



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

ALINE BIONDO ALCANTARA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: CONCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete

**BOTUCATU
2018**

ALINE BIONDO ALCANTARA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: CONCEPÇÕES E EXPERIÊNCIAS DE
ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita
Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título
de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete

**BOTUCATU
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Alcantara, Aline Biondo.

Promoção da saúde da criança : concepções e experiências de enfermeiros da estratégia saúde da família / Aline Biondo Alcantara. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Vera Lucia Pamplona Tonete
Capes: 40403009

1. Atenção primária à saúde. 2. Enfermagem. 3. Programa Saúde da Família (Brasil). 4. Criança. 5. Promoção da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Promoção da saúde da criança; Saúde da criança .

DEDICATÓRIA

DEDICATÓRIA

À Deus, por sempre me direcionar nas decisões e me sustentar em todos os momentos.

A minha mãe Dione, por todo amor, cuidado, carinho, pelos valores, ensinamentos e motivação pelos estudos. Pilar do que sou.

Ao meu querido irmão Diego, que sempre me acompanhou nas idas ao Mestrado, além de me motivar, não medindo esforços para estar do meu lado.

Ao meu marido Renan, pela motivação, confiança, compreensão, força e paciência nos momentos difíceis e ausentes e mesmo assim sempre estar do meu lado.

Ao meu avô materno Hildo (em memória), pois desde a infância foi ele quem me motivou a seguir com os estudos.

Ao meu querido amigo Almír, que sempre esteve me apoiando nos plantões noturnos.

AGRADECIMIENTO

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Pamplona Tonete, minha orientadora, por toda dedicação, paciência, apoio, e pelos valiosos momentos de conhecimento e aprendizado. Fundamental na viabilização deste trabalho.

A todos os colegas e as docentes Prof^a. Dr^a. Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Prof^a. Dr^a. Silvia Justina Papini e Prof^a. Dr^a. Vera Lúcia Pamplona Tonete da disciplina de Seminário de Pesquisa, pelas considerações que contribuíram para a qualificação.

Aos integrantes da banca de qualificação Prof^a Dr^a. Vera Lúcia Pamplona Tonete, Prof^a Dr^a. Cristina Maria Garcia de Lima Parada e Fernanda Cristina Manzini Sleutjes, por toda sabedoria, pelas contribuições no desenvolvimento desta dissertação e considerações ímpares frente ao tema investigado.

Ao corpo docente do Mestrado em Enfermagem e demais funcionários, pelos ensinamentos.

A todos os meus colegas de Mestrado, por todos os momentos juntos, contribuições e experiências compartilhadas.

As Professoras Rosângela Gonçalves da Silva, Fernanda Cenci Queiróz e Maria José Caetano Ferreira Damaceno (FEMA), que ainda na graduação me incentivaram a seguir com os estudos.

A minha professora de Inglês e Espanhol Solange Cesário, com toda paciência, sempre me apoiou e me motivou.

Aos Enfermeiros das unidades da Estratégia Saúde da Família do município de Assis, por compreenderem a importância da pesquisa, consentindo sua participação nela, sem a qual não seria possível a realização deste trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Assis/SP, por todo apoio e colaboração no desenvolvimento deste estudo.

Aos Coordenadores da SMS Assis, Amanda Máilio Santana (2016), Darci Aparecido Cardoso (2016) e Josiane Aparecida Batista (2017), pelo apoio e incentivo.

À Enfermeira Maria José de Almeida Ferreira e toda a equipe da UBS Vila Operária e Fiúza, que colaborou comigo durante o período que estive ausente na Unidade para participar das disciplinas e orientações.

À Equipe da Clínica Médica do Hospital Regional de Assis, que sempre me apoiou.

ΕΠΙΓΡΑΦΕ

“Mesmo as noites totalmente sem estrelas podem
anunciar a aurora de uma grande realização.”

Martin Luther King

APRESENTAÇÃO

Desde que comecei os primeiros estágios do Curso de Técnico em Enfermagem (2005) nas Unidades Básicas de Saúde, me despertou um grande interesse em trabalhar nesta área, principalmente com crianças nas ações de prevenção em saúde.

Assim que concluí este curso (2007), comecei a trabalhar em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família, e percebi o quanto era gratificante desenvolver ações coletivas. Cada vez mais eu tinha a certeza de que queria ter mais conhecimento sobre a profissão do enfermeiro na Saúde Pública.

E, logo que iniciei a Graduação (2008), na minha própria cidade na Fundação Educacional do Município de Assis/SP (FEMA), não tive mais dúvidas de que a minha profissão era para ser, de fato, Enfermeira e colaborar nas ações de promoção e prevenção da saúde da comunidade, com as mães e seus filhos junto de suas famílias. Além do interesse em evidenciar a autonomia que este profissional enfermeiro possui perante atribuições legais a ele oferecidas, tive por intuito reforçar, contribuindo na valorização do seu papel na sociedade enquanto profissional. E, por isso decidi me especializar nesta área.

Após concluir a Graduação (2012) e sempre buscando o desenvolvimento profissional, especialmente em minha área de interesse e prática, em 2013 concluí o Curso de Especialização em Unidades Básicas de Saúde com Ênfase na Saúde da Família e no Gerenciamento em Enfermagem, na Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP). Comecei, então, a trabalhar como enfermeira de uma unidade básica de saúde (2013), atuando como responsável técnica de duas unidades básicas de saúde (Vila Operária e Fiúza), sendo também responsável administrativa nas duas, neste último ano de 2017.

Desde que comecei a desenvolver minhas atividades na rede básica de saúde do município de Assis/SP, em 2013, fui convidada para ser multiplicadora em imunização pelo Setor de Vigilância Epidemiológica da mesma Secretaria Municipal de Saúde (2013), como colaboradora da implantação da BCG nas maternidades locais (2014) e membro do Comitê de Mortalidade Infantil (2017).

Há três meses me formei como Tutora da Rede Amamenta e Alimenta Brasil (2017), passando a desenvolver com mais afinco as ações para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas unidades do município.

Ao longo de todo este percurso, atuei também como servidora técnica de

enfermagem no Hospital Regional de Assis (2014) e ministrei aulas teóricas em educação em saúde e ética; e estágios em unidades básicas de saúde (2016), além das parcerias com a FEMA nas semanas científicas, de Saúde, Ciência e Enfermagem, na atualização dos calendários vacinais e os desafios enfrentados pelos profissionais enfermeiros na Atenção Básica.

Nessa jornada, a percepção das dificuldades e entraves instigou-me ao pensamento crítico e reflexivo acerca do que poderia ser feito para contribuir com as mudanças necessárias à adequada assistência materno-infantil. E, com a minha inserção no Programa de Pós-graduação em Enfermagem-Curso Mestrado Acadêmico da Faculdade de Medicina de Botucatu da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP), emergiu a chance de aprofundar meus conhecimentos sobre essa área, com enfoque especial no estudo das possibilidades da promoção da saúde da criança no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Neste sentido, elegi como tópico de interesse em pesquisa, o trabalho dos enfermeiros atuantes em unidades básicas de saúde, sob o modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família, no cuidado de crianças e suas famílias.

Como resultante da investigação realizada durante essa formação, elaborei a presente dissertação, que buscou responder a seguinte questão: Como vem se dando a inserção das premissas da promoção da saúde da criança no cuidado de enfermagem realizado no contexto da Estratégia Saúde da Família?

Espero que essa produção possa subsidiar a qualificação do referido cuidado, especialmente no que se refere às ações de promoção da saúde, com vistas a fortalecer vínculos e corresponsabilidade entre eles, as crianças e suas famílias.

RESUMO

ALCANTARA, A.B. **Promoção da Saúde da Criança: Concepções e Experiências de Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** 2018. 108f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2018

RESUMO

Introdução: o presente estudo apresenta como tema a Promoção da Saúde da Criança, recortando como objeto a inserção de suas premissas nos cuidados realizados por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Objetivo:** analisar as concepções e experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, no que se refere à incorporação das premissas da Promoção da Saúde nos cuidados realizados com crianças e suas famílias. **Aspectos metodológicos:** pesquisa de abordagem mista, composta por duas etapas. Na primeira, foi realizado estudo qualitativo sobre o objeto em estudo na perspectiva dos enfermeiros da Estratégia da Saúde da Família de um município do interior paulista, com coleta e sistematização dos dados feita por entrevistas semiestruturadas gravadas e por técnicas de análise de conteúdo temática, respectivamente. Na segunda, realizou-se estudo quantitativo transversal e descritivo sobre 626 atendimentos clínicos realizados por enfermeiros a 222 crianças, as quais compuseram amostra probabilística e estratificada calculada a partir do universo de crianças nascidas entre 28 de fevereiro de 2015 a 27 de fevereiro de 2017, que foram atendidas em seus dois primeiros anos de vida nas referidas unidades. Os dados foram coletados dos prontuários das crianças e de suas mães, com enfoque nos tipos de atendimento a elas realizados, nos motivos/queixas, avaliações clínicas e nas propostas de cuidados elaboradas. Foi realizada análise descritiva das variáveis estudadas utilizando o Programa SAS System versão 9.3. A discussão dos resultados obtidos, em ambas as etapas, baseou-se nas premissas da Promoção da Saúde da Criança. O projeto desta pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa local (Parecer nº 1.851.368). **Resultados:** o grupo dos 11 enfermeiros se caracterizou pela maior parte ser do sexo feminino, estar na faixa etária entre 30 a 50 anos, ter oito a 26 anos de graduação e de um a 15 anos de atuação na Estratégia Saúde da Família. De modo ampliado, os participantes relacionaram a Promoção da Saúde da Criança a ações integrais e intersetoriais, que valorizam a Educação em Saúde, comprometimento e vínculo próximo das equipes com as famílias, para capacitá-las a modificar os determinantes do processo saúde-doença de seus filhos, visando sua melhor qualidade de vida e saúde. As dificuldades associadas às referidas ações foram: baixa participação familiar nas atividades programadas, preferência pelo atendimento médico, condições familiares e sociais adversas, carência de recursos de educação permanente na temática. As crianças se caracterizaram por apresentarem situações favoráveis quanto aos aspectos sociodemográficos, condições obstétricas e de nascimento, com parcelas menores daquelas que apresentaram riscos e vulnerabilidades ao nascer. Dos 626 atendimentos clínicos estudados, 548 (87,6%) ocorreram no primeiro semestre de vida, com 407 (65%) do tipo consulta agendada de rotina e 11 (1,8%) visitas domiciliares. Quanto às queixas/motivos, destacaram-se os sinais, sintomas e outros parâmetros clínicos alterados, com 425 (93,4%) registros, relativos principalmente ao sistema respiratório e ao tegumentar, que somaram 200 (43,7%) dos registros; evidenciando-se a febre como o sinal isolado registrado em 95 (20,9%). Em relação

às áreas diagnósticas, sobressaiu-se a de Agravos Físicos com 445 (46,3%) avaliações, seguida pela de Alimentação/Hidratação com 206 (21,4%) avaliações e a do Crescimento e a do Desenvolvimento neuropsicomotor, que juntas somaram 197 (20,5%) das avaliações. Sobre as áreas de intervenção, a maior parte se configurou em Orientação 1200 (55,6%), especialmente sobre Higiene corporal/Higiene bucal com 392 (18,2%) e Alimentação/Hidratação com 288 (13,3%) registros, seguidas pelas condutas de Encaminhamento, Agendamento, Solicitação de exames de rotina, com 905 (41,9%) das propostas de cuidados. Considerando as Necessidades Essenciais da Infância, os resultados anteriores sustentam a ideia de que a mais explorada foi a Necessidade de Proteção Física, Segurança e Regulamentação. **Considerações finais:** as concepções apreendidas revelaram-se próximas às premissas científicas e políticas atuais sobre Promoção de Saúde da Criança. Por outro lado, as experiências relatadas apresentaram-se permeadas pelo enfrentamento de dificuldades e vulnerabilidades inerentes às crianças, aos seus contextos de vida e ao próprio serviço de saúde. Dentre os cuidados de enfermagem realizados na Estratégia Saúde da Família, verificou-se que nos atendimentos clínicos pediátricos, independentemente do tipo, são desenvolvidas ações de Promoção da Saúde. Entretanto, esses atendimentos ainda são fortemente influenciados pelo modelo biomédico, centrado em doenças e agravos à saúde, refletindo no predomínio de registros nas áreas de avaliações diagnósticas e de intervenção voltadas aos agravos físicos, não contemplando várias necessidades tidas como essenciais da infância. Considera-se que o estudo apresenta subsídios para a reorganização das ações de Promoção da Saúde da Criança, evidenciando potencialidades/desafios a serem considerados/superados pelos enfermeiros no contexto estudado e em outros relacionados.

Descritores: Promoção da Saúde, Saúde da Criança, Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Alcantara AB. the Child's Health Promotion, outlining as object the insertion of its premises in cares carried out by Family Health Strategy nurses [Dissertation]. Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista; 2018

Abstract

Introduction: the present study has as its theme the Child's Health Promotion, outlining as object the insertion of its premises in cares carried out by Family Health Strategy nurses. **Objective:** analyze Family Health Strategy nurses' conceptions and experiences concerning to Health Promotion premises incorporation in cares carried out with children and their families. **Methodological aspects:** mixed approach research, composed of two stages. In the first, it was carried out a qualitative study about the object of attention from the perspectives of Family Health Strategy nurses from an inland São Paulo city, with data collection and systematization made by recorded semi structured interviews and techniques of thematic content analysis, respectively. In the second, there was carried out a quantitative transversal and descriptive study about 62 clinical cares made by nurses to 222 children who composed probabilistic and stratified sample calculated from the universe of children who were born between February 28th, 2015 and February 27th, 2017, who were treated during their first two years of life in the cited health centers. Data was collected from children's and their mothers' medical records, focusing on the kinds of cares offered to them, on their reasons/complaints, clinical evaluation and on their elaborated cares purposes. It was carried out a descriptive analysis of the studied variables using SAS System Program version 9.3. The discussion about the obtained results, in both stages, was based on Child's Health Promotion premises. This research project was approved by Ethical Committee in local Research (Opinion nº 1.851.368). **Results:** the group composed by 11 nurses was characterized as being mostly females, between 30 and 50 years old, eight to 26 years of under graduation and one to fifteen years of Family Health Strategy performance. Broadly, participants related Child's Health Promotion to integral and intersectional actions which value Health Education, commitment and close bonds from teams towards families in order to enable them to modify determinants of their children's health-illness process, aiming at their better quality of life and health. Difficulties associated with their stated actions were: poor family participation in programmed activities, medical care preference by this population, adverse family and social conditions, lack of material and organizational resources and permanent education on the subject. The children's sample was characterized by presenting favorable situations regarding to the social demographic aspects, obstetrical and birth conditions, with smaller sectors of those who presented vulnerabilities as life threatening at birth. The analysis of 626 studied clinical cares revealed a higher frequency of these in the first semester of life 548 (87, 6%), with 407 (65%) routine scheduled visits, being only 11 (1,8%) home visits. As for the complaints/reasons related to these visits, signals, symptoms and other altered clinical parameters were highlighted, with 425 (93,4%) recorded, related mainly to tegumentary and respiratory systems, which summed together 200 (43,7%) of records, evidencing fever as an isolated signal recorded in 95 (20,9%). Relating to the diagnosed areas it was highlighted the Physical Injury one with 445 (46,3%) evaluations, followed by the Feeding/Hydration with 206 (21, 4%) evaluations and neuropsychomotor Growth and Development, which summed together 197 (20,5%) evaluations. Concerning to intervention areas most part of them was related to Orientation 1200 (55,6%), especially about Body Hygiene/Oral Hygiene with 392 (18,2%) records and Feeding/Hydration with 288 (13,3%) records,

followed to Referral, Scheduling and Request for routine exams with 905 (41, 9%) of the care proposes. Considering essential childhood needs, the former results support the idea that the most explored one was the Physical Protection, Safety and Regulation Need. **Final Considerations:** the grasped conceptions were revealed close to scientific premises and current policies about Child's Health Promotion. On the other hand, reported experiences were presented permeated with coping difficulties and vulnerabilities inherent in children, in their lives contexts and in health service itself. Among cares carried out in Family Health Strategy it was verified that on pediatric clinical cares, irrespective of the kind, Health Promotion actions are developed. However, these cares are still strongly influenced by biomedical model, centered on illnesses and health problems which reflect on predominance of records in diagnoses evaluation's areas and interventions based on physical injuries, not contemplating several necessities which are treated as essential during childhood. It is considered that the study presents subsidies to reorganization of Child's Health Promotion actions putting in evidence potentialities/challenges to be considered/overcome by nurses in the studied context and others related to it.

Descriptors: Health Promotion, Child's Health, Nursing, Family Health Strategy, Primary Health Attention

LISTA DE QUADROS

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Distribuição de crianças cadastradas, amostradas e incluídas na presente pesquisa por USF. Assis, 2017.....	48
Quadro 2-	Temas e respectivos núcleos de sentido que emergiram dos depoimentos dos enfermeiros participantes do estudo. Assis, 2017.....	52

LISTA DE TABELAS

Lista de Tabelas

Tabela 1-	Distribuição das crianças segundo características maternas pré-natais e do recém-nascido no parto. Assis, 2017 (n=222).....	66
Tabela 2-	Distribuição dos atendimentos clínicos pediátricos realizados pelos enfermeiros da ESF, por tipo e meses de vida das crianças estudadas. Assis, 2017.....	67
Tabela 3-	Distribuição das queixas e motivos registrados, por tipo de atendimento clínico realizado pelos enfermeiros da ESF. Assis, 2017.....	69
Tabela 4-	Frequência dos registros das avaliações por áreas diagnósticas. Assis, 2017.....	71
Tabela 5-	Frequência de registros de propostas de cuidados por áreas de intervenção e de outras condutas. Assis, 2017.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Lista de Abreviaturas e Siglas

ABS – Atenção Básica à Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CEEv – Consulta de Enfermagem Eventual

CEU – Centro de Esportes Unificado

CERo – Consulta de Enfermagem de Rotina

CER – Centros Especializados em Reabilitação

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

ESF – Estratégia Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – UBS com ESF

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UIPES - União Internacional para Promoção da Saúde e Educação

VD – Visita Domiciliar

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	24
1.1 Promoção da Saúde na Atenção Primária: diretrizes políticas	24
1.2 Promoção da saúde da criança: expectativas quanto ao papel do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família.....	32
2. OBJETIVOS.....	42
2.1 Objetivo Geral	42
2.2 Objetivos Específicos	42
3. ASPECTOS METODOLOGICOS	43
3.1 Tipo de Estudo	43
3.2 Local da Pesquisa.....	44
3.3 Participantes, Procedimentos de Coleta e de Análise dos Dados	45
3.3.1 Etapa Qualitativa	45
3.3.2 Etapa Quantitativa.....	47
3.4 Aspectos Éticos.....	50
4.RESULTADOS.....	51
5. DISCUSSÃO	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS.....	95
Apêndices	101
Anexos.....	104

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Promoção da Saúde na Atenção Primária: diretrizes políticas

Historicamente, há mais de três décadas, a Promoção da Saúde vem sendo difundida como uma proposta de política pública mundial, tendo como marco inicial a Carta de Ottawa. Desde então, essa proposta se apresenta como forma de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades (Rabello, 2010).

