childcare in nursing: profile and main problems found in children less than one year. *Rev. Bras. Enferm.* 2012;65:508–13. doi:10.1590/S0034-71672012000300017.
- [5] Furtado MB, Pedroza RLS, Alves CB. Quilombol culture, identity and subjectivity: a cultural psychology perspective. *Psicologia Soc.* 2014;26:106–15.
- [6] Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas : uma revisão da literatura. *Rev CEFAC.* 2011;13:937–43.
- [7] Lacerda R dos S, Hogan V, Araújo EM, Camargo CL. Fatores que interferem nas disparidades raciais em saúde: impacto do trauma histórico, status socioeconômico e

- racismo sobre a saúde. *Rev. Assoc Bras. Pesq Negros*. 2012;4:97–113.
- [8] Ibge. Dados completos sobre a Religião no Brasil - IBGE - Censo 2010. Censo Demográfico 2010. 2010:p.1-215.
- [9] Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Work process of the nurse who works in child care in family health units. *Rev. Bras. Enferm*. 2011;64:38–46.
- [10] Cunha CLF, Silva RA, Gama MEA, Costa GRC, Costa ASV, Tonial SR. The use of primary attention services to health by the childhood population in a Brazilian northeast. *Cad. Saúde Pública*. 2013;21:115–20.
- [11] Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:1–9. doi:10.1186/1475-9276-12-18.
- [12] Hailemariam M, Fekadu A, Selamu M, Medhin G, Prince M, Hanlon C. Equitable access to integrated primary mental healthcare for people with severe mental disorders in Ethiopia: a formative study. *Int J Equity Health*. 2016;15:1–10. doi:10.1186/s12939-016-0410-0.
- [13] Østergaard LR, Bjertrup PJ, Samuelsen 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.
- [14] Sokhela DG, Makhanya NJ, Sibiyi NM, Nokes KM, Sokhela D. Experiences of Fast Queue health care users in primary health care facilities in eThekweni district, South Africa. *Curationis*. 2013;36:1–8. doi:10.4102/curationis.v36i1.60.
- [15] Meneses RCT, Zeni PF, Oliveira CCC, Melo CM. Promoção de saúde em população quilombola nordestina - análise de intervenção educativa em anemia falciforme. *Esc. Anna Nery*. 2015;19:132–9.
- [16] Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Aspects of primary care for children: an evaluation of care-givers. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant*. 2011;11:323–34. doi:10.1590/S1519-38292011000300013.
- [17] Pinho L, Dias RL, Cruz LMA, Velloso NA. Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais. *Rev Pesqui Cuid É Fundam* 2015;7:1847–55. doi:10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1847-1855.
- [18] Marques AS, Freitas DA, Leao CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Cien. Saude. Colet*. 2014;19:365–71. doi:10.1590/1413-81232014192.02992013.
- [19] Van Roy K, Vanheule S, Deveugele M. What makes up good consultations? A qualitative study of GPs’ discourses. *BMC Fam. Pract*. 2013;14. doi:10.1186/1471-2296-14-62.
- [20] Schweitzer MC, Esper MV, Silva MJP. Integrative and Complementary Therapies in Primary Health Care : a way to humanize care. *O Mundo Da Saúde* 2012;36:442–51.
- [21] Monteiro AI, Santos ADB, Macedo IP, Gurgel PKF, Cavalcante JMP. Nurse’ autonomy monitoring child growth and development. *Rev. Enferm. UERJ*. 2011;19:426–31.
- [22] Brasil MDS. Política Nacional de Atenção Básica. 2011.
- [23] UNA-SUS. Curso Saúde da População Negra - módulo 2. 2015.