Essa carta foi promulgada no Canadá, em 1986, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que apresentou o conceito de promoção da saúde como:

"o processo que capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global"(World Health Organization, 1986, p.1).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1986), este documento reforça a valorização de questões como a justiça social e a defesa da saúde, com vistas à consolidação das mesmas. Para tal, recomenda a implantação de novas políticas públicas saudáveis, que favoreçam a criação de ambientes saudáveis, a ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. Nesta perspectiva, das ações de Promoção da Saúde espera-se o aperfeiçoamento e manutenção do equilíbrio da saúde, no âmbito individual ou coletivo, procurando satisfazer necessidades de saúde, com base na diversidade econômica e cultural de cada contexto.

Após a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, foram realizadas outras de abrangência variada, de cunho global ou regional, sem periodicidade pré-

definida (Malta et al., 2016), sendo que as principais seguem apresentadas.

A II Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu na Austrália, em 1988, resultando deste evento a denominada Declaração de Adelaide, a qual propõe o desenvolvimento social e na saúde, com ênfase em paz, justiça social, alimentação saudável, água de boa qualidade, conservação e proteção de ambientes naturais (Ministério da Saúde, 2002; Mendes, 2004).

Na Suécia, em 1991, deu-se a III Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Conferência de Sundsvall). Nesta oportunidade, foram enfatizadas as responsabilidades universais para com a criação de ambientes saudáveis, inserindo nas ações de Promoção da Saúde aspectos relacionados ao meio ambiente (Ministério da Saúde, 2002; Mendes, 2004).

Em 1992, com abrangência delimitada às nações latino-americanas, ocorreu em Santa Fé de Bogotá, na Colômbia, uma conferência que propôs que as nações envolvidas deveriam almejar a criação de condições que garantam o bem-estar geral, com o objetivo principal de desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2002; Mendes, 2004).

Com a preocupação de se discutir a Promoção da Saúde no século XXI, em 1997, realizou-se em Jacarta, na Indonésia, a IV Conferência Internacional, que enfatizou a diminuição das iniquidades para se garantir os direitos à saúde das pessoas. No ano seguinte, em 1998, estabeleceu-se na Suíça a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde, para fortalecer as ações de saúde para causar impacto global (Ministério da Saúde, 2002).

Reforçando a importância da redução das iniquidades e melhoria das condições de saúde universal, em 2000, aconteceu a V Conferência Internacional Promoção da Saúde na cidade do México (Ministério da Saúde, 2002).

A VI Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu em Bangkok, na Tailândia, em 2005 e propôs o Compromisso de Saúde para Todos e a Agenda Global, destacando as responsabilidades dos gestores para intervir nos determinantes de saúde, propondo estratégias de Promoção da Saúde para o mundo globalizado (Heidmann et al., 2006).

Na VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde, que ocorreu na África, em Nairobi-Quênia, em 2009, foi destacada a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) frente aos desafios ambientais, sociais, econômicos e epidemiológicos do final do século XX e início do século XXI. Como recomendações, essa conferência apontou: a atenção cuidadosa em relação aos determinantes de saúde de cada localidade; a parceria entre os diferentes países quanto à facilitação do acesso da população aos serviços de saúde, visando à redução das disparidades e à melhoria da qualidade da saúde; intensificação do controle entre as fronteiras para diminuir a transmissão de doenças endêmicas (Organização Mundial de Saúde, 2009).

Com forte influência das conferências anteriormente realizadas, a VIII Conferência Internacional de Promoção da Saúde foi realizada em Helsínque, na Finlândia, em 2013. Nessa oportunidade, foi reforçada a estreita relação entre a Promoção da Saúde e a importância da intersetorialidade, da equidade e da promoção de políticas públicas saudáveis, além do papel dos governantes para viabilizar essas diretrizes na atenção à saúde prestada (Akerman, 2013).

Em 2016, realizou-se XIX Conferência Internacional de Saúde em Xangai, na China, sob o título: O futuro da saúde pública reside nas cidades. Nesta oportunidade, os líderes concordaram em promover saúde para alcançar Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). A Declaração de Xangai destaca a

necessidade das pessoas poderem controlar sua própria saúde e de estarem em posição de escolherem um estilo de vida saudável. Esse documento reforça o papel dos governantes das nações na melhoria da saúde e da imprescindível alfabetização em saúde para esse fim. Acresce, também, o importante papel desempenhado pelos gestores municipais e pelos grupos sociais para a concretização do proposto (OPAS/OMS Brasil, 2016).

Os compromissos relacionados à gestão incluem a proteção da saúde por meio de políticas públicas, fortalecimento da legislação, a regulamentação e tributação de produtos não saudáveis e implementação de políticas fiscais para permitir novos investimentos em saúde e bem-estar. A citada declaração enfatiza, simultaneamente, a importância da cobertura universal de saúde e a necessidade de uma melhor abordagem das questões de saúde transfronteiras. Sobre a alfabetização em saúde, inclui-se o desenvolvimento de estratégias nacionais e locais para aprimorar a consciência dos cidadãos sobre como viver de forma mais saudável e aumentar suas habilidades para controlar sua própria saúde e seus determinantes por meio de políticas de preços, informação transparente e rotulagem clara. A declaração enfatiza ainda, a necessidade de políticas urbanas saudáveis que promovam inclusão social (OPAS/OMS Brasil, 2016).

De modo geral, tem-se que propostas políticas de Promoção da Saúde foram implantadas primeiramente em países considerados desenvolvidos como Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Austrália, Nova Zelândia, Bélgica, e tão-somente na década de 1990 é que se tem a implantação dela nos demais países (Rabello, 2010).

O Ministério da Saúde do Brasil, com base nas proposições das conferências anteriormente descritas, elaborou e implementou a Política Nacional de Promoção

da Saúde (PNPS) (Ministério da Saúde, 2015b).

A PNPS instituída em 30 de março de 2006, pela Portaria n.º 687 do MS, revisada em 2015, enfoca o processo saúde-doença, considerando seus fatores condicionantes e/ou determinantes, com vistas a incentivar intervenções em saúde de forma mais ampliada. Com essa política, espera-se que haja a mudança da visão a respeito das condições de vida, buscando superar a ideia de que o indivíduo e comunidade são os únicos responsáveis pelas modificações que ocorrem decorrer da vida, quando relacionadas ao processo saúde-doença (Ministério da Saúde, 2015b).

A Promoção da Saúde passa a ser definida como:

“um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrasectorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes de proteção social, com ampla participação e amplo controle social. Dessa forma, reconhece as demais políticas e tecnologias existentes visando à equidade e à qualidade de vida, com redução de vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais” (Ministério da Saúde, 2015b, p. 7).

Em outras palavras, a PNPS tem, dentre seus objetivos, a promoção da qualidade de vida e a diminuição da vulnerabilidade ligada aos modos de vida das pessoas, evidenciando fatores determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, como: habitação, trabalho, renda, educação, cultura, moradia e acesso, ambiência e acesso aos bens e serviços oferecidos à população. Nessa política, assegura-se o compromisso com a esfera pública no Pacto em Defesa do SUS, especialmente visando à garantia de dois dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS): a universalidade e a equidade (Ministério da Saúde, 2015b).

Em 2016, no município de Curitiba, Paraná, ocorreu a 22ª Conferência Mundial

de Promoção da Saúde da União Internacional para Promoção da Saúde e Educação - UIPES, quando foram compartilhadas estratégias e resultados de pesquisa, além de reflexões sobre práticas e políticas inovadoras que promovam a saúde e a equidade, em todos os níveis de governança (UIPES, 2016).

Para que a PNPS integre redes de serviço e de responsabilidade entre seus interlocutores e gestores, mantendo foco na qualidade de vida da população, é necessária a conjugação dos modelos de Promoção da Saúde e de Prevenção e Vigilância em Saúde. Tais modelos carecem buscar a corresponsabilização, o vínculo, a intersetorialidade e a integralidade nas ações, objetivando melhores formas de viver e o atendimento de modo resolutivo aos indivíduos, bem como manter diálogo constante com outros setores governamentais, não governamentais, privados e com a sociedade de modo geral. Em síntese, baseando-se nas Cartas de Promoção da Saúde, no âmbito do SUS e da reforma sanitária no Brasil, sob o contexto ampliado de saúde, os modos de vida individual e coletiva devem ser repensados, perante as escolhas e necessidades de todos os envolvidos (Arantes, Borgus, 2015).

Para se repensar nos modos de vida para um modelo mais ampliado de saúde a Educação em Saúde, por sua vez, configura-se como estratégia fundamental para assegurar a participação social, com vistas à concretização da Promoção da Saúde, de forma a capacitar a comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde (Vasconcelos et al., 2012).

Oficialmente está proposto que as intervenções, no âmbito individual, familiar e coletivo, compostas por promoção da saúde, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação de doenças e agravos, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde devam ser viabilizadas no contexto da APS. Tais

ações devem ser desenvolvidas por equipe multiprofissional, em determinada região e para populações bem delimitadas, pelas quais as unidades básicas de saúde (UBS) assumem a responsabilidade (Ministério da Saúde, 2017a).

A APS utiliza tecnologias de baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Deve ser contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Ela orienta-se pelos princípios SUS, relativos à universalidade, integralidade e equidade, valorizando a acessibilidade, o vínculo, a continuidade, a humanização e a participação social. Dessa forma, deve-se considerar o indivíduo/comunidade em sua singularidade, na complexidade, integralidade e inserção sociocultural, na busca da promoção de sua saúde e redução de danos que se apresentem (Ministério da Saúde, 2017b).

Neste sentido, as intervenções em saúde passariam a ter uma perspectiva ampliada baseada na Promoção da Saúde, saindo do foco biológico da doença e considerando a dimensão histórica e social do processo saúde-doença, por meio da priorização de processos, como: a participação social, o empoderamento individual e coletivo, a ação intersetorial, a definição de políticas públicas saudáveis e a reorientação dos serviços de saúde. Entretanto no SUS, as ações baseadas nessas premissas ainda são incipientes, destacando-se ações pautadas no modelo biomédico de saúde, ou seja, modelo médico-centrado, especializado e voltado a ações curativas (Arantes, Borgus, 2015).

Cabe lembrar que, desde 1994, o modelo assistencial a ser adotado como preferencial pela APS no Brasil é o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente foi denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa estratégia tem por objetivo prestar a assistência de forma contínua e integral às famílias adscritas nas UBS, por sua vez, consideradas o núcleo básico de abordagem e

atendimento, possibilitando a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários. Espera-se que com a ESF haja a consolidação da APS, que no Brasil é denominada como Atenção Básica de Saúde (ABS), configurando-se como o ponto de referência do SUS dentro das comunidades, com potencialidade de ampliar a resolutividade nas situações de saúde/doença dos indivíduos (Ministério da Saúde, 2017b).

Segundo o referido modelo assistencial, a política nacional correlata vigente postula que cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, sendo que essa equipe multiprofissional deve ser composta por, no mínimo: um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) que devem ser suficientes para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS. Está prevista, também, a equipe de Saúde Bucal com um cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e um auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (Ministério da Saúde, 2017b).

As principais ações das equipes da ESF compreendem: conhecer a realidade das famílias, bem como intervir nos problemas de saúde mais comuns e situações de risco de seu território, garantindo a continuidade do cuidado através de sua(s) referência(s); realizar os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida; oferecendo atenção integral, de forma contínua e racionalizada à demanda com ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade; discutir, de forma permanente, junto à equipe e à comunidade, o conceito de cidadania, enfatizando os direitos de saúde e as bases legais que os legitimam e incentivar a formação e/ou

participação ativa nos conselhos locais de saúde e no Conselho Municipal de Saúde (Ministério da Saúde, 2017a).

Contudo, no contexto da ESF, ainda existem lacunas a serem preenchidas quanto à inclusão de propostas provenientes do referencial da Promoção da Saúde, como ações intersetoriais efetivas no território de atuação das equipes de saúde, que vão além de intervenções de educação e de mobilização popular, voltadas somente à prevenção de doenças e agravos. Essas ações requerem o redirecionamento da prática clínica dos trabalhadores das equipes de saúde, de forma a evitar complicações que demandem encaminhamentos a serviços de maior complexidade (Arantes; Borgus, 2015).

Destaca-se que a própria PNPS postula que:

“no âmbito da atenção e do cuidado em saúde, a integralidade na Promoção da Saúde passa a ser uma estratégia de produção de saúde que respeita as especificidades e as potencialidades na construção de projetos terapêuticos, de vida e na organização do trabalho em saúde, por meio da escuta qualificada dos trabalhadores e dos usuários, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do adoecimento para o acolhimento de suas histórias e condições de vida” (Ministério da Saúde, 2015b, p.7).

1.2 Promoção da saúde da criança: expectativas quanto ao papel do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família

Nas últimas décadas, têm-se observado transformações nas políticas públicas para fortalecer ações em prol da saúde de crianças brasileiras, com destaque àquelas que visam à redução das taxas de morbimortalidade e à Promoção da Saúde durante a infância (Victoria et al., 2011).

Ainda que as taxas de óbitos infantis no Brasil tenham diminuído - de 29,0 em

2000 para 13,8 em 2015 - permanecem desigualdades regionais e sociais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017), o que reforça os grandes desafios a serem enfrentados pelo país para evitar a morbimortalidade infantil e garantir condições dignas para as crianças crescerem e se desenvolverem de forma saudável.

Dentre as proposições políticas para superar esses desafios, encontra-se a Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1459, de 24 de Junho de 2011. Essa estratégia destaca como aspectos a serem assegurados aos usuários, tanto da APS quanto dos demais níveis de atenção à saúde: acesso, acolhimento e resolutividade da assistência à saúde materno-infantil, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento das crianças, com o acompanhamento por equipe multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2012).

A Política Nacional de Saúde Integral da Criança (PNAISC), proposta em 2015 e atualmente vigente, reafirma a necessidade do fortalecimento de ações de Promoção da Saúde, por meio da atenção integral à saúde da criança, a partir da gestação aos nove anos de idade. Prioriza-se a atenção à saúde na primeira infância (zero a cinco anos) e àquelas de maior vulnerabilidade (Ministério da Saúde, 2015a).

Para garantir a qualificação das ações e serviços de saúde da criança, a PNAISC estrutura-se por sete eixos estratégicos: Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido; Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; atenção integral às crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral às crianças em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura de

paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (Ministério da Saúde, 2015a).

Dessa forma, pretende-se abordar os determinantes sociais e condicionantes para assegurar o direito à vida e à saúde, para efetivamente possibilitar o nascimento e pleno desenvolvimento na infância, a redução de vulnerabilidades e riscos para adoecimento e agravos e a prevenção de doenças crônicas na vida adulta. Essa política propõe dar continuidade a ações já estabelecidas como: ampliação da cobertura da atenção básica, aumento das consultas de pré-natal, melhoria do acesso à vacinação, aumento das taxas de aleitamento materno, aumento do nível de escolaridade da mãe e diminuição da pobreza, que vêm contribuindo para a redução das taxas de mortalidade infantil e de internações por desnutrição, doenças imunopreveníveis como sarampo, difteria, tétano neonatal, poliomielite, varíola, rubéola, meningites; diarreia e pneumonia (Ministério da Saúde, 2015a).

Aos enfermeiros cabe, enquanto membros das equipes multiprofissionais de saúde atuantes na APS, contribuir para a consolidação das ações referidas anteriormente, dentre as demais preconizadas pelas políticas públicas de saúde voltadas à infância, em todo o território nacional. No âmbito da APS, considera-se que esses profissionais têm um importante papel ao realizar no conjunto de suas atribuições atendimentos grupais e individuais voltados às crianças e suas famílias, dentre eles: trabalho de grupos educativos, visitas domiciliares e consultas clínicas. Nesses diversos momentos, espera-se que os enfermeiros da ESF desenvolvam ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e de manutenção, proteção e, especialmente, de Promoção da Saúde da Criança

(Medeiros et al., 2013, Ministério da Saúde, 2012, 2015a, 2017a).

Há evidências de que tanto os próprios profissionais de enfermagem, quanto os usuários dos serviços de saúde vêm reconhecendo a importância do papel dos enfermeiros, ao possibilitar melhores cuidados às crianças em relação às ações apontadas anteriormente (Vasconcelos et al., 2012).

Tem-se, assim, a expectativa de que os enfermeiros possam contribuir para a Promoção da Saúde da Criança, com vistas à redução das taxas de morbimortalidade, atuando nos aspectos referentes à ampliação da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto, puerpério, ao recém-nascido e infância. Esses aspectos são expressos nas principais linhas de cuidado preconizadas pelo MS (Ministério da Saúde, 2012, 2015a).

Torna-se válido ressaltar, que para o acompanhamento da progressão do processo de crescimento e desenvolvimento infantil, além de outros referenciais, a Enfermagem deve se apoiar em marcos teóricos e metodológicos próprios da profissão. Assim, pode-se realizar o cuidado individualizado ou coletivo, priorizando a saúde integral da criança, em função das condições de vida de sua família e da sociedade onde está inserida. Na puericultura, propõe-se que os enfermeiros invistam tempo nas ações de Promoção da Saúde, como também detectem precocemente as mais diversas alterações nas áreas do crescimento, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, dentre outras (Yakuwa et al., 2015; Gasparino et al., 2013).

A adoção do modelo assistencial da ESF, anteriormente apresentado, ampliou as possibilidades para os enfermeiros realizarem atendimentos clínicos com maior frequência (Matumoto et al., 2011), dividindo com o profissional médico as ações de Puericultura. Essas ações são fundamentais para possibilitar a integralidade e a

longitudinalidade da atenção à saúde da criança, incluindo aquelas de Promoção da Saúde da Criança. Especificamente, os atendimentos previstos para a realização da Puericultura na ESF são: atendimentos e consultas clínicas às crianças de risco e de risco habitual, reuniões comunitárias, realização de grupos educativos com as próprias crianças e seus familiares/responsáveis, visitas domiciliares, dentre outros. Nesses momentos devem ser realizados cuidados básicos à saúde da criança e acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil, na perspectiva da Vigilância em Saúde, favorecendo, inclusive, o vínculo entre a família e a unidade de saúde (Yakuwa et al., 2015).

Ainda em relação à Puericultura realizada no âmbito da ESF, têm-se observado que nem todos os enfermeiros se percebem aptos e, alguns, tampouco realizam os referidos atendimentos de modo rotineiro. Contudo, sabe-se que eles são capazes de promover mudanças, tanto no que se refere à prevenção, detecção e reabilitação de doenças, quanto à Promoção da Saúde, mudanças essas inerentes não somente à criança, mas também, a sua família, repercutindo na melhoria dos dados epidemiológicos (Gasparino et al., 2013).

Por meio do desenvolvimento de ações educativas efetivas e de sensibilização que enfatizem a atenção integral à saúde da criança, a comunicação com a família e a capacitação para o autocuidado, ultrapassando a técnica, sem restrição do atendimento a queixas e/ou ações dos outros profissionais, evidencia-se o papel social transformador da Enfermagem (Monteiro et al., 2011a).

O modelo tradicional, biologicista, focalizado na doença, individualizado e medicalizante, apresenta como características de Promoção da Saúde, ações educativas individuais, com informações verticalizantes que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. De outro modo, o modelo ampliado

da Promoção da Saúde, que desponta com a reorientação do modelo assistencial do SUS, apresenta o diálogo como instrumento principal, dando vez e voz aos usuários, considerando nas ações da Educação em Saúde, os seus conhecimentos, crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem. Assim, os mesmos são envolvidos nessas ações, assegurando a sustentabilidade e efetividade do cuidado em saúde, visando à satisfação de suas demandas e necessidades de saúde (Monteiro et al., 2011b).

Quanto às necessidades a serem satisfeitas no âmbito da Promoção da Saúde da Criança, têm-se proposto o quadro conceitual das Necessidades Essenciais das Crianças, desenvolvido por Brazelton e Greenspan (2002), que se configuram como: Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos; Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação; Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais; Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento; Necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas; Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural (Mello et al., 2014).

Especificamente, tais Necessidades Essenciais das Crianças consistem em:

- ✓ Necessidade de relacionamentos sustentadores contínuos: atendida especialmente pela presença da pessoa principal que permite que a criança estabeleça vínculo. Nessa relação, a criança precisa se sentir querida e amada, assim ela desenvolve sua segurança emocional;
- ✓ Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação: seu atendimento engloba a promoção e manutenção da integridade corporal, bem como a prevenção e o tratamento de agravos. Incorpora, também, a proteção contra a

exposição a agentes nocivos. É a combinação desses fatores que proporciona a segurança física da criança;

- ✓ Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais: considerando que cada criança é única, é inadequado oferecer cuidados padronizados e rígidos. É essencial respeitar a individualidade de cada uma, considerando, assim, sua singularidade;
- ✓ Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento: ao oferecer estímulos às crianças, deve-se considerar a etapa do processo do desenvolvimento vivenciado;
- ✓ Necessidade de estabelecimento de limites, organização e expectativas: é preciso estabelecer limites, reconhecer e estimular as realizações das crianças, pois isso promove a disciplina, bem como o estabelecimento de objetivos a serem atingidos por elas;
- ✓ Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural: seu atendimento leva a criança a adquirir o sentimento de pertencer a um grupo, seja familiar ou comunitário (Brazelton, Greenspan, 2002).

Reforçando o referido anteriormente, os atendimentos clínicos realizados por enfermeiros da ESF às crianças e suas famílias, configuram-se como momentos privilegiados para a Promoção da Saúde da Criança, possibilitando a satisfação dessas necessidades.

Entre os tipos de atendimento clínico, merece destaque a consulta de enfermagem, que como uma das ações privativas do profissional enfermeiro, realiza-se por meio de métodos e estratégias científicas de trabalho para a identificação das situações de saúde-doença, subsidiando ações de assistência que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do

indivíduo, família e comunidade (Cofen, 2009). Em âmbito individual, esse tipo de atendimento, possibilita o acompanhamento clínico das mudanças no estilo de vida, tão necessárias para o controle da doença, bem como é oportunidade para se reforçar as orientações para o autocuidado (Manzini; Simonetti, 2009).

A consulta de enfermagem pediátrica pode ser composta por quatro etapas: levantamento de dados, que envolve a entrevista e o exame físico; diagnóstico de enfermagem, que envolve a avaliação dos dados levantados; prescrição de enfermagem, que inclui as propostas de cuidados de enfermagem e, por fim, sua evolução, baseada nas consultas de enfermagem posteriores, analisando a evolução da situação de saúde da criança e sua família (Ribeiro, Ohara, Saporoli, 2009).

Em coerência às principais linhas de cuidados de atenção integral à saúde da criança (Ministério da Saúde, 2012, 2015a), ainda no sentido de sistematizar as consultas de enfermagem na perspectiva do cuidado integral, as avaliações diagnósticas de enfermagem, relativas às demandas e necessidades de saúde infantil, podem estar subdivididas nas seguintes áreas: Crescimento; Desenvolvimento neuropsicomotor; Alimentação/Hidratação; Eliminação; Sono/Repouso, Recreação/Estimulação, Higiene física/Higiene bucal; Vacinação/Outras Profilaxias; Integridade psicossocial e familiar e Agravos físicos. Em consequência, as propostas de cuidados carecem manter correspondência com essas áreas diagnósticas, configurando-se em diferentes possíveis tipos de intervenção de enfermagem, conforme a situação apresentada.

Ainda sobre a consulta de enfermagem, cabe destacar que os registros dos cuidados realizados são dos mais importantes instrumentos de comunicação, validação e avaliação da qualidade de atuação dos enfermeiros. Porém, há muitos

registros que necessitam de conteúdos científicos, de consistência e observa-se que muitas vezes, os enfermeiros não dão o valor devido aos registros e desta forma não realizam uma adequada atenção à saúde da criança (Matsuda et al., 2006).

Assim, torna-se indispensável para que haja acompanhamento adequado das crianças o registro dos diagnósticos de enfermagem e das outras etapas realizadas na consulta de enfermagem, pois sem as devidas informações, essa atividade perderá o seu significado. Ou seja, não haverá parâmetros para avaliar se a criança está crescendo e se desenvolvendo dentro dos padrões esperados, nem tampouco se ela está usufruindo das ações previstas, tanto para a promoção de sua saúde quanto para a prevenção e tratamento diante das doenças e agravos a que forem expostas.

Os registros devem ser completos, claros, objetivos e concisos, a fim de que sejam compreensíveis a qualquer outro profissional (Oliveira, Cadette, 2009).

Como outro tipo de atendimento clínico a ser realizado no contexto da ESF, cabe considerar a visita domiciliar. Santos e Morais (2011) afirmam que se houver o estabelecimento de vínculo em uma relação horizontalizada entre os profissionais e as mães/responsáveis pelas crianças, esta atividade poderá contribuir para a integralidade do cuidado prestado na prática clínica dos enfermeiros e demais membros da equipe de saúde da família. Dessa forma, têm-se a oportunidade do desenvolvimento integrado de ações de prevenção de doenças, de promoção da saúde, além das atividades curativas e de reabilitação.

De modo geral, observa-se que a atuação dos enfermeiros na ABS, ao lado de outros membros das equipes de saúde, vem se centrando no modelo biomédico hegemônico, privilegiando práticas prioritariamente curativas, fragmentadas e de baixa resolutividade; mesmo que existam inúmeros esforços por parte desses

profissionais na busca da Promoção da Saúde e da integralidade do cuidado infantil (Novaczyki, Dias, Gaíva, 2008), revelando que deve haver transformações no setor de saúde como um todo para a reversão dessa realidade.

Sob o ponto de vista das políticas públicas brasileiras voltadas à Saúde da Criança, como já apresentado, os avanços e conquistas se encontram em um movimento de mudança paradigmática para o modelo de construção de redes, da integralidade do cuidado. Cabe, então, investir em propostas concretas nas realidades locais, para que haja a consolidação das ações de promoção e prevenção em saúde, com vista à melhor qualidade de vida dessa população (Araújo et al., 2014).

Levando em consideração o que foi exposto, este estudo pretendeu responder a seguinte questão: *Como vem se dando a inserção das premissas da Promoção da Saúde da Criança nos cuidados de enfermagem no contexto da ESF de um município do interior paulista?*

Espera-se, assim, obter subsídios para qualificar o cuidado em saúde de crianças usuárias de unidades básicas de saúde que adotam o modelo da ESF, valorizando ações de Promoção da Saúde, com vistas a fortalecer vínculos e a criar laços de compromisso e corresponsabilidade entre os enfermeiros, crianças e suas famílias para essa finalidade.

OBJETIVO

2 Objetivo

2.1 Objetivo Geral

Analisar as concepções e experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, no que se refere à incorporação das premissas da Promoção da Saúde nos cuidados realizados com crianças e suas famílias.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Apreender as concepções dos enfermeiros acerca da Promoção da Saúde, com destaque àquela voltada às crianças.
- ✓ Descrever as experiências dos enfermeiros nos cuidados realizados junto às crianças e suas famílias, em especial quanto às dificuldades e às facilidades encontradas para realizar a Promoção da Saúde.
- ✓ Relacionar os problemas levantados, as avaliações diagnósticas e as propostas de cuidados elaboradas nos atendimentos clínicos pediátricos, com as premissas da Promoção da Saúde da Criança.

ASPECTOS METODOLOGICOS

3. ASPECTOS METODOLOGICOS

3.1 Tipo de Estudo

Para a realização deste estudo, empregou-se método misto, baseado na combinação integrada de abordagem qualitativa e quantitativa de pesquisa (Creswell, 2010). Para isso, pois, integradamente, foi realizado estudo qualitativo exploratório a respeito desse tema, na perspectiva dos enfermeiros atuantes na ESF, bem como estudo quantitativo transversal e descritivo sobre os registros dos atendimentos em consultas de enfermagem e visitas domiciliares, relacionadas à Promoção da Saúde da Criança.

A pesquisa qualitativa procura esclarecer processos sociais que ainda são pouco conhecidos, captando aspectos subjetivos de determinada realidade social. Deste modo, o propósito e a indicação final desse tipo de abordagem é proporcionar a compreensão da história, de percepções, pensamentos, opiniões de indivíduos inseridos nesta realidade, a fim de construir e/ou revisar novas abordagens, conceitos e categorias referentes ao fenômeno estudado (Minayo, 2014).

Os estudos quantitativos apropriam-se da análise estatística para o levantamento dos dados, se valendo de pesquisas exploratórias quando é essencial o diagnóstico inicial de uma situação (Figueiredo, 2009).

O crescente emprego de métodos mistos se relaciona à constante evolução que o campo da pesquisa vem sofrendo no sentido de reconhecer a importância de se constituir uma abordagem de problemas de pesquisa que procura utilizar os pontos fortes de ambas as metodologias (quantitativa e qualitativa). Dessa forma, tem-se uma metodologia que não só dê resposta a problemas complexos, como contemple a diversidade de aspectos multidisciplinares envolvidos (Creswell, 2010).

3.2 Local da Pesquisa

Como local da pesquisa optou-se pelo município de Assis, localizado no interior paulista, localizado na região do centro-oeste do Estado de São Paulo, que tem área de 460.609 km², com uma população estimada, em 2017, de 99.001 habitantes. Em 2015, foram 1.260 nascidos vivos, havendo 13 óbitos em menores de um ano de idade e sete óbitos fetais, com taxa de mortalidade infantil de 10,3 por mil nascidos vivos. Essa taxa mostra-se semelhante a do Estado de São Paulo, que no mesmo ano foi de 10,7 por mil nascidos vivos. Dados de 2016 revelam que, no município em foco, 81,8% das mães tiveram sete ou mais consultas de pré-natal, de todos os partos ocorridos, 74,7% foram cirúrgicos, sendo que, no Estado de São Paulo, ocorreram 59,4% de partos por essa via. Em 2015, em Assis/SP, 7,7% dos nascimentos foram de recém-nascidos de baixo peso e 9,9% de recém-nascidos prematuros, enquanto no Estado de São Paulo foram de 9,15% e de 10,63%, respectivamente. Destaca-se que nesse mesmo ano, a taxa da mortalidade na infância foi de 10, 1% e no Estado de São Paulo, essa taxa foi de 12,6% por mil nascidos vivos (SEADE, 2017).

Atualmente, o município de Assis/SP dispõe de 19 unidades prestadoras de serviços de APS, sendo sete UBS e 12 USF que operam sob o modelo da Estratégia Saúde da Família (USF). As UBS são: UBS Bonfim, UBS Central, UBS Fiúza, UBS Jardim Paraná, UBS Maria Izabel, UBS Vila Operária e UBS Vila Ribeiro; as USF são: USF Bela Vista, USF Cohab IV, USF Jardim Eldorado, USF Jardim III Américas, USF Parque Universitário, USF Parque Colinas, USF Rural, USF Vila Cláudia, USF Glória, USF Progresso, USF Prudenciana e USF Vitória.

Cabe ressaltar que nesse município, no ano de 2012, foi proposto o Projeto

Germinar, a partir das premissas da Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2011), para intensificar o fluxo de atendimento da Linha de Cuidado da Criança. Esse projeto, ainda em curso, apresenta como objetivo amparar à gestante e à criança recém-nascida com cuidados de equipe multidisciplinar de saúde. Segundo esse projeto, os cuidados da criança após o nascimento deverão ser inicialmente feitos ainda na maternidade e, em seguida, o acompanhamento será realizado na unidade de saúde de referência para a família. Para os dois primeiros anos de vida, são previstos atendimentos individuais e coletivos com a equipe multiprofissional, sendo previstos, pelo menos, três atendimentos individuais por enfermeiro, três atendimentos individuais por médico e quatro atendimentos coletivos (grupos educativos). Esses atendimentos devem incluir: acolhimento, orientações quanto ao aleitamento materno e cuidados básicos com o recém-nascido, vacinação, teste do pezinho, teste da orelhinha e imunização, priorizando a realização da vacina BCG para o recém-nascido e vacina tríplice viral para as puérperas, além da vigilância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (Assis, 2012).

3.3 Participantes, Procedimentos de Coleta e de Análise dos Dados

3.3.1 Etapa Qualitativa

A etapa qualitativa deste estudo teve como participantes todos os enfermeiros atuantes há pelo menos um ano nas USF do município de Assis/SP. Essa opção foi tomada por considerar que assim, haveria um número correspondente de enfermeiros por USF pesquisada, sendo que os dados constantes nos prontuários

das crianças participantes na etapa quantitativa, em grande parte, foram produzidos por eles mesmos.

A coleta de dados qualitativos foi realizada por meio de entrevista do tipo semiestruturada, em horários combinados com cada enfermeiro para não interferir na rotina das atividades da unidade. As questões pré-elaboradas permitiram caracterizar o grupo de enfermeiros participantes do estudo, bem como apreender suas concepções e experiências na Promoção da Saúde da Criança no âmbito da ESF (Apêndice 1). Esses dados foram sistematizados segundo técnicas de análise de conteúdo propostas por Lawrence Bardin, vertente Temática (Bardin, 2011), sendo analisados com base nas premissas da Promoção da Saúde da Criança.

A Análise Temática permite, ao recortar as unidades de registro, a partir do conteúdo dos depoimentos obtidos, descobrir os núcleos de sentido que compõem esses depoimentos, cuja presença signifique o objeto analítico visado, por temas de análise (Minayo, 2014). O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado que é graficamente apresentado através de uma palavra, de uma frase ou de um resumo. Operacionalmente, esse processo analítico se dividiu em três partes:

1. Pré-análise: consistiu na leitura flutuante dos depoimentos coletados nas entrevistas, permitindo a constituição do *corpus* e a formulação e reformulação dos pressupostos e objetivos desta pesquisa, a partir da configuração das unidades de registros que compuseram a comunicação analisada. Nesse momento, foi necessário revisar os objetivos desta pesquisa e confirmar o seu foco.
2. Exploração do material: realizou-se a operação classificatória com o intuito de alcançar o núcleo de compreensão do texto pela categorização, que é um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas, que fazem

sentido ao que se pretendeu responder com a pesquisa. Desta forma, emergiram os núcleos de sentido como categorias temáticas;

3. Tratamento dos resultados obtidos e Interpretação: os resultados brutos foram submetidos a operações que permitiram colocar em relevo as informações obtidas. Nesse momento se propôs inferências e interpretações, inter-relacionando com o quadro teórico-conceitual, que no caso desta pesquisa foram as premissas da Promoção da Saúde da Criança (Bardin, 2011).

3.3.2 Etapa Quantitativa

Para a configuração dos participantes da etapa quantitativa, primeiramente, foi realizado o levantamento do total de crianças cadastradas e em acompanhamento em cada USF, considerando aquelas nascidas entre 28 de Fevereiro de 2015 a 27 de Fevereiro de 2017. Posteriormente, realizou-se o cálculo amostral geral do município e estratificado por USF, obtendo-se uma amostra probalística para análise de seus prontuários. Desse modo, considerando que o total dessas crianças no município era de 621, calculou-se o tamanho da amostra usando a prevalência de 50%, com uma margem de erro de 5%, com 95% de confiança, sendo obtido o número de 238 crianças, corrigido pela população finita e estratificado por USF.

O Quadro 1 apresenta a quantidade total e por USF do município de Assis/SP de crianças nascidas entre 28 de fevereiro de 2015 a 27 de fevereiro de 2017, cadastradas e em acompanhamento, amostradas e incluídas na pesquisa.

Quadro 1 - Distribuição de crianças cadastradas, amostradas e incluídas na presente pesquisa por USF. Assis, 2017

USF	Crianças Cadastradas e em Acompanhamento	Cálculo Amostral	Crianças Incluídas
ESF 1: Jardim Eldorado	110	42	42
ESF 9: Vitória	78	30	30
ESF11: Bela Vista	68	26	26
ESF 12: Parque Universitário	66	25	22
ESF 3: Prudenciana	61	23	23
ESF 2: Parque Colinas	51	20	20
ESF 8: Jardim América III	51	20	20
ESF 4: Vila Cláudia	45	17	11
ESF 6: Vila Glória	36	14	12
ESF 7: COHAB	31	12	7
ESF 5: Vila Progresso	22	8	8
ESF 10: Rural	2	1	1
Total	621	238	222

Destaca-se que não houve a inclusão de 16 crianças devido à falta de registros de enfermagem em seus prontuários.

Os dados quantitativos foram coletados a partir dos prontuários das 222 crianças incluídas neste estudo e de suas mães, com base em roteiro previamente estipulado para registrar características das crianças atendidas e dos atendimentos clínicos realizados, com destaque aos motivos/queixas apresentadas, avaliações diagnósticas e propostas de cuidados elaboradas em consultas de enfermagem e visitas domiciliares (Apêndice 2).

A opção por priorizar os referidos atendimentos clínicos, realizados por enfermeiros no âmbito das ESF, deveu-se ao fato de existirem registros em prontuários sobre os mesmos, elaborados por esses profissionais, com chance de serem identificados registros sobre ações voltadas à Promoção da Saúde da Criança. Apesar de ter sido procurada, não se verificou tal condição para outros atendimentos realizados, tais como em grupos educativos ou outros em que se realizam procedimentos profiláticos, diagnósticos e de tratamentos.

Os dados coletados foram digitados em planilha no software Excel, utilizando o Programa SAS System versão 9.3, com sistematização e análise descritiva da frequência absoluta e relativa das variáveis estudadas: sociodemográficas, condições obstétricas e de nascimento e características dos atendimentos clínicos pediátricos em foco.

As variáveis eleitas, cujos dados foram encontrados nos prontuários das 222 crianças estudadas consistem em:

Realização do pré-natal (sim/não)

Local do pré-natal (USF, UBS, USF e UBS, alto risco HRA, serviço privado e outros)

Idade gestacional de início de pré-natal (primeiro trimestre, segundo trimestre, terceiro trimestre)

Local do parto (hospitalar/domiciliar/outro)

Tipo de parto (vaginal/cirúrgico)

Idade materna no parto (<18 anos/≥ 18anos)

Idade gestacional ao nascer (< 37 semanas/≥ 37 a < 42 semanas/≥ 42 semanas)

Peso ao nascer do recém-nascido (< 2500 gramas/≥ 2500 gramas)

As variáveis relativas aos 626 atendimentos clínicos pediátricos que foram estudados consistem em:

- ✓ Tipo de atendimento clínico (consulta de enfermagem de rotina/consulta de enfermagem eventual/visita domiciliar).
- ✓ Queixas e motivos (sinais, sintomas e outros parâmetros clínicos alterados//acompanhamento de patologias e agravos/outros motivos)
- ✓ Áreas diagnósticas (avaliação diagnóstica de promoção da saúde e avaliação diagnóstica voltada a um problema ou risco).
- ✓ Áreas de intervenção (orientação/execução/encaminhamento, agendamento e

solicitação de exames de rotina/outras).

Conforme a obtenção dos resultados das três últimas variáveis acima foi realizada a análise da correspondência das mesmas às necessidades Necessidades Essenciais das Crianças de Brazelton e Greenspan (2002): Necessidades de relacionamentos sustentadores contínuos; Necessidade de proteção física, segurança e regulamentação; Necessidade de experiências que respeitem as diferenças individuais; Necessidade de experiências adequadas ao desenvolvimento; Necessidade do estabelecimento de limites, organização e expectativas; Necessidade de comunidades estáveis e amparadoras e de continuidade cultural (Mello et al., 2014) mais frequente dentro deste contexto.

3.4 Aspectos Éticos

O Projeto de Pesquisa seguiu as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP, número CAAE: 62023816.6.0000.5411 (Processo nº 1.851.368) (Anexo 1).

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 3). Destaca-se que para a obtenção dos dados nos prontuários das crianças e de suas mães, foi solicitada e concedida a dispensa da assinatura do TCLE, devido ao tempo transcorrido entre o registro das informações e a época da coleta dos dados desta pesquisa, o que dificultaria a localização desses indivíduos.

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Na etapa qualitativa, foram realizadas entrevistas com 11 enfermeiros atuantes em UBS da ESF do município de Assis/SP, sendo que uma dessas unidades encontrava-se há aproximadamente sete meses sem esse profissional, devido à aposentadoria e ainda não havia sido providenciado o contrato de outro, em reposição.

O grupo de enfermeiros entrevistados se caracterizou pela maioria ser do sexo feminino, com somente um do sexo masculino. A faixa etária variou de 30 a 50 anos. O tempo de formação na graduação em enfermagem foi de oito a 26 anos. Todos os enfermeiros estavam atuando na ESF do município em estudo minimamente há cinco anos. Quanto a cursos de pós-graduação, dois participantes fizeram apenas uma especialização *latu sensu*, enquanto os demais fizeram duas ou mais especializações, sendo que nenhum deles relatou ter realizado curso de pós-graduação *stricto sensu*. Os cursos concluídos foram em diferentes áreas do conhecimento de saúde e de enfermagem, com destaque àqueles voltados à área da Saúde da Família, sendo oferecidos por diferentes instituições do Estado de São Paulo e do Paraná, públicas ou privadas, com maior frequência daquelas vinculadas a propostas de educação permanente, com subsídios do Ministério da Saúde.

Apresenta-se, inicialmente, o Quadro 2 com a síntese dos temas e núcleos de sentidos relativos aos depoimentos coletados.

Quadro 2 - Temas e respectivos núcleos de sentido que emergiram dos depoimentos dos enfermeiros participantes do estudo. Assis, 2017

1º Tema: Concepções sobre Promoção da Saúde da Criança
Promoção do autocuidado frente a determinantes de saúde, de forma proativa, visando melhor qualidade de vida
Inclusão da avaliação das situações individuais e coletivas de vulnerabilidade
Ações que contemplam a integralidade do cuidado em saúde
Ações preventivas e de tratamento, com vistas à redução da morbimortalidade infantil
2º Tema: Estratégias recomendadas para a Promoção da Saúde da Criança
Ações de educação em saúde em diferentes temas, incluindo a interação com a própria criança
Estabelecimento de vínculo com a família
Comprometimento da equipe com o trabalho na unidade, o trabalho intersetorial, em rede e em ações com outros profissionais e serviços, especialmente com as escolas
3º Tema: Momentos e espaços para realizar a Promoção da Saúde da Criança
Sempre que houver oportunidade, nos diversos atendimentos de saúde materno-infantil
4º Tema: Desafios para se realizar a Promoção da Saúde da Criança
Preferência pelo atendimento pediatria
Situações de vulnerabilidades: condições familiares e sociais adversas
Carência de recursos materiais, organizacionais e de educação permanente

Na sequência, os citados temas e núcleos de sentido são apresentados, associados a exemplos de recortes de depoimentos obtidos. No intuito de manter a privacidade dos participantes e sigilo sobre seus depoimentos, os mesmos seguem identificados, quando pertinente, com as siglas e números que lhes foram designados no início da pesquisa: E1, E2... E11.

Tema 1: Concepções sobre Promoção da Saúde

Inicialmente, procurou-se explorar como os participantes do estudo conceituavam Promoção da Saúde, configurando-se quatro núcleos de sentido.

Para os enfermeiros, a Promoção da Saúde consiste na ***promoção do autocuidado frente a determinantes de saúde, de forma proativa, visando***

melhor qualidade de vida:

Promoção da Saúde para mim, eu defino como se fosse uma capacitação das pessoas para modificarem os determinantes da saúde, em benefício da própria qualidade de vida. E2

São ações que vão interferir na qualidade de vida do indivíduo e, para isso, você vai ter que trabalhar os condicionantes e os determinantes de saúde. E3

Para mim, Promoção a Saúde é oportunizar o acesso ao desenvolvimento de conhecimentos, de habilidades e destreza para o autocuidado... Acho que não é só passar informação, porque com as redes sociais se tem muita informação disponível, mas de fonte não confiável, e as pessoas acessam. E5

Bom, Promoção da Saúde são todas as ações que a gente realiza para levar o paciente a ter uma qualidade de vida. Na realidade, vejo primeiramente que a gente deva buscar que o próprio paciente se aproprie do que sejam promoção e prevenção de saúde. Só assim a gente vai conseguir fazer alguma movimentação. Porque ele [usuário] tem que estar inserido de fato nesse processo de Promoção da Saúde, porque se a gente não consegue fazer com que ele seja o ator... Com o coadjuvante desse processo, a gente não consegue nenhum resultado. E4

Para a Promoção da Saúde, segundo os enfermeiros, se faz necessária a **inclusão da avaliação das situações individuais e coletivas de vulnerabilidade** daqueles que residem no território onde atuam, permitindo a detecção de diversos fatores que comprometem a saúde desta população, possibilitando assim, a proposição de melhorias:

Mas, para que isso [Promoção da Saúde] ocorra é necessário fazer uma avaliação no território, de culturas, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade. E2

Você tem que estar vendo como o indivíduo tem condições para melhorias das condições de vida dentro do seu domicílio, do seu território, da sua cidade e do seu país. Você tem que estar vendo quais as necessidades que existem, no território, no indivíduo. E, nós temos territórios diferentes, cada território tem uma característica. Tem território que não tem muitas

crianças e territórios que as crianças têm lazer, os pais têm trabalho, os pais têm condições de dar o melhor para as crianças. E tem territórios que você vê que eles não têm condições, nem emocionais, para estar lidando com a criança, nem cultural, nem financeira e tudo isso vai deteriorando a saúde da criança, desde a saúde mental até a orgânica e uma reflete na outra. E8

Os enfermeiros também relacionaram a Promoção da Saúde às **ações que contemplam a integralidade do cuidado em saúde:**

Na realidade, acho que a Promoção da Saúde é que você consiga atingir os objetivos que você quer alcançar em relação à população que você trabalha, através de ações que tragam benefícios no biopsicossocial... Ver o indivíduo como um todo. E1

Então, Promoção da Saúde para mim é uma coisa ampla, complexa e que você tem que estar fazendo sempre, porque a saúde não é só a ausência de doença. Ela é um bem estar biopsicossocial. E8

Para mim, [a Promoção da Saúde] vem buscar atender o paciente como um todo. E10

É promover a atenção integral à saúde da criança. E2

As concepções sobre Promoção da Saúde apreendidas junto aos enfermeiros também a correlacionaram à **prevenção e tratamento de doenças para reduzir a morbimortalidade infantil:**

...realizar ações que favoreçam acesso e diminuam a mortalidade e morbidade. E4

Evitando ficar doente, são as ações que a gente precede o estado de doença do paciente. E5

São ações voltadas em evitar que as pessoas fiquem doentes... E7

Então, a meu ver, a Promoção da Saúde entra nos parâmetros de prevenção. E11

Buscando sempre uma resolutiva, para o paciente, do problema que ele veio buscar tratar. Eu acho que é isso mesmo. E10

Tema 2: Estratégias recomendadas para promover a saúde da criança

O segundo tema buscou analisar as estratégias para promover a saúde da criança, configurando-se três núcleos de sentido.

Os participantes destacaram a facilidade das crianças no aprendizado de questões relacionadas à promoção de sua própria saúde e de suas famílias, reforçando a possibilidade de se realizar **ações de educação em saúde em diferentes temas, incluindo a interação com a própria criança:**

E, assim, a gente acaba trabalhando com fantoche, acaba fazendo grupos de uma forma bem tranquila e lúdica, para melhorar mesmo a nossa comunicação e eles [crianças] entenderem de uma forma, assim, brincando a gente acaba ensinando eles. Como trabalhamos com os fantoches, eles vão aprendendo brincando. E2

Existem muitos momentos que aqui a gente aprende muito com essas crianças. Você vai falar de saúde alimentar e eles te trazem uma pergunta muito além do que você acha que você vai atingir eles importante. E3

... tudo que você passa para criança, ela capta de uma forma muito bem mais ágil do que um adulto e você está fazendo uma Promoção da Saúde naqueles que vão desde pequeno, ter essa visão e que vão levar para o resto da vida... Muitas vezes, as crianças é que passam para os adultos alguma coisa: 'Você está fazendo errado! Olha, não pode deixar água parada!' Por exemplo, em relação à dengue. ...A ação da saúde infantil, ela tem que ser dinâmica. Uma das coisas que chama a atenção é você fazer com que ela realmente consiga entender o que você está passando. Então, a forma, a linguagem que você usa tem que estar direcionada pra ela, ela tem que estar prendendo a atenção em relação ao que você está falando. E, assim, sempre quando a gente faz trabalho com criança é com tema que ela também consiga estar desenvolvendo junto com a equipe, junto com as pessoas que estão ali trabalhando essa ação com ela. E1

...realizando os programas de educação em saúde, a fim de ensinar a população a se cuidar. E a gente aproveita muito desse momento para atingir as ações, sejam de higiene pessoal, variados assuntos até na adolescência. E6

O **estabelecimento de vínculo com a família** foi estratégia enfatizada como forma de aproximação entre famílias e equipes para melhores resultados em Promoção da Saúde das crianças:

Bom, na ESF, acho que precisa melhorar vínculo com as famílias... envolvendo mais suas famílias. E2

Então, nessas ações, a gente vê que você estar perto [...] você consegue melhor resultados criando vínculo com essas famílias. E3

...o vínculo com as mães. Conforme você passa um tempo na unidade você vai conhecendo... Não são todas, mas acho que a grande maioria, a gente acaba tendo um vínculo que com ela... Desde o pré- natal, que isso é muito importante. Muitas ainda querem depois, passar no pediatra [serviço de referência], mas acabam voltando ou passam nos dois locais. E já tivemos mães com convenio médico, que passavam no convenio e não abriam mão de passar também na USF. E9

O **comprometimento da equipe com o trabalho na unidade, o trabalho intersetorial e em rede, em ações com outros profissionais e serviços, especialmente com as escolas** também, foi lembrado como necessário para viabilizar as ações de Promoção da Saúde da Criança que podem ser desenvolvidas:

A minha experiência aqui tem sido boa, graças a Deus! A gente tem uma equipe comprometida com o trabalho e tem, assim, todas as crianças na palma da mão. E5

A gente faz parceria com o CEU [Centro de Esportes Unificados] ou com todo o CRAS da área de abrangência... E6
Acho que a escola é um fator, é um local muito importante, onde você tem toda a passagem da criança: do desenvolvimento intelectual, emocional... O professor é um instrumento que auxilia muito a saúde. Qualquer alteração que ele perceba, ele está muito mais próximo da criança e em um tempo muito maior, ele pode trazer para gente. Então, sempre a gente tem que trabalhar em conjunto com escolas, porque lá se está vendo essa criança de uma maneira global. Você ter

outros projetos também, que a gente desenvolve junto com a escola ou a busca ativa de Tracoma ou tratamento de verminose, que facilita para a mãe e não ter que ir para consulta, se na escola ela já tendo um tratamento preventivo.

E8

Ter um psicólogo próximo ajudaria muito nas ações infantis, porque você teria um profissional com uma segurança em diagnosticar, detectar e ajudar a tratar esses fatores que interferem muito no desenvolvimento da personalidade da criança, no emocional. Porque todos esses fatores que a gente tem ambientais, socioeconômicos, emocionais vão refletir. E esse profissional é muito importante ter na Estratégia Saúde da Família. Tem a referência, mas é muito distante de você e o vínculo que a criança tem com a unidade, você vendo ela, lidando ali, se comportando ali com a gente. E8

Quando nós fazemos esses trabalhos com as nossas crianças dentro das escolas, a facilidade é a parceria. A criança acaba chegando na casa dela e cobrando os pais de trazê-las aqui. Como eu disse, quando a criança está na fase de estar frequentando a escola é bem mais fácil trabalhar com ela. E2

Uma coisa que deu muito certo foi o apoio do NASF. Esse apoio deles, a gente conseguiu fazer uma rede intersetorial de saúde. Então, um pode fazer isso, o outro pode fazer aquilo e aí a gente consegue realizar essas ações e não fica dependendo só de uma pessoa, de um equipamento só. Nós conseguimos também levantar todos os equipamentos que a gente tem aqui no nosso bairro de promoção de saúde. Um trabalho bem legal na rede intersetorial. E a gente viu que a gente tem muitas potencialidades aqui. E a gente tem começado a trabalhar com isso, e pretende continuar. Em várias ONGS o pessoal que trabalha com criança está disponível... A gente tem também os alunos de medicina e enfermagem, que fazem os estágios e tem muitos que também se identificam com isso. Eu acho que é um estímulo: são pessoas que podem ajudar... E3

Nas creches da área de abrangência, envolvendo os pais, os professores, os facilitadores das creches e também junto às escolas. E6

Em uma perspectiva ampliada, ao mesmo tempo, os enfermeiros enfatizaram a necessidade do trabalho intersetorial e em rede, devido à natureza e à complexidade dos possíveis determinantes e às ações para atender às necessidades de saúde das

crianças e de suas famílias, tanto individuais quanto coletivas:

Para você fazer isso [Promoção da Saúde] só com ações intersetoriais, com equipes de apoio. Sozinho eu acredito que é bem mais difícil. E3

Você tem crianças com alterações emocionais devido a sua infância, a sua convivência com a própria família, com a sociedade. A necessidade, às vezes, não é só social, mas é afetiva. Então, você tem um desenvolvimento de criança já prejudicado desde o início da formação, desde a gravidez indesejada... Então as ações têm que ser mesmo mais amplas. E8

...é trabalhar a intersectorialidade. Então, com creches, escolas, CRAS que a gente, muitas vezes, acessa pra fazer discussão de casos, Conselho Tutelar. Então, é uma rede, trabalhar em rede... E9

Então eu acho é que deveria ter uma rede com maiores condições para você lidar com os problemas das crianças que são muitos. E9

Tema 3: Momentos e espaços para realizar a Promoção da Saúde da Criança

Associados a esse tema emergiu um núcleo de sentido.

Os enfermeiros apontaram a possibilidade de se promover a saúde da criança, ***sempre que houver oportunidade, nos diversos atendimentos de saúde materno-infantil***, ou seja, em todos os momentos e locais do encontro do profissional com as crianças e suas famílias, independentemente se de forma coletiva ou individual, iniciando durante a gestação e perdurando nos atendimentos após o nascimento:

Em todos os contatos, sejam eles individuais ou coletivos e sempre considerando o contexto da família, da comunidade... Hoje mesmo eu atendi uma mãe que estava lá fora quando eu fui chamar. Ela estava com o bebê no colo e fumando. Então, aí sim, acaba sendo uma oportunidade para você ir aos poucos orientando, pactuando: aquilo não é bom, quais são as desvantagens para as crianças, para elas [mães] e aos poucos ir tentando melhorar isso. Mas assim, levando em consideração

que a gente já conhece como é essa família como é essa pessoa e que não é nada muito simples não. E9

... na Vigilância em Saúde, onde a gente acompanha a criança desde a concepção... E4

Eu acho que a gente já tem o Viva, o Germinar que já cuidam dessa criança desde a gravidez. Porque a gente já percebe, detecta alguns problemas que já podem estar vindo desde a gestação, e outros no acompanhamento/desenvolvimento da criança. E8

Bom, no meu local de trabalho, a gente realiza desde o Pré-natal, orientando já as mães. E7

orientação as gestantes... Tem os grupos com as gestantes, no Pré-natal, para gente ter uma criança sadia. E11

...tem o Pré-natal, que tem a obrigatoriedade que ajuda muito. E8

Nas consultas de Puericultura, a gente pode trabalhar com a Promoção da Saúde e, também, determinar um prejuízo futuro, na parte biológica em si, e ver se há algum risco para essa criança... E3

Trabalhamos basicamente com o Projeto Germinar, onde a criança passa mensalmente por avaliação, consulta de enfermagem de dois em dois meses e avaliação médica de rotina até os dois anos de idade e, depois, conforme a necessidade até os cinco anos de idade. Acompanhar a criança mensalmente desde o seu nascimento, avaliando seu crescimento e desenvolvimento, alimentação, vacinação, etc. E4

A gente também realiza grupos com as mães e fala de aleitamento materno, fala da saúde da criança, de modo geral. E5

Os grupos na escola... E11

Em pequenos grupos se faz uma ação... Em um grupo mais extenso, como numa escola inteira, seja por sala ou por faixas etárias, você consegue atingir melhor. E3

Acredito que já é feito a Promoção da Saúde para as crianças na ESF, pois já são realizadas as vacinas, teste do pezinho, entre outras ações. E7

Na sala de vacina é uma excelente oportunidade também. Um excelente espaço de troca. Além disso, a descentralização do teste do pezinho no município, que propiciou mais esse momento de contato, que é uma ação de Promoção da Saúde também, com envolvimento da equipe nas atividades. E9

Então, no caso da minha unidade, eu gostaria assim muito de ter uma sala de vacina, que eu não tenho. Daí já ajudaria muito

na Promoção da Saúde. E10

...quando são realizados os testes do pezinho, as vacinas... E7
Visita domiciliar também é uma ótima oportunidade para
observar a dinâmica familiar. Esse contexto é muito
esclarecedor sobre a forma como a criança é cuidada, estar
próximo da mãe, porque é ela que está diretamente ligada a
criança. E9

Tema 4: Desafios para se realizar a Promoção da Saúde da Criança

Os enfermeiros alegaram que existem alguns desafios para que, de fato, possam ser estabelecidas ações de Promoção da Saúde da Criança, configurando-se três núcleos de sentido correlacionados.

Como um desses desafios foi apontado o *trabalho materno limitante: baixa participação familiar nas atividades programadas, dificuldades para ir até as crianças e suas famílias/ barreiras geográficas*, tais como para reunir a população infantil em regiões onde os responsáveis trabalham no horário de serviço dos agentes de saúde, onde não tem USF fixas como na zona rural:

...a gente vê uma baixa adesão das mães em consultas de
Puericultura. Porque muitas trabalham, entendeu? Bom, aqui
na nossa Estratégia de Saúde é um pouquinho complicado
fazer os grupos, trabalhar com Promoção da Saúde, porque
muitas estudam de manhã, das crianças da nossa área, e
muitas estudam à tarde. E os seus pais trabalham... E2

Dificuldade é conscientizar a mãe para ela trazer a criança
mensalmente para avaliação e conduta. E4

Então, muitas mães depois que o bebê vai para a creche, elas
têm um distanciamento um pouco maior da unidade, já as
vacinas também começam a ter um espaçamento... E9

Elas [mães] não vêem tanta importância da Puericultura.
Procura mais no caso de doença, mas a gente tenta chamar
ou pedir pra que alguém da família traga, não precisa ser a
mãe, mas a gente vai tentando desenvolver o trabalho. E aí
essas mães, elas acabam faltando e acabam não
acompanhando direito o crescimento e desenvolvimento das

crianças. E o que falta é elas se conscientizarem melhor que o que a gente oferece aqui é para prover melhor a qualidade de vida, diminuindo a mortalidade da criança. É isso. O que é ruim é que têm muitas mães que não aderem. Tem que ficar pedindo para vir ou tem que buscar. Falta muito, tem que pedir para agente comunitária buscar, trazer, fazer busca ativa. Então, a maior dificuldade é, assim, a adesão mesmo das mães. E10

Na única unidade que temos no Rural, que é fixa, você consegue aglomerar crianças. Então lá, a gente consegue trabalhar, reunir um número grande de crianças e fazer a Promoção da Saúde. Já nos outros bairros que são todos uns distantes dos outros, a gente não tem isso. Então, acho que esta é a maior dificuldade em relação a isso: Como fazer para você atingir as crianças indo até elas? E1

As agentes comunitárias também têm a dificuldade de contato com essas mães, porque elas estão trabalhando. E aí elas têm a dificuldade de estarem vendo uma carteirinha de vacinação na residência, por não encontrar essa mãe na casa e aí essas mães, elas acabam faltando e acabam não acompanhando direito o crescimento e desenvolvimento das crianças. E2

Associadas ao desafio anterior foram mencionadas as **dificuldades para ir até as crianças e suas famílias**, especialmente, para reunir a população infantil em regiões onde os responsáveis trabalham no horário de serviço dos agentes de saúde, onde não tem USF fixas como na zona rural:

Na única unidade que temos no Rural, que é fixa, você consegue aglomerar crianças. Então lá, a gente consegue trabalhar, reunir um número grande de crianças e fazer a Promoção da Saúde. Já nos outros bairros que são todos uns distantes dos outros, a gente não tem isso. Então, acho que esta é a maior dificuldade em relação a isso: Como fazer para você atingir as crianças indo até elas? E1

As agentes comunitárias também têm a dificuldade de contato com essas mães, porque elas estão trabalhando. E aí elas têm a dificuldade de estarem vendo uma carteirinha de vacinação na residência, por não encontrar essa mãe na casa e aí essas mães, elas acabam faltando e acabam não acompanhando direito o crescimento e desenvolvimento das

crianças. E2

Reforçando a importância do estabelecimento de vínculo com a família como estratégia para o enfermeiro realizar a Promoção da Saúde da Criança, como um dos desafios a serem superados para esse fim, emergiu a **preferência pelo atendimento do médico pediatra**, inclusive pelo especialista em pediatria:

A dificuldade, eu acredito, é quando os pais querem escutar somente o profissional pediatra, antes da gente realizar alguma ação. Por exemplo, quando os pais querem o pediatra e não aceitam passar por consulta da ESF, mesmo que a gente explique que primeiro tem que passar por aqui e quando não é resolvido, a gente encaminha para o pediatra. E7

Situações de vulnerabilidades: condições familiares e sociais adversas

foram lembradas como fatores que impõem mais desafios, ao se pretender viabilizar ações de Promoção da Saúde da Criança, sendo relatadas inúmeras situações a que as crianças e os seus familiares estão expostos como a dependência química, maus tratos, condições precárias, preconceito, deficiência, atrasos de carteirinhas de vacina, condições sociais, financeiras (para comprar o medicamento e não ter êxito no tratamento):

Outra dificuldade é a situação social das famílias, que muitas vezes a gente vê, assim, as orientações que a gente faz. Tem que pensar muito bem no que vai dizer, porque muitas vezes o social, a condição da família está muito aquém do que a gente gosta ou a gente pensa ser ali, o ideal... E9

Nossa, eu já tive tanta experiência bem gritante. Eu já tive crianças [com famílias] bem estruturadas, com desenvolvimento normal, com todo um carinho. Às vezes, não tinha uma condição social boa, mas tinha condições emocionais, que os pais conseguiram promover o desenvolvimento da criança. E eu já tive experiência de crianças serem maltratadas. Tive uma criança que foi adotada por família por falta de condições, que fugiu e depois de quase

20 anos retornou com essa família que tinha abandonado. Ela preferiu viver numa condição precária a ficar com a família bem estabelecida. Preconceito que é outra questão que as crianças sofrem muito. Se elas não estão limpinhas são rejeitadas, se elas são hiperativas têm uma dificuldade de se estabelecer na sociedade e todo o mundo fica pondo barreiras. Tive uma paciente que teve 11 filhos e os dois últimos filhos eram gêmeos. Ela era drogada e se prostituía. Uma das crianças morreu. Saiu da maternidade numa sexta feira em tempo de chuva, ela não tinha um lugar próprio para morar e ficava num barraco, numa casa invadida e sem leite e sem nada. Deram alta para ela... Então isso marcou muito. Porque ela não tinha condição de sair do hospital, saiu. Depois a criança foi piorando. Nós até tentamos acolher, levamos para consulta médica, mas ela teve sífilis congênita e a gente tinha feito o exame no Pré-natal, um só, porque a mãe fugiu, era drogada. E, no fim, sobre a outra criança, conseguimos detectar a tempo e tratar. Mas uma foi a óbito... as gestantes que têm problemas com drogas, é mais difícil a adesão, mas você busca... A questão social também é difícil... Você quer dar condição para família de cuidar e, muitas vezes, não tem remédio na rede, não tem o dinheiro para comprar. Não tem como ter êxito de um tratamento porque tem aqueles que precisam e nem sempre tem condições de tratar. E8

Os enfermeiros afirmaram, por fim, que o cuidado oferecido pode se limitar diante de situações gerenciais dos serviços, quando há **carência de recursos materiais, organizacionais e de educação permanente para prestar o cuidado em saúde:**

Então, a dificuldade é em relação à Pediatria. Aqui, nós trabalhamos com clínico, na Estratégia Saúde da Família e quando a gente precisa de um pediatra, que é um caso um pouco mais grave, a gente tem essa dificuldade do agendamento, por conta do número reduzido de profissional no município. E5

A questão do espaço físico dificulta, muitas vezes, esse atendimento da criança e você detecta algumas coisas, você tem poucas salas, com muitas atividades na mesma sala. Você tem que ter um espaço para essa criança tentar algumas coisas, para uma ludoterapia, para alguma observação dela no

ambiente... E8

No momento atual dessa unidade de saúde, a dificuldade é o espaço físico. Estamos aguardando o término da reforma da unidade há cinco anos. Faltam consultórios, consultório de enfermagem, sala de atividades coletiva... e a falta de protocolos municipais que deem mais respaldo para o enfermeiro. Então, a gente precisaria ter uma dinâmica melhor com relação à realização de atividades coletivas, que são poucas. E outra dificuldade é de organizar a busca ativa de faltosos compulsórios, mais ainda em caso de bebê de risco.

E9

Eu acho que o primordial mesmo é a organização do serviço e o tempo disponível. Seria uma dificuldade o tempo, mesmo, para essas ações. Porque a gente, às vezes, apesar de ser Estratégia Saúde da Família, acaba em ações curativas, porque tem bastante gente precisando e aí a gente acaba deixando a promoção um pouquinho, assim, a desejar. Mas a gente tenta fazer tudo. E3

A gente percebe, assim, que o índice de mortalidade [infantil] nestes últimos dois anos diminuiu muito, mas ainda acredito que poderia ser melhor, se nós tivéssemos capacitação de toda a equipe. E11

Em síntese, evidenciou-se que os enfermeiros participantes da etapa qualitativa desta pesquisa, de modo ampliado, relacionaram a Promoção da Saúde da Criança a ações integrais e intersetoriais, que valorizam a Educação em Saúde. Relacionaram-na também ao comprometimento e vínculo próximo das equipes com as famílias, de modo a capacitá-las para modificar os determinantes do processo saúde-doença de seus filhos, visando sua melhor qualidade de vida e saúde. Segundo esses profissionais, as ações Promoção da Saúde da Criança têm espaço para se darem em diferentes momentos do processo de trabalho na ESF, especialmente nas consultas de enfermagem. Contudo, foram associadas algumas dificuldades para concretização das mesmas: baixa participação familiar nas atividades programadas, preferência pelo atendimento médico por essa população, condições familiares/sociais adversas, carência de recursos materiais,

organizacionais e de educação permanente na temática.

Dando sequência ao que foi proposto como tipo de pesquisa - a abordagem mista, apresentam-se, a seguir, os achados referentes à etapa quantitativa, que enfocou os atendimentos clínicos dos enfermeiros desenvolvidos junto às crianças e às suas famílias, no contexto da ESF.

A partir do que se encontrou nos prontuários analisados, na Tabela 1, estão sintetizadas algumas características maternas pré-natais e dos recém-nascidos no parto, dos 222 incluídos nesta etapa do estudo, das quais 119 (53,6%) crianças eram do sexo masculino.

Tabela 1 - Distribuição das crianças segundo características maternas pré-natais e do recém-nascido no parto. Assis, 2017 (n = 222)

Variáveis	N	%
Realização do pré-natal		
Sim	138	62,2
Não	1	0,4
Não Informado	83	37,4
Local do pré-natal		
USF	87	39,2
USF e UBS	24	10,8
UBS	24	10,8
Alto Risco (HRA)	9	4,0
Serviço Privado	1	0,5
Não Informado	77	34,7
Idade gestacional de início pré-natal		
1º Trimestre	100	45,0
2º Trimestre	29	13,1
3º Trimestre	5	2,3
Não Informado	88	39,6
Local parto		
Hospitalar	219	98,6
Domiciliar	3	1,4
Tipo de parto		
Cirúrgico	104	46,9
Vaginal	49	22,1
Não Informado	69	31,08
Idade materna no parto		
≥ 18 anos	185	83,3
< 18 anos	21	9,5
Não Informado	16	7,2
Idade Gestacional ao Nascer		
≥ 37 a < 42 semanas	138	62,16
< 37 semanas	22	9,91
≥ 42 semanas	3	1,35
Não Informado	59	26,57
Peso ao nascer do recém-nascido		
≥ 2500 gramas	142	63,9
< 2500 gramas	6	2,7
Não Informado	74	33,4

Pelos dados informados e contidos na Tabela 1, verifica-se que houve participação em serviço Pré-natal por 138 (62,2%) das mães, em maior frequência na USF 87 (39,2%), sendo que em relação às unidades no município de atendimento de gestação de risco habitual (USF, USF e UBS e UBS) houve o total de 134 (60,8%) mães que realizaram consultas pré-natais, com início no 1º trimestre da gestação 100 (45,0%). Em relação ao parto, a maioria das crianças tinha mães com 18 anos ou mais de idade 185 (83,3%), nasceu em hospital 219 (98,6%), por parto cirúrgico 104 (46,9%), a termo 138 (62,2%) e com peso maior ou igual a 2500 gramas 142 (63,9%).

A seguir, encontram-se as tabelas sobre os atendimentos clínicos realizados pelos enfermeiros da ESF.

Na Tabela 2, pode-se verificar que do total de 626 (100%) atendimentos clínicos de enfermagem pediátrica, realizados durante os dois primeiros anos de vida das 222 crianças estudadas, a maior parte ocorreu no primeiro semestre de vida, sendo 222 (35,5%) no 1º mês e 326 (52,1) de 2 a 6 meses, totalizando 548 (87,6%).

Tabela 2—Distribuição dos atendimentos clínicos pediátricos realizados pelos enfermeiros da ESF, por tipo e meses de vida das crianças estudadas. Assis, 2017.

Tipo de atendimento clínico	1º mês		2 a 6 meses		7 a 12 meses		13 a 24 meses		Total	
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%
CER	167	26,8	202	32,3	31	4,9	7	1,1	407	65,0
CEE	50	8,0	122	19,5	30	4,8	6	1,0	208	33,2
VD	5	0,7	2	0,3	4	0,6	-	-	11	1,8
Total	222	35,5	326	52,1	65	10,3	13	2,1	626	100

Obs: CER = consulta de enfermagem de rotina; CEE = consulta de enfermagem eventual; VD = visita domiciliar.

É possível constatar, ao mesmo tempo, que houve grande diminuição de atendimentos durante os dois anos de vida, com 65 (10,3%) de 7 a 12 meses e 13

(2,1%) de 13 a 24 meses, totalizando 78 (12,4%). Quanto ao tipo, o mais frequente foi de CER 407(65%), ou seja, aquelas previamente agendadas. Nesta tabela, pode-se observar também a mínima proporção de visitas domiciliares registradas nos dois primeiros anos de vida das crianças estudadas (1,8%). (Tabela 2)

A Tabela 3 mostra que o maior número de queixas e motivos foi de sinais, sintomas e outros parâmetros clínicos alterados 425 (93,4%), relacionados principalmente ao sistema respiratório com 138 (30,3%) registros, que compreendeu os seguintes tipos de problemas: tosse, coceira no nariz, secreção nasal, nariz trancado, dificuldade de respirar, dor de garganta, rouquidão, gripe, chiado, crise de bronquite, rinite. A febre foi o sinal isolado que se apresentou mais vezes, com 95 (20,9%) registros, associado ou não a outras queixas registradas nos atendimentos.

Tabela3 – Distribuição das queixas e motivos registrados pelos enfermeiros da ESF, por tipo de atendimento clínico. Assis, 2017.

Queixas/Motivos	CER	CEE	VD	Total	
				N	%
Sinais, sintomas e outros parâmetros clínicos alterados	95	323	7	425	93,4
Problemas respiratórios	25	113	-	138	30,3
Febre a esclarecer	9	85	1	95	20,9
Problemas de pele e anexos	21	35	5	62	13,4
Problemas alimentares e gastrointestinais	20	33	-	53	11,6
Outras queixas	11	17	1	29	6,4
Problemas de crescimento	1	11	-	12	2,6
Problemas nos ouvidos	3	11	-	14	3,1
Problemas nos olhos	-	9	-	9	2,0
Problemas na boca	-	6	-	6	1,3
Problemas ortopédicos e neurológicos	3	2	-	5	1,1
Problemas urológicos	2	1	-	3	0,7
Acompanhamento de patologias e agravos	4	7	-	11	2,4
Acompanhamento sífilis congênita	3	2	-	5	1,1
Acompanhamento após internação	-	3	-	3	0,7
Acompanhamento microcefalia	1	-	-	1	0,2
Acompanhamento anemia	-	1	-	1	0,2
Problemas na creche	-	1	-	1	0,2
Outros motivos	11	8	-	19	4,2
Dificuldade de amamentar/dúvida desmame	9	7	-	16	3,5
Dúvida sobre medicação	2	1	-	3	0,7
Total n (%)	110	338	7	455	100

Obs: CER = consulta de enfermagem de rotina; CEE = consulta de enfermagem eventual; VD = visita domiciliar.

Na sequência, entre os sinais, sintomas e outros parâmetros clínicos alterados, destacaram-se os 138 (30,3%) registros relacionados ao sistema respiratório e os 62 (13,4%) registros relacionados a tegumentar, que juntos somaram 200 (43,7%) registros também referentes aos problemas respiratórios e de pele e anexos: pele amarelada, vermelhidão no corpo, coceira, assadura, perda da unha, edema, hérnia, cicatrização umbigo e os problemas alimentares e gastrointestinais com 53 (11,6%) registros: engasgo com leite/regurgitação, cólica, diarreia, vômito, moleira baixa, dificuldade de evacuar, falta de apetite. Esclarece-se que os demais registros sobre sinais, sintomas e outros parâmetros clínicos alterados foram compostos por: outras

queixas: choro persistente, irritação, perda de fôlego, alergia, criança largada, cansaço; problemas de crescimento: perda de peso; problemas nos ouvidos: coceira, dor, secreção; problemas nos olhos: coceira, irritação, inchaço, secreção; problemas na boca: lesões, nascimento dos dentes; problemas ortopédicos e neurológicos: pé torto, lesão no joelho, paralisia no lado direito do corpo e problemas urológicos: dificuldade de urinar, fimose. Considerando o tipo de atendimento, as queixas e motivos foram mais frequentes nas consultas eventuais 323 (71%) do que naquelas previamente agendadas 95 (20,9%), como também nas visitas domiciliares 7 (1,5%). (Tabela 3)

Coerentemente ao apresentado anteriormente em relação às queixas e motivos relacionados aos atendimentos clínicos em foco, na Tabela 4, pode-se constatar que a área diagnóstica mais explorada foi a de Agravos Físicos 445 (46,3%), que compreendeu os seguintes tipos de avaliações: febre, cólica, diarreia, intoxicação, risco de infecção devido à imaturidade do sistema imunológico, risco de refluxo gastroesofágico, risco de problema respiratório, risco de processo alérgico, risco de icterícia neonatal, icterícia neonatal/fisiológica, risco de problema gastrointestinal, risco de constipação, risco problema nos olhos, risco de infecção nos olhos, risco de infecção no ouvido, risco de problema no ouvido, problema de ouvido, risco de lesão no joelho, risco problema de pele, risco de integridade da pele prejudicada e integridade da pele prejudicada.

Tabela 4– Frequência dos registros das avaliações por áreas diagnósticas. Assis, 2017

Áreas Diagnósticas	Avaliações Diagnósticas de Promoção da Saúde	Avaliações Diagnósticas Voltadas a Problema/Risco	Total	
	N	N	N	%
Agravos Físicos		445	445	46,3
Alimentação/Hidratação	116	90	206	21,4
Crescimento	103	14	117	12,2
Desenvolvimento	80	-	80	8,3
Vacinação/Outras profilaxias	46	12	58	6,0
Higiene física/Higiene bucal	24	-	24	2,5
Eliminação	24	-	24	2,5
Sono/Repouso	3	3	6	0,6
Integridade psicossocial e	2	-	2	0,2
Recreação/Estimulação	-	-	-	-
Total	398	564	962	100

A Tabela 4 mostra também que foram encontradas avaliações diagnósticas na área de Alimentação/Hidratação com 206 (21,4%) registros, sendo esses referentes a aleitamento materno exclusivo, amamentação eficaz, amamentação ineficaz, risco de desmame precoce, desmame precoce, aleitamento misto, aleitamento misto com papa de sal, aleitamento misto com suco de frutas, aleitamento materno com papa de fruta, aleitamento materno com papa de sal, aleitamento artificial, aleitamento artificial e papa de sal, ingestão de alimentos adequada, ingestão da alimentação insuficiente, ingestão de alimentos inadequada, risco nutricional e ingestão hídrica insuficiente; na área de Crescimento com 117 (12,2%) registros que foram relativos a crescimento adequado para idade, crescimento estacionado, crescimento prejudicado, peso adequado para idade, bom ganho de peso e baixo peso para idade; na de Desenvolvimento neuropsicomotor com 80 (8,3%) registros, todos como desenvolvimento adequado para idade; Vacinação/Outras profilaxias com 58 (6%) registros sobre vacinação atualizada; ausência da cicatriz de BCG e vacinação

em atraso; na de Higiene física/Higiene bucal com 24 (2,5%) registros todos relacionados a higienização adequada; Eliminação com 24 (2,5%) registros todos relacionados a eliminação adequada para idade; na de Sono/Repouso com 6 (0,6%) registros relativos a sono satisfatório e sono prejudicado; na de Integridade psicossocial e familiar com 2 (0,2%) registros sobre bom vínculo mãe/bebe. Na área de Recreação/Estimulação não foi constatado registro algum. (Tabela 4)

Ainda na Tabela 4, é possível observar que a maioria das avaliações diagnósticas caracterizou-se como de promoção à saúde das crianças em todas as áreas diagnósticas, exceto na de Agravos Físicos que, coerentemente, foi composta por avaliações diagnósticas voltadas a problema ou risco.

Pela Tabela 5, pode-se observar que, em relação às propostas de cuidados, a maior parte se configurou em Orientações com 1200 (55,6%) registros, que foram relativos a: higiene corporal, bucal, alimentação, hidratação, gerais, vacinação, outras profilaxias, agravos físicos, integridade psicossocial e familiar, crescimento, desenvolvimento, recreação, estimulação e eliminação.

Tabela 5 - Frequência de registros de propostas de cuidados por áreas de intervenção e de outras condutas. Assis, 2017

Propostas de cuidados por áreas de intervenção	N	%
Orientações	1200	55,6
Sobre higiene corporal/higiene bucal	392	18,2
Sobre alimentação/hidratação	288	13,3
Gerais	162	7,5
Sobre vacinação/outras profilaxias	114	5,3
Sobre agravos físicos	84	3,9
Sobre integridade psicossocial e familiar	64	3,0
Sobre crescimento	58	2,7
Sobre desenvolvimento/recreação/estimulação	24	1,1
Sobre eliminação	14	0,6
Encaminhamentos/Agendamentos/Solicitações exames rotina	905	41,9
Outras	55	2,5
Execuções	0	0
Total	2160	100

Dentre as propostas de cuidados relativas às Orientações, as mais frequentes foram na área de Higiene corporal/Higiene bucal com 392 (18,1%) registros que se configuraram como orientações sobre: lavagem das mãos antes e após cuidar do recém-nascido, higiene corporal, higiene e evolução do coto/cicatriz umbilical, higiene da região da fralda, evitar uso de lenço umedecido, vestuário adequado, higiene oral, individualização dos objetos pessoais, banho de sol e evitar locais fechados. Na ordem de frequência, seguiram as orientações na área de Alimentação/Hidratação 288 com (13,3%) registros que foram sobre: aleitamento exclusivo e complementar, aleitamento artificial, alimentação saudável e hidratação.

Ainda em Orientações na Tabela 5, chamam atenção as propostas de cuidados registradas como orientações gerais na frequência de 162 (7,5%). Seguiram-se as orientações sobre: vacinação/outras profilaxias com 114 (5,3%) registros sobre vacinas e seu agendamento e o uso do Adtil; aquelas relacionadas aos agravos físicos diagnosticados, com 84 (3,9%) registros sobre: manobras anti-refluxo, massagem de alívio para cólica, aplicação de antibiótico tópico prescrito pelo

médico, promoção da integridade da pele, realização de inalação e lavagem nasal, cessação do hábito materno de fumar, coleta de exames laboratoriais, realização de estímulo anal com haste flexível, prevenção de acidentes, problemas com automedicação e importância da reavaliação após tratamento; as orientações voltadas à integridade psicossocial e familiar, com 64 (3,0%) registros parabenizando pelo cuidado à criança, sobre a importância da escuta dos temores do puerpério, estimulando o vínculo mãe e filho, sobre alimentação e hidratação materna, sobre a importância do agendamento de consulta puerperal para mãe, sobre levar documentos na creche, sobre solicitação de vaga na creche e a inscrição no Programa Viva Leite; as orientações relacionadas ao crescimento com 58 (2,7%) registros sobre medidas antropométricas e seu controle; as orientações agrupadas por proximidade e relacionadas ao Desenvolvimento/Recreação/Estimulação com 24 (1,1%) registros sobre estímulos adequados e inadequados, comunicação e brincadeiras; as orientações quanto à eliminação com 14 (0,6%) registros sobre eliminações fisiológicas e sua observação.

Em continuidade de frequência de registros sobre propostas de cuidados, em segundo lugar, aparecem aquelas relativas à Encaminhamentos /Agendamentos/Solicitações de exames de rotina com 905 (41,9%) registros que foram relativos à: agendamento de exames de triagem neonatal e de outros exames laboratoriais, de transporte e de retorno de Puericultura; solicitação de exames laboratoriais e de busca ativa para agente de saúde.

Por fim, a Tabela 5 indica os registros de outras propostas de cuidados, o que correspondeu a 55 registros (2,5%), as quais versaram sobre o reforço sobre a importância da Puericultura e da pronta procura para atendimento nas intercorrências e fornecimento de material educativo.

Em síntese, as 222 crianças participantes da etapa quantitativa se caracterizaram por apresentar situações favoráveis quanto aos aspectos sociodemográficos, condições obstétricas e de nascimento, com parcelas menores daquelas que apresentaram vulnerabilidades e como de risco ao nascer, sendo constatada grande proporção de dados não informados na maior parte das variáveis estudadas. Sobre os 626 atendimentos clínicos realizados a essas crianças por enfermeiros das USF de Assis/SP, que foram registrados nos seus prontuários, verificou-se que houve maior frequência de atendimentos no primeiro semestre de vida, o tipo mais frequente foi de CER e pequena proporção de visitas domiciliares. Quanto às de queixas e motivos, houve uma frequência maior em sinais, sintomas e outros parâmetros clínicos alterados, principalmente ao sistema respiratório e ao tegumentar, destacando-se a febre, como o sinal isolado que mais se apresentou, especialmente nas CEE. Em relação às áreas diagnósticas, se destacou a de Agravos Físicos, Alimentação/Hidratação e aquelas relacionadas ao Crescimento e Desenvolvimento neuropsicomotor, sendo verificada sequencialmente a menor frequência de registros nas áreas diagnósticas de Vacinação/Outras profilaxias, Higiene física/Higiene bucal, Eliminação, Sono/Repouso, Integridade psicossocial e familiar e Recreação/Estimulação, sendo que nessa última não houve registro detectado. Houve predominância de registros de avaliações diagnósticas favoráveis à saúde das crianças, excetuando-se aquelas relacionadas à área de Agravos Físicos. Em relação aos cuidados propostos pelos enfermeiros participantes, os registros sobre orientações foram os mais frequentes, os quais corresponderam à praticamente todas as áreas diagnósticas, sobressaindo as de Higiene corporal/Higiene bucal e de Alimentação/Hidratação, seguidos pelos registros referentes aos Encaminhamento/Agendamento/Solicitação. Considerando as

Necessidades Essenciais da Infância, constatou-se que a necessidade mais explorada foi àquela referente à Necessidade de Proteção Física, Segurança e Regulamentação em relação às demais, podendo-se inferir a maior preocupação dos referidos profissionais com a promoção da segurança física infantil.

DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

A realização deste estudo misto possibilitou atingir o objetivado para a etapa qualitativa: explorar concepções e experiências de enfermeiros da ESF sobre a Promoção da Saúde da Criança, bem como para a etapa quantitativa: relacionar os problemas levantados, as avaliações diagnósticas e as propostas de cuidados elaboradas nos atendimentos clínicos pediátricos, com as premissas desse paradigma de ações de saúde.

As concepções dos participantes sobre Promoção da Saúde foram relacionadas: à promoção do autocuidado frente aos determinantes de saúde visando melhor qualidade de vida e às ações que contemplam a integralidade do cuidado em saúde, incluindo a avaliação das situações individuais e coletivas de vulnerabilidade. Houve relação também às ações preventivas e de tratamento, com vistas à redução da morbimortalidade infantil.

Pode-se considerar que tais concepções estão em acordo aos postulados da PNPS (Ministério da Saúde, 2015b), a qual destaca que as ações de Promoção da Saúde visam à melhor qualidade de vida e à redução da vulnerabilidade e de riscos relacionados com os determinantes e condicionantes do processo saúde e doença. Além disso, os entrevistados alegaram a apropriação do cuidar da própria saúde como sendo fundamental nas mudanças que envolvem hábitos e estilos de vida, correspondendo aos objetivos específicos contidos na referida política. Como consequência, espera-se também, a ampliação da autonomia no cuidado à saúde.

Os enfermeiros afirmaram que a atenção integral está relacionada com a Promoção da Saúde ao vincularem o seu conceito ao “cuidado como um todo”. Isso vem enfatizar tanto o segundo princípio da legislação 8080/90 (1990) do SUS: Integralidade da Assistência (Ministério da Saúde, 1990), quanto o conceito da

Organização Mundial de Saúde (OMS): “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”, assim como foi referido pelos participantes deste estudo, que a saúde não é apenas a ausência de doenças (OMS, 2016).

Ressalta-se que mesmo não havendo referências ao conceito ampliado do processo saúde doença, contido na citada legislação (Ministério da Saúde, 1990), esses profissionais se aproximaram do mesmo ao pontuarem a importância de se conhecer o território de cada unidade, permitindo identificar os sinais de vulnerabilidade e risco, entre outros aspectos, como renda, cultura, saneamento e lazer como determinantes do referido processo. Considera-se que ao se apropriar das necessidades concretas e particulares das pessoas e coletividades, se torna possível viabilizar o que está proposto pela ESF (Ministério da Saúde, 2017 b) sobre territorialização, uso da epidemiologia e da escuta qualificada como condições para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática. Desse modo, torna-se possível o oferecimento de ações de saúde pertinentes para atender a população infantil de forma integral (Ministério da Saúde, 2015a).

Os enfermeiros, ao definirem Promoção da Saúde da Criança, valorizaram ações de cunho preventivo e de atuação resolutiva frente aos problemas de saúde infantil como estratégias para a Promoção da Saúde das crianças, no cotidiano das USF. Tal valorização permite inferir que esses profissionais reconhecem a importância de se assegurar, nesse contexto, às condições de sobrevivência das mesmas, reduzindo as possibilidades de adoecimento e morte na infância para que se possam alcançar padrões melhores de qualidade de saúde e de vida. Essas concepções mostram-se convergentes ao postulado PNAISC (Ministério da Saúde,

2015a), inclusive como um dos eixos prioritários para a integralidade da atenção e cuidado em saúde infantil. Também, na PNPS (Ministério da Saúde, 2015b), encontra-se o destaque da importância da prevenção de fatores determinantes e/ou condicionantes de doenças e agravos à saúde, para de fato, se promover a saúde de indivíduos e coletividades.

A este respeito, há de se considerar a propriedade de não se manter o conceito de promoção da saúde restrito ao de prevenção de doenças e agravos em indivíduos e grupos populacionais (Sasaki, Ribeiro, 2013; Arantes; Borgus, 2015), e sim, de modo ampliado, incluí-lo na composição de seu significado.

Com base nas suas concepções sobre Promoção da Saúde da Criança e de suas experiências em ações desenvolvidas nas USF, junto às crianças e suas famílias, os participantes deste estudo apontaram estratégias para implementar as ações relacionadas a esse paradigma no referido contexto. Essas estratégias puderam ser sistematizadas como ações de educação em saúde em diferentes temas, a partir da interação com a própria criança, o estabelecimento de vínculo com a família e o comprometimento da equipe, com o trabalho na unidade e o intersetorial e em rede.

A PNPS inicialmente publicada já propunha a consolidação da Promoção de Saúde, especialmente, por meio da Educação em Saúde (Vasconcelos et al., 2012), o que se manteve na recentemente publicada. Sobre esse aspecto, os entrevistados referiram que, como estratégia privilegiada, existe a contribuição da população infantil nas atividades de Educação em Saúde, no ensino e na aprendizagem de diversas temáticas, até mesmo influenciando aqueles que convivem com ela. Ao se familiarizar nas devidas fases de desenvolvimento das crianças, compreender o mundo delas, conhecer seus hábitos, cultura, preferências, por meio de pedagogia

diferenciada, comunicação dinâmica, considerando cada pessoa e grupos sociais com seus potenciais e dificuldades, a Enfermagem pode garantir a Educação em Saúde mais eficaz, abrindo caminhos para transformações de vida. (Medeiros et al, 2012)

Outra estratégia apontada pelos enfermeiros para viabilizar a Promoção da Saúde da Criança foi o estabelecimento de vínculo com a família. As UBS e USF, como porta de entrada dos usuários nos serviços públicos de saúde, carecem instituir vínculo com as famílias do território, para possibilitar melhores resultados relacionados às situações de saúde. Assim, os diagnósticos e intervenções relativos aos condicionantes e determinantes de saúde resultantes dessa aproximação, podem propiciar a conscientização para as mudanças de estilos de vida e a adesão a tratamentos (Ministério da Saúde, 2015b). Para os participantes deste estudo, o vínculo com as famílias das crianças possibilita a garantia de confiança na equipe profissional, facilitando as ações de Promoção da Saúde da Criança.

Como estratégia favorável para promover a saúde da criança, os participantes desta pesquisa pontuaram o comprometimento da equipe através do apoio dos outros profissionais tanto com o trabalho na própria unidade, quanto com o trabalho intersetorial e em rede, por meio de ações com outros profissionais e serviços, especialmente com as escolas.

Quando se tem uma equipe comprometida no trabalho com a população adscrita ao serviço de saúde da APS, as experiências tornam-se mais positivas, contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema, garantindo qualidade, eficácia, eficiência e segurança das ações de Promoção da Saúde (Sanches et al.; 2010, Ministério da Saúde, 2017b).

Quanto às ações realizadas em outros serviços para promover a saúde da

criança, os entrevistados referiram: tanto aquelas desenvolvidas em parcerias com outros serviços do próprio Setor Saúde, quanto o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e de outros setores, como creches e escolas, o Centro de Esportes Unificado (CEU), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e as organizações não governamentais (ONG).

Todos os profissionais que possibilitam as ações de cultura e lazer, certamente, contribuem para a Promoção da Saúde da Criança. Isto corresponde ao que orientam as diretrizes da PNPS e da PNAB, quanto à organização dos processos de gestão e planejamento das variadas ações intersetoriais, como forma de fortalecer e promover a implantação da referida política na RAS. De modo transversal e integrado, as ações intersetoriais devem compor compromissos e corresponsabilidades para reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde vinculados aos determinantes sociais (Ministério da Saúde, 2015b, 2017a). Recomenda-se ainda, ao objetivar melhores formas de viver e resolver os problemas dos indivíduos e coletividades, o diálogo constante entre setores governamentais, não governamentais, privados e com a sociedade de modo geral (Arantes, Borgus, 2015).

Tem-se que o envolvimento de outros setores, para incluir ações que ultrapassem os muros das unidades de saúde, possibilita atingir o contexto histórico, social, cultural, político e econômico dos indivíduos e da coletividade, no sentido de promover a saúde dos mesmos. Essa complexa proposta aponta a insuficiência do setor saúde de atuar isoladamente, sendo necessária a criação de parcerias entre diferentes setores e segmentos sociais (Silva, 2010). Como já referido anteriormente, a PNPS propõe que as intervenções em saúde sejam ampliadas, tomando como objeto os problemas, necessidades, determinantes e condicionantes

de saúde. Como apontado pelos entrevistados, para que isso ocorra, é necessário criar mecanismos de mobilização e participação com os vários movimentos e grupos sociais, a partir da construção de parcerias, com creches, escolas, assistência social, conselho tutelar, dentre outros equipamentos sociais que de alguma forma se relacione às crianças e suas famílias (Ministério da Saúde, 2015b).

Assim, recomenda-se que algumas ações de Promoção da Saúde sejam realizadas a partir de estratégias facilitadoras de Educação em Saúde, para além dos espaços tradicionais do Setor Saúde. Recomendam-se iniciativas em lugares mais próximos da população como nas creches e escolas, valorizando e otimizando o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde (Ministério da Saúde, 2015b). Cria-se, dessa maneira, ambientes favoráveis para se viabilizar a Promoção da Saúde e seu aperfeiçoamento, seja em âmbito individual ou no coletivo.

A Educação em Saúde, o vínculo, a integralidade e a intersetorialidade, que foram associadas pelos enfermeiros às ações de Promoção da Saúde da Criança, contribuem para melhores formas de viver e de se ter saúde (Arantes, Borgus, 2015).

Como momentos e espaços para realizar a Promoção da Saúde da Criança, os enfermeiros destacaram: sempre que houver oportunidade, no âmbito da USF, durante o acompanhamento Pré-natal e na Puericultura, em consultas e em grupos de orientação, bem como em atendimentos na sala de vacinas e de coleta de exames de triagem neonatal e embora menos citadas, as visitas domiciliares foram lembradas como oportunidade para se viabilizar ações nesse sentido. As ações em outros serviços, especialmente com as escolas, mais uma vez foram lembradas.

Aos enfermeiros, membros das equipes multiprofissionais de saúde atuantes

na ABS, competem participar na consolidação de diferentes ações preconizadas pelas políticas públicas de saúde voltadas à infância, em todo o território nacional (Ministério da Saúde, 2012, 2015a, 2017a). Neste sentido, o olhar para cada detalhe, a escuta de cada demanda, nos momentos de encontro com as crianças e suas famílias revelam-se fundamentais para atenção integral à saúde infantil.

O pré-natal é momento de preparo para promover a saúde da criança, iniciando com a abordagem da gestante sobre sua saúde e a saúde de seu conceito, tanto em consultas individuais, quanto em grupo. Essa possibilidade está contida na proposta de linha de cuidados para o nascimento saudável (Ministério da Saúde, 2012) e também na própria PNPS, que inclusive destaca que as ações e atividades desenvolvidas devem ser realizadas de maneira participativa e dialógica (Ministério da Saúde, 2015b), entretanto com os resultados obtidos nesta pesquisa evidenciou-se que menos de 50% das gestantes iniciaram seu pré-natal antes do primeiro trimestre.

Os participantes desta pesquisa relataram que nas consultas de Puericultura, com uma rotina estabelecida, abre-se a oportunidade de acompanhar mensalmente o crescimento e desenvolvimento das crianças, desde o seu nascimento, possibilitando trabalhar ações de Promoção da Saúde da Criança, bem como determinar riscos ou prejuízos futuros. Esses aspectos são também recomendados nos documentos oficiais, como o da Rede Cegonha, os Cadernos de atenção Básica – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento e a própria PNAISC (Ministério da Saúde, 2011b, 2012, 2015a).

Ao mesmo tempo, foi destacada a importância dos trabalhos de grupos educativos com pais, durante a Puericultura, para a Promoção da Saúde da Criança.

Os entrevistados referiram que os trabalhos de grupo são oportunidades para

se realizar ações promotoras da saúde infantil, como os grupos com pais ou mães, abordando o aleitamento materno, a saúde da criança em geral; bem como os grupos na escola, seja por salas ou por faixas etárias. No âmbito da ABS, os documentos oficiais destacam que, ao lado das práticas de abordagem individual, as práticas de abordagem coletiva voltadas às crianças e suas famílias e realizadas pelas equipes multiprofissionais de saúde apresentam considerável potencial para reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Ministério da Saúde, 2012, 2015a, 2017a).

A imunização é um direito da criança e está inserida nas propostas das políticas públicas para a prevenção de doenças e de Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2012, 2015a). Segundo os enfermeiros, a sala de vacina é um excelente espaço para esse fim. Realizam-se trocas entre os profissionais e os pais/responsáveis das crianças, havendo fortes evidências da literatura de redução das taxas de morbimortalidade e hospitalização infantil devido a ações de vacinação (Ministério da Saúde, 2015a).

Destaca-se que, apesar de ser momento e espaço reconhecidos e preconizados pelas propostas públicas oficiais correlatas para a viabilização da Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2012, 2015a, 2017b), a visita domiciliar foi apontada somente por um participante desta pesquisa como tal, referindo que ao realizá-la torna-se possível observar a dinâmica familiar, o contexto real de como a criança vem sendo cuidada.

Os desafios para se realizar a Promoção da Saúde da Criança que emergiram dos depoimentos dos enfermeiros foram sistematizados nas seguintes situações desfavoráveis: Trabalho materno limitante: baixa participação familiar nas atividades

programadas, dificuldades para ir até as crianças e suas famílias/barreiras geográficas, preferência pelo atendimento médico, condições familiares/sociais adversas e carência de recursos materiais, organizacionais e de educação permanente.

Os participantes da pesquisa apontaram a necessidade de conscientização dos pais/ responsáveis pelas crianças quanto à valorização do serviço, a adesão às consultas da Puericultura e aos grupos de orientação. São notadas por esses profissionais, as faltas às ações programadas, que podem estar associadas ao horário proposto pelo serviço de saúde, pois considerável contingente das mães trabalha.

Associadas a essa ideia aparecem as dificuldades para os profissionais irem até as crianças e suas famílias/ barreiras geográficas, como também para reunir a população infantil em regiões onde os responsáveis trabalham no horário de serviço dos agentes de saúde, especialmente onde não tem unidades de saúde fixas, como acontece na zona rural. Ou seja, barreiras físicas e geográficas comprometem as ações de Promoção da Saúde nesse contexto.

Inferese o grande desafio de facilitação do acesso que as equipes de saúde da família carecem superar, visando o cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS, e mantendo tais serviços como ponto preferencial dos usuários nas RAS (Ministério da Saúde, 2017b).

Pelos depoimentos coletados, existem situações em que os pais têm preferência pela escuta do profissional pediatra e não aceitam passar pela equipe de ESF. Isso revela que muito tem que se fazer para mostrar a importância da utilização das UBS que seguem esse modelo assistencial. A ESF apresenta, dentre seus objetivos, prestar a assistência de forma contínua e integral às famílias adscritas em

todas as USF, por sua vez, consideradas como o núcleo básico de abordagem e atendimento, possibilitando a criação de vínculos entre os profissionais de saúde e os usuários, configurando-se como o ponto de referência do SUS dentro das comunidades, com potencialidade de ampliar a resolubilidade nas situações de saúde/doença dos indivíduos (Ministério da Saúde, 2017a). Considera-se que as lacunas quanto à inclusão de propostas provenientes do referencial da Promoção da Saúde, somente serão preenchidas com ações que requerem o redirecionamento da prática clínica dos trabalhadores da equipe, de forma a se desarticular da especialização demasiada, predominantes nos serviços de saúde e na atuação dos profissionais (Arantes, Borgus, 2015).

Diante desse desafio, acredita-se que a adoção de medidas estratégicas, como a sensibilização dos profissionais para a intensificação do vínculo e da escuta qualificada com as crianças e suas famílias, permite a aproximação necessária, facilitando o acesso e permitindo relações de maior confiança entre os envolvidos, compartilhando decisões quanto às medidas mais apropriadas a serem seguidas.

As situações relatadas expõem o quanto às crianças e suas famílias mostram-se vulneráveis às adversidades de seus processos saúde-doença, devido a fragilidade dos serviços de saúde, ou seja, às deficiências que o serviço pode proporcionar: falta de articulação com a RAS, alta da maternidade, sem saber as condições da mãe, bem como a falta de remédios, ressignificando ainda mais a necessidade de ações ampliadas de Promoção da Saúde, sustentadas pelo poder público intra e intersetorial (Ministério da Saúde, 2015b).

As condições apontadas pelos entrevistados que limitam as ações de Promoção da Saúde da Criança foram: aumento da demanda; falta de recursos humanos suficientes para adequar a toda essa demanda; estrutura física

inadequada, falta de recursos materiais, falta de protocolos institucionais, falta de capacitação para toda a equipe. A PNPS, ao contrário, considera fundamentais os subsídios profissionais e de gestão para a sua consecução, inclusive como uma questão de direito da população, incentivando práticas de forma segura, com qualidade e dispondo de recursos suficientes, sejam eles, humanos, materiais ou processuais (Ministério da Saúde, 2015b).

Sob a abordagem quantitativa de pesquisa, os dados obtidos sobre os atendimentos clínicos de enfermagem nas ESF confirmaram que as premissas da Promoção da Saúde ainda carecem ser mais bem incorporadas no cotidiano de suas realizações.

O perfil materno, as condições de gestação e de nascimento das 222 crianças se mostraram favoráveis para a Promoção da Saúde da Criança (Momoiet al., 2012), especialmente no que se refere à participação das gestantes no serviço pré-natal, à oportunidade de contar com unidades de referência tanto para aquelas de risco habitual quanto de alto risco, pela maior parte das gestações ser de risco habitual, com o início do pré-natal ainda no primeiro trimestre, pela maioria das crianças ter nascido a termo, sendo suas mães com idade acima de 18 anos. Foram identificadas, porém, parcelas menores dessas crianças que se mostraram vulneráveis aos agravos de saúde e expostas aos riscos ao nascer (Ministério da Saúde, 2011a, 2012), inclusive havendo o reconhecimento pelos enfermeiros participantes da primeira etapa desta pesquisa, quanto a essas condições ser um desafio a ser superado para se realizar a Promoção da Saúde da Criança.

Em geral, sobre os achados relacionados às condições de gestação e de nascimento das crianças participantes da segunda etapa desta pesquisa, necessário se faz considerar as grandes proporções de dados não constantes dos prontuários

das mesmas. Muitos desses dados são tidos como fundamentais para classificá-las como de risco e/ou com vulnerabilidades ao nascer, sendo essa classificação importante medida estabelecida oficialmente para nortear a adequada vigilância da saúde infantil (Ministério da Saúde, 2011a, 2015a).

Especificamente, em relação aos 626 atendimentos clínicos de enfermagem pediátrica, realizados durante os dois primeiros anos de vida das 222 crianças estudadas, verificou-se que a maior parte ocorreu no primeiro semestre de vida, com visível decréscimo durante o período estudado, sendo a consulta de enfermagem de rotina, o tipo mais frequentemente registrado. Esse achado encontra correspondência aos depoimentos coletados na primeira etapa desta pesquisa, quando esse tipo de atendimento clínico foi citado como momentos e espaço privilegiado para realizar a Promoção da Saúde da Criança. Esse tipo de consulta, caracterizada como consulta de Puericultura, possibilita o enfermeiro programar suas ações, quando se torna possível a detecção precoce das mais diversas alterações nas áreas do crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor e da nutrição da criança e, ao mesmo tempo viabiliza o desenvolvimento de ações de Promoção da Saúde (Yakuwa et al., 2015; Gasparino et al., 2013).

Sabe-se que na oferta de cuidados à saúde por meio das ações de Puericultura, isto é, nas consultas programadas de rotina, os profissionais de enfermagem são capazes de gerar transformações inerentes não somente às crianças, mas também a suas famílias, no que se refere à prevenção, detecção e reabilitação de doenças e, especialmente, à Promoção da Saúde. Contudo, há evidências de que ainda permanecem limites a essas transformações, na medida em que os atendimentos clínicos realizados por enfermeiros se pautam pela abordagem segundo o modelo biomédico, predominando a ênfase no adoecimento

das crianças. Cabe lembrar que esses limites não se restringem ao trabalho dos enfermeiros, afetando sobremaneira todo o trabalho desenvolvido nas unidades da ABS (Monteiro et al., 2011a).

Nos prontuários pesquisados, foi constatado um número reduzido de registros sobre atendimentos clínicos de enfermeiros em visitas domiciliares, corroborando com o que foi evidenciado nos depoimentos coletados juntos aos enfermeiros da ESF, durante a primeira etapa deste estudo, quando se apreendeu a pouca valorização da visita domiciliar como momento e espaço privilegiado para se viabilizar ações de Promoção da Saúde.

Está oficialmente prevista a realização de pelo menos uma visita domiciliar nos primeiros 15 dias de vida de todas as crianças pertencentes à área de cobertura das USF, especialmente para aquelas consideradas de risco ao nascer, sendo esperada a realização de outras durante o acompanhamento de Puericultura, conforme se fizer necessárias; situação que pouco se revelou no presente estudo (Ministério da Saúde, 2012).

Esses resultados reforçam a ideia de que, na realidade estudada, está se perdendo chances para se ampliar a aproximação e o conhecimento sobre o contexto de vida e saúde da criança e de sua família. Isso está acontecendo, mesmo que o estabelecimento de vínculo efetivo entre os enfermeiros e mães/responsáveis das crianças tenha sido apontado pelos participantes como estratégia recomendada para promover a saúde das mesmas.

Sobre as queixas e motivos para o atendimento clínico realizado pelo enfermeiro, a predominância de sinais, sintomas e outros parâmetros clínicos alterados corrobora o que foi anteriormente discutido quanto aos atendimentos clínicos de enfermagem estar marcadamente voltados para a abordagem de

doenças e de agravos, em especial, nas consultas eventuais, mas acontecendo também nas de rotina e nas visitas domiciliares.

Ao sistematizar as consultas de enfermagem, integrando-as às principais linhas de cuidados de atenção integral à saúde da criança (Ministério da Saúde, 2012, 2015a), pode-se identificar que a área diagnóstica mais explorada foi a de Agravos Físicos. Esse achado reforça a ideia de que os atendimentos clínicos realizados pelos enfermeiros têm-se pautado no modelo assistencial centrado na doença, muitas vezes direcionando e limitando a abordagem ao tipo “queixa-conduta”.

A baixa frequência de registros ou ausência dos mesmos em diferentes áreas diagnósticas indica que, de fato, não está se estabelecendo o cuidado integral para a população infantil atendida nas consultas e visitas domiciliares realizadas pelos enfermeiros (Ministério da Saúde, 2012).

Contudo, há de se levar em conta que os profissionais enfermeiros vêm ampliando as possibilidades de abordagem da vigilância de saúde infantil, ao incluírem avaliações diagnósticas nas demais áreas, especialmente na de Alimentação/Hidratação e nas de Crescimento e de Desenvolvimento Neuropsicomotor (Ministério da Saúde, 2012, 2015a).

Em relação às propostas de cuidados identificadas nos atendimentos clínicos estudados, constatou-se que os enfermeiros vêm incluindo ações que, embora centradas na dimensão preventiva e na de tratamento de doenças e agravos de saúde, muitas delas contemplam ações de Promoção da Saúde das Crianças.

A maioria das propostas de cuidados com as crianças se relacionou a Orientações que puderam ser associadas a quase todas as áreas diagnósticas, com destaque na de Higiene corporal/Higiene bucal e de Alimentação/Hidratação. Na perspectiva da Educação em Saúde, as orientações se relacionam a tecnologias de

baixa densidade, para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância no próprio território, contando que devam ser realizadas na ABS. Neste sentido, as propostas de cuidados necessitam considerar o indivíduo/comunidade em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural, na busca da promoção de sua saúde e redução de danos que se apresentem (Ministério da Saúde, 2012).

Considera-se relevante quando os profissionais incentivam ações como o aleitamento materno exclusivo ou sob livre demanda e a modificar hábitos como os de higiene precária, evidenciando os determinantes e condicionantes para a diminuição da vulnerabilidade ligada aos modos de vida das pessoas, em várias dimensões, como: habitação, trabalho, renda, educação, cultura, moradia e acesso, ambiência e acesso aos bens e serviços oferecidos à população para proporcionar, assim, a Promoção da Saúde da Criança (Ministério da Saúde, 2015b).

Também, revelaram-se como importantes, as propostas de cuidados na área Integridade psicossocial e familiar, que embora não tão frequentes, apontam para os possíveis reflexos positivos para Promoção da Saúde da Criança, como “Estimular o vínculo entre mãe e filho”, “Parabenizar pelo cuidado” e “Escutar os temores do puerpério”. Essas são diversas formas de, na prática clínica da consulta de enfermagem, incluir e ampliar a atenção ao binômio mãe-filho, valendo-se da abordagem familiar, que pode se dar por meio de trabalho de grupos educativos, visitas domiciliares e consultas clínicas (Ministério da Saúde, 2012, 2015a, 2017a).

Na perspectiva dos atendimentos clínicos pediátricos, foi possível constatar, ao longo deste estudo, que ações de cunho educativo efetivas e de sensibilização, a comunicação com a família e a capacitação para o autocuidado, ultrapassando a técnica, mas considerando o atendimento a queixas e/ou ações dos outros

profissionais, são importantes estratégias para influenciar positivamente a atenção integral à saúde da criança, evidenciando o papel sanitário e social transformador da Enfermagem (Monteiro et al., 2011a).

Considerável parcela das propostas de cuidados se caracterizou por ser de encaminhamento para outros profissionais e serviços, agendamento de consultas futuras ou de retorno de Puericultura e a solicitação de exames e de outros serviços. Assim, mantendo coerência com que os enfermeiros participantes da primeira etapa desta pesquisa recomendaram como estratégia para promover a saúde da criança: comprometimento da equipe, com o trabalho na unidade e o intersetorial e em rede, pelas propostas de cuidados registradas, verificou-se que os enfermeiros acessam outros profissionais de saúde, tanto internos às USF, quanto especialistas externos. Entre os da equipe de saúde da família destacaram-se os encaminhamentos para o médico generalista da equipe da ESF e dentre os externos, apareceram: médico pediatra, médico dermatologista, psicólogo, fonoaudiólogo, cirurgião dentista. Isso mantém coerência com a atenção integral à saúde que se quer oferecer para a população infantil, com possibilidade ampliada de se realizar a Promoção da Saúde (Ministério da Saúde, 2012, 2015a, 2017b).

Foram muitas as propostas de cuidados com recém-nascidos e crianças que não foram especificadas e registradas como orientações gerais, o que pouco contribui para o adequado acompanhamento das crianças na Puericultura, necessitando ser repensada essa forma de registro das mesmas.

Considerando o conjunto de dados obtidos e o referencial das Necessidades Essenciais das Crianças, pode-se constatar que algumas têm sido mais exploradas nos atendimentos clínicos pediátricos realizados pelos enfermeiros da ESF do município estudado, como a Necessidade de Proteção Física, Segurança e

Regulamentação e a Necessidade de Experiências Adequadas ao Desenvolvimento. Porém, proporcionalmente, observou-se que as demais necessidades não estão sendo ou estão sendo insuficientemente contempladas nas avaliações diagnósticas e propostas de cuidados, por sua vez extremamente importantes para a promoção da saúde integral da população infantil (Brazelton, Greenspan, 2002; Mello et al., 2014).

De modo geral, tem-se notado que a assistência de enfermagem brasileira na ABS, ainda continua centrada no modelo biomédico hegemônico, privilegiando práticas prioritariamente curativas, fragmentadas e de baixa resolutividade; mesmo que existam inúmeros esforços por parte dos profissionais, dessa categoria como de outras da área da saúde, na busca da Promoção da Saúde e da integralidade do cuidado infantil (Novaczyki, Dias, Gaíva, 2008), revelando que deva haver um movimento no Setor Saúde como um todo para a reversão dessa realidade.

Com base nos achados deste estudo, acredita-se que a responsabilidade pelas transformações que se mostram necessárias para incorporar as premissas da Promoção da Saúde da Criança na prática do enfermeiro da ESF cabe, em grande parte, aos próprios enfermeiros, na medida em que se capacitem e organizem junto aos demais profissionais das USF para tal. Para isso, torna-se fundamental a sensibilização e respaldo da gestão municipal.

Destacaram-se como limitações deste estudo, tanto a falta de registros nos prontuários pesquisados, quanto à ausência de adoção de um sistema único de classificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem pelas USF selecionadas como contexto institucional deste estudo. Situações essas que também merecem maior atenção da gestão municipal de saúde, em geral, e da gerência de enfermagem, em específico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As concepções dos enfermeiros da ESF a respeito da Promoção da Saúde da Criança apreendidas revelaram-se próximas aos princípios científicos e às políticas atuais, porém as experiências com essa temática apresentaram-se permeadas por dificuldades inerentes ao contexto de vida das crianças e aos próprios serviços de saúde.

Foi possível constatar que, na prática clínica pediátrica do enfermeiro na ESF, independentemente do tipo de atendimento, são desenvolvidas ações de Promoção da Saúde da Criança. No entanto, a referida prática mostrou-se fortemente influenciada pelo modelo biomédico, centrado nas doenças e agravos à saúde, bem como restrita a avaliação diagnóstica de somente algumas áreas, abrangendo de forma incompleta e desproporcional as Necessidades Essenciais das Crianças. A análise das propostas de cuidados elaboradas pelos enfermeiros da ESF, apesar da frequência considerável daquelas de cunho educativo, da mesma forma, não contemplaram todas as áreas de intervenção possíveis, assim como valorizaram apenas algumas das referidas necessidades.

Considera-se, por fim, que o estudo apresenta subsídios para a reorganização das ações de Promoção da Saúde da Criança, evidenciando potencialidades/desafios a serem considerados/superados pelos enfermeiros do contexto estudado e de outros relacionados.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Akerman M. Declaração de Helsinque sobre Saúde em todas as Políticas. In: Anais da 8a Conferência Internacional de Promoção da Saúde; Helsinque; 2013. Helsinque; 2013.
2. Arantes CIS, Bógus CM. A promoção da saúde na atenção primária na perspectiva de uma equipe de saúde da família. In: Anais do 4o Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, 6o Simpósio Internacional de Educação e Comunicação; 2015; Aracaju. Aracaju; 2015. p. 291-4.
3. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Tos BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev Bras Enferm. 2014;67(6):1000-1007.
4. Prefeitura Municipal de Assis. Secretaria Municipal de Saúde. Linha de cuidado da gestante e criança [Internet] [citado 05 Abr 2017]. Disponível em: <http://www.saude.assis.sp.gov.br/index.php/arquivos?task=viewcategory&catid=132> 2014.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Ed. 70; 2011.
6. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças. O que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.
7. Câmara dos Deputados (BR). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet] [citado 05 Abr 2017]. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatualizada-pl.pdf>
8. COFEN. Resolução nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras. São Paulo; 2002.
9. COFEN. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá

- outras providências. São Paulo; 2009.
10. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Tradução Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010. 296 p.
 11. Figueiredo NMA. Método e metodologia na pesquisa científica. 3a ed. São Paulo: Yendis; 2009.
 12. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. Informações dos Municípios Paulistas – IMP [Internet]. Brasília, 2017 [citado 05 Abr 2017]. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#>
 13. Gasparino RF, Simonetti JP, Tonete VLP. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev Rene. 2013;14(6):1112-223.
 14. Heidmann ITS, Almeida MCP, Eggert BA, Miranda WA, Marisa M. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm. 2006;15(2):352-8.
 15. IBGE. População: taxas de mortalidade infantil [Internet]. Brasília; 2016 [citado 05 Abr 2017]. Disponível em: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>
 16. IBGE. Mortalidade infantil continua em queda no Brasil [Internet]. Brasília; 2017 [citado 05 Abr 2017]. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/11/mortalidade-infantil-continua-em-queda-no-brasil>
 17. Malta DC, MoraesNeto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, Akerman M. National Health Promotion Policy (PNPS): chapters of a journey still under construction. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(6):1683-1694.
 18. Manzini FC, Simonetti JP. Consulta de enfermagem aplicada a clientes portadores de hipertensão arterial: uso da teoria do autocuidado de Orem. Rev Latino-Am Enferm. 2009; 17(1):113-9.
 19. Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado?. Rev

- Eletron Enferm. 2006;8(3):415-21.
20. Matumoto S, Fortuna CMF, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011;19(1):123-30.
21. Medeiros EAG, Boehs AE, Heidemann ITSB. O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira. *REME - Rev Min Enferm*. 2013;17(2):462-7.
22. Mello DF, Henrique NC, Pancieri L, Veríssimo ML, Tonete VL, Malone M. Child safety from the perspective of essential needs. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(4):604-10.
23. Mendes IA. Desenvolvimento e saúde: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(3):447-8.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco; 2014.
25. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
26. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. v. 4 p. 29.
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

-
-
30. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130/MS, de 5 agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2015a.
 31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2015b.
 32. Ministério da Saúde (BR). Estratégia Saúde da Família [Internet]. Brasília; 2017a [citado 05 Abr 2017]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>
 33. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília; 2017b [Internet] [citado 02 Outubro 2017]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>
 34. Momoi C, Vasconcelos SRS, Silva EMK, Strufaldi WL, Terao SM, Puccini RF. Saúde da criança: fatores de risco aplicados em programas de atenção básica à saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(2):231-7.
 35. Monteiro AI, Santos ADB, Macedo IP, Gurgel PKF, Cavalcante JMP. A expressão da autonomia do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. *Rev Enferm UERJ.* 2011a;19(3):426-31.
 36. Monteiro AI, Macedo IP, Santos ADB, Araújo WM. A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. *Rev Rene.* 2011b;12(1):73-80.
 37. Novaczyk AB, Dias NS, Gaíva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. *Rev Eletron Enferm.* 2008;10(4):1124-37.
 38. Oliveira VC, Cadette MMM. Anotações do Enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):301-6.
 39. OPAS. OMS Brasil. Líderes globais concordam em promover saúde para alcançar objetivos do desenvolvimento sustentável [Internet]. Brasília: OPAS, OMS Brasil; 2016 [citado 21 Nov 2017]. Disponível

- em:<http://www.paho.org/bra/index.php?option=comcontent&view=article&id=5298:lideres-globais-concordam-em-promover-saude-para-alcancar-objetivos-do-desenvolvimento-sustentavel&catid=1016:bra-01-noticias&Itemid=875>
40. Organização Mundial da Saúde. Anais da 7a Conferência Global sobre a Promoção da Saúde; Nairobi; 2009. Naorobi; 2009.
41. Rabello LS. Promoção da saúde a construção social de um conceito em perspectiva comparada [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.p. 21-2 [citado 05 Abr 2017]. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/z7jxb/pdf/rabello-9788575413524.pdf>
42. Ribeiro CA, Ohara CVS, Saporoli ECL. Consulta de enfermagem em puericultura. In: Fujimori E, Ohara CV Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p. 223-42.
43. Sanches EN, Próspero ENS, Stuker H, Borba Júnior MC. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(2):294-300.
44. Santos EM, Moraes SHG. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. Cogitare Enferm. 2011;16(3):492-7.
45. Sasaki AK, Ribeiro MPDS. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. Rev Bras Med FamComunidade. 2013;8(28):155-63.
46. SEADE. Perfil dos municípios paulistas [Internet] [citado 05 Abr 2017]. Disponível em: <http://www.perfil.seade.gov.br/>
47. Secretaria Municipal de Saúde (Assis). Projeto Germinar: município Assis. Assis; 2012 [citado 05 Abr 2017]. Disponível em: www.saude.assis.sp.gov.
48. Silva KL, Rodrigues AT. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. Rev BrasEnferm. 2010;63(5):762-9.
49. UIPES. 22ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde da UIPES Promovendo Saúde e Equidade. Curitiba; 2016 [citado 20 de janeiro 2018]. Disponível em <http://www.iuhpeconference2016.com/index.php>
50. Vasconcelos VM, Frota MA, Martins MC, Machado MMT. Puericultura em

- enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. Esc Anna Nery. 2012;16(2):326-31.
51. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Lancet. 2011;1(2):32-46.
52. World Health Organization. The Ottawa for Health Promotion. In: Proceedings of the 1st International Conference on Health Promotion; 1986; Ottawa. Ottawa; 1986.
53. Yakuwa MS, Sartori MCS, Mello DF, Duarte MTC, Tonete VLP. Child health surveillance: nurses perspective. Rev Bras Enferm. 2015;68(3):330-6.

APÊNDICES

Apêndices

Apêndice 1

FORMULÁRIO DAS ENTREVISTAS COM ENFERMEIROS

I – Identificação

Entrevista nº:

Data: //

Iniciais:

Idade:

Sexo

Local(is) anterior(es) de trabalho/por quanto tempo:

Local atual de trabalho (USF):

Tempo de atuação no atual local de trabalho:

Tempo de formado na graduação:

Instituição onde se graduou:

Curso(s) de Pós-graduação:

Instituição(ões) onde se pós-graduou:

Houve formação para realizar ações de promoção da saúde na graduação? Qual?

Houve formação para realizar ações de promoção da saúde na pós-graduação? Qual?

II - Questões norteadoras

1. Como você define Promoção da Saúde?
2. Para você, o que deve ser feito para promover a saúde da criança na ESF?
3. Considerando todos os momentos de seu trabalho na ESF, discorra sobre sua experiência em ações de Promoção da Saúde Infantil.
4. Quais as facilidades/dificuldades para realizar essas ações?
5. Gostaria de falar algo mais sobre o tema aqui abordado?

Apêndice 2

FORMULÁRIO UTILIZADO NA COLETA DE DADOS PRONTUÁRIOS

I – Identificação

Pesquisa nº:

Data://

USF de referência:

Nº prontuário materno:

Iniciais maternas:

Nº prontuário criança:

Iniciais da criança:

Endereço completo de residência:

Características sociais e demográficas maternas:

Idade no parto () < 18 anos () ≥ 18 anos

Trabalho fora do domicílio () Sim () Não

Convivência com companheiro () Sim () Não

Escolaridade < 8 anos () Sim () Não

Renda familiar R\$

Número de membros da família que dependem desta renda:

História obstétrica/condições de nascimento:

Realização de Pré-natal () Sim () Não

Local onde foi feito o Pré-natal () UBS () CSE () USF () Serviço privado ()

Outro público:

Número de consultas de Pré natal () < 7 consultas () ≥ 7 consultas

Data de nascimento //

Sexo () masculino () feminino

Local do parto () Domiciliar () Hospitalar () Outro:

Idade gestacional ao nascer () < 37 semanas () ≥ 37 a < 42 semanas () ≥ 42 semanas

Peso ao nascer () < 2500g () ≥ 2500g

Tipo de parto () cirúrgico () vaginal

Apgar de 1º minuto () < 7 () ≥ 7

Apgar de 5º minuto () < 7 () ≥ 7

Intercorrências ao nascer () Sim () Não

Se intercorrência(s) ao nascer, qual(is)?

Idade do recém-nascido na alta da maternidade dias

Tipo de aleitamento materno na alta hospitalar () AME () LMM () FI

Primeiro filho () Sim () Não

Irmãos mortos < 5 anos () Sim () Não

Participação materna/criança em consulta de enfermagem pediátrica na USF

Data do cadastro da criança na USF//

Número de visitas domiciliares realizadas por enfermeiro, por mês de vida

Diagnósticos/Intervenções de enfermagem elaborados nas visitas domiciliares realizadas, por mês de vida

Número consultas de enfermagem agendadas, por mês de vida

Diagnósticos/Intervenções de enfermagem elaborados nas consultas de enfermagem agendadas, por mês de vida

Número de consultas de enfermagem eventuais, por mês de vida

Diagnósticos/Intervenções de enfermagem elaborados nas consultas de enfermagem eventuais, por mês de vida.

Apêndice 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O/A Senhor/a está sendo convidado/a a participar de uma pesquisa chamada **“Promoção da saúde da criança: contribuições de enfermeiros da estratégia saúde da família”** que pretende analisar a inserção de ações de promoção da saúde infantil na prática de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.

O/A sr(a). foi selecionado(a) a participar dessa pesquisa, por atuar como enfermeiro/a nas unidades de saúde da família do município de Assis.

A pesquisa consta de algumas perguntas sobre dados pessoais e sobre suas concepções e experiências na promoção à saúde infantil na sua unidade.

A aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Curso Mestrado Acadêmico, da Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, realizará uma entrevista, que será audiogravada e depois transcrita na íntegra.

Após a transcrição da entrevista as gravações serão deletadas. A entrevista será realizada pessoalmente na própria unidade de saúde, conforme disponibilidade do entrevistado, entre os meses de Fevereiro a Junho de 2017. A entrevista durará cerca de 30 minutos.

O resultado dessa pesquisa permitirá conhecer como é no dia-a-dia das unidades de saúde da família o trabalho do enfermeiro na promoção da saúde da criança, nos dois primeiros anos de vida. Isso possibilitará saber as contribuições desse profissional para a qualidade de saúde e de vida da população infantil sob seus cuidados.

Caso o(a) sr(a) não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai interferir em seu trabalho. O(a) sr(a) poderá retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem nenhum prejuízo. É garantido total sigilo do seu nome e dados pessoais, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

O(a) sr(a) receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pela pesquisadora por cinco anos. Qualquer dúvida adicional o(a) sr(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8.00 às 11.30 e das 14.00 às 17:00, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos.

Após terem sido sanadas todas minhas dúvidas a respeito deste estudo, CONCORDO em participar da pesquisa de forma voluntária, estando ciente que todos os seus dados estarão resguardados através do sigilo que os pesquisadores se comprometeram. Estou ciente que os resultados desse estudo poderão ser publicados em revistas científicas sem, no entanto, que minha identidade seja revelada.

Nome:

Assinatura:

Data://

Pesquisadora: Aline Biondo Alcantara

Assinatura: Data:/ /

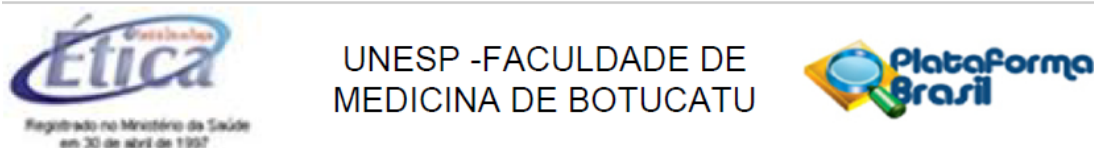
Orientadora: Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete

Assinatura: Data:/ /

Pesquisadora: Rua João Pereira Flauzino, 181, apto 404, Vila São Cristóvão. Cep 19800-000. Assis. São Paulo Tel. (18) 99609-9933. E-mail: aline.bap@hotmail.com.

Orientadora: Rua General Telles, 1396, apto. 121, Centro. Cep 18.602-120 Botucatu. São Paulo Tel. (14) 38821842. E-mail: pamp@fmb.unesp.br.

ANEXO

Anexos: Anexo 1**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: CONTRIBUIÇÕES DE ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: ALINE BIONDO ALCANTARA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62023816.6.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.851.368

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa do Programa de Mestrado Profissional do Departamento de Enfermagem da FMB-UNESP.

Segundo a Organização de Saúde, a promoção da saúde é considerada uma arte, em que os cidadãos conseguem aperfeiçoar e manter o equilíbrio da saúde, no âmbito individual ou coletivo, na tentativa de se adaptar ao ambiente, na busca da satisfação de suas necessidades, e, se necessário for, na transformação das práticas cotidianas, levando-se em conta a diversificação sócioeconômica e cultural de cada localidade. Dados da literatura tem demonstrado transformações nas políticas públicas para fortalecer ações em prol da saúde infantil de crianças brasileiras, com destaque àquelas que visam à redução das taxas de morbimortalidade e à promoção da saúde durante a infância.

A vigente Política Nacional de Saúde Integral da Criança (PNAISC) reafirma a necessidade do fortalecimento de ações de promoção à saúde, por meio da atenção integral à saúde da criança, a partir da gestação aos nove anos de idade. Espera-se que os enfermeiros, enquanto membros das equipes multiprofissionais de saúde atuantes na Atenção Primária de Saúde contribuam para a consolidação de políticas públicas de saúde voltadas à infância, em todo o território nacional.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



UNESP -FACULDADE DE
MEDICINA DE BOTUCATU



Continuação do Parecer: 1.851.368

Este estudo visa obter subsídios para qualificar o cuidado em saúde de crianças usuárias de unidades de saúde da família, com vistas a fortalecer vínculos e a criar laços de compromisso e corresponsabilidade entre os enfermeiros, crianças e suas famílias.

Esta pesquisa será realizada no município de Assis em duas etapas:

a) quantitativa: através de amostra probabilística e estratificada por unidade de saúde do universo de crianças nascidas entre 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2014, atendidas em seus primeiros dois anos de vida, pelas USF da rede básica de saúde do município de Assis. Esta etapa será realizada a partir dos prontuários das crianças e de suas mães, amostradas por USF. Será utilizado um roteiro previamente estipulado para registrar características das crianças atendidas, das práticas grupais que suas mães participaram durante suas gestações e após o parto, bem como das visitas domiciliares e consultas de enfermagem pediátricas realizadas, com destaque aos diagnósticos e intervenções de elaborados.

b) Qualitativa: será realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, em horários a combinar com cada enfermeiro, sem interferir na rotina das atividades da unidade. As questões serão para caracterizar o grupo de enfermeiros participantes do estudo, bem como registrar suas percepções e experiências na promoção da saúde infantil no âmbito da Estratégia de Saúde da Família.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a inserção de ações de promoção da saúde infantil na prática de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de um município do interior paulista.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: mínimos. Os autores garantem o sigilo dos dados de identificação.

BENEFÍCIOS: avaliar o cuidado de crianças até dois anos de idade atendidas pelo Programa de Saúde da Família.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa de cunho quanti-qualitativa, na medida em que será realizado um estudo

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

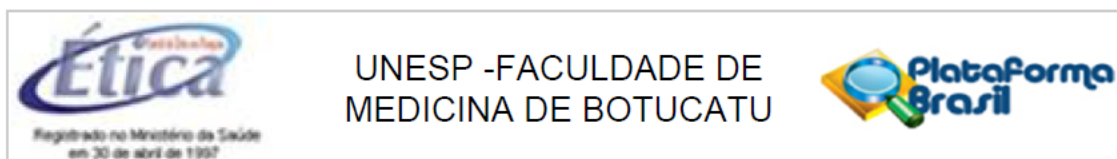
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.851.368

quantitativo transversal e descritivo sobre a frequência dos registros dos diagnósticos e intervenções de enfermagem, elaborados em visitas domiciliares e consultas de enfermagem e das práticas grupais realizadas em unidades de saúde da família (USF), relacionados à promoção da saúde infantil, bem como um estudo qualitativo exploratório, na perspectiva dos enfermeiros atuantes no referido contexto.

Os autores solicitam a dispensa parcial do TCLE, ou seja, eles solicitam a dispensa dos dados oriundos de prontuários de crianças assistidas pela secretaria de saúde de 2012 A 2014, pois estas crianças já não estariam em seguimento. O TCLE seria aplicado apenas aos profissionais de saúde que serão entrevistados no ps próximos meses.

O TCLE - profissionais está em forma de convite, em linguagem clara e objetiva, adequado a população do estudo.

Foi apresentado orçamento financeiro no valor de R\$120,00, e os autores referem financiamento próprio, sem qualquer ônus para a instituição proponente.

O cronograma de execução está em concordância com as recomendações deste colegiado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores apresentaram os documentos exigidos para a realização do estudo:

- Folha de rosto - Resolução 466
- Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Assis.
- TCLE

Recomendações:

Solicita-se envio de Relatório Final de Atividades ao final da execução do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os autores solicitam a dispensa parcial do TCLE, isto é solicitam a dispensa da aplicação do termo para os dados quantitativos que serão obtidos através de consulta a prontuários dos anos de 2012 a 2014. e as crianças já estariam em atendimento em outro serviço. Portanto, o TCLE deverá ser aplicado apenas entre os profissionais participantes do estudo que compreendem o eixo qualitativo do estudo. Sugiro aprovação sem necessidade de envio à CONEP.

Apos análise dos documentos, recomendo a aprovação do estudo, sem necessidade de envio à

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

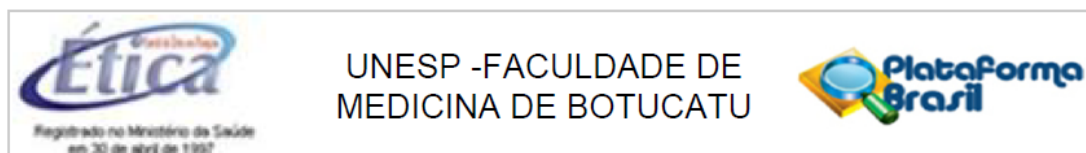
Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP **Município:** BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.851.368

CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião ORDINÁRIA do CEP de 05 de Dezembro de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 05/12/2016 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_821853.pdf	16/11/2016 13:36:19		Aceito
Folha de Rosto	Plataforma_Brasil_3572_Aline.pdf	16/11/2016 13:26:01	ALINE BIONDO ALCANTARA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SMS.pdf	15/11/2016 18:51:33	ALINE BIONDO ALCANTARA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	11/11/2016 15:48:42	ALINE BIONDO ALCANTARA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/11/2016 15:48:15	ALINE BIONDO ALCANTARA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP **Município:** BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

Anexo 2–Protocolo de Alteração do Título do Projeto



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

Objetivo Acadêmico:

- () Pós Doutorado
() Tese Doutorado
(X) Dissertação de Mestrado
() Trabalho científico
() Outros: Especificar

Título Inicial:

Promoção da saúde da criança: contribuições de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Título Final:

Promoção da saúde da criança: concepções e experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 05/12/2016.

Declaro que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.


Nome e Assinatura do Orientador(a)


Nome e Assinatura do Orientado(a)

- **Projetos submetidos via Plataforma Brasil:** Preencher o formulário, protocolar no CEP, digitalizar e postar no sistema Plataforma Brasil.
- **Projetos submetidos anteriormente à Plataforma Brasil:** Preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o parecer inicial de aprovação.