

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA SAÚDE DA FAMÍLIA  
PEDIATRIC HEALTH CARE: PRACTICE OF NURSES IN THE FAMILY HEALTH PROGRAM  
ATENCIÓN DE LA SALUD INFANTIL: PRÁCTICA DE LOS ENFERMEROS DE SALUD DE LA FAMILIA

Rosana Santana de Souza <sup>1</sup>  
Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari <sup>2</sup>  
Tabatha de Freitas Moreira Santos <sup>1</sup>  
Mauren Teresa G. Mendes Tacla <sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Londrina – UEL. Londrina, PR – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Professor Adjunto e Coordenadora da Residência em Saúde da Criança, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde da UEL. Londrina, PR – Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Professor Adjunto e Vice-coordenadora da Residência em Saúde da Criança, Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde da UEL. Londrina, PR – Brasil.

Autor Correspondente: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari. E-mail: ropimenta@uel.br  
Submetido em: 09/04/2012 Aprovado em: 10/09/2012

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que teve como objetivo analisar a prática de enfermeiros, bem como as facilidades e dificuldades, para a operacionalização do Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança na Unidade de Saúde da Família, no município de Londrina, Paraná. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo, que permitiu apreender a unidade de significação dos discursos de cinco sujeitos, resultando na categorização de três temas: atenção à saúde da criança: concepção do planejamento familiar ao pré-natal; programa de atenção à saúde da criança: organização do processo de trabalho; e consulta de enfermagem: detecção e prevenção de agravos. A maior facilidade para a prática do cuidado da criança é o vínculo entre a equipe e a mulher durante o pré-natal e a maior dificuldade são fatores culturais da mãe e da família quanto à adesão às orientações em cuidados essenciais à criança.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Cuidado da Criança; Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde da Família.

ABSTRACT

This was a qualitative research study aiming to analyze the practice of nurses as well as the advantages and difficulties forin operationng a Program to Support Children's Growth and Development of the Family Health Unit, in Londrina, Parana. An content analysis was used for data analysis in order to understand the meaning of the unit of the statements of five subjects resulting in the categorization of three subjects: Pediatric health care: conception of family planning for prenatal care; Program of pediatric health care: organization of the work process; Nursing Consultation: detection and disease prevention. The easier aspect for the practic of pediatric health care was the attachment between the team and the woman during the prenatal period and the greater difficulties were in the cultural factors of the mother and family related to regarding adherence to guidelines compicance for children essential pediatric cares.

**Keywords:** Primary Health Care; Children Care; Community Health Nursing; Family Health Program.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa para analizar la práctica de enfermeros y las facilidades y dificultades en la ejecución del Programa de Seguimiento del Desarrollo y Crecimiento del niño en la unidad de Salud de la Familia, en Londrina, Paraná. El análisis de datos se realizó según su contenido, lo cual permitió aprehender la unidad de significación de los discursos de cinco sujetos que resultó en la categorización de tres temas: atención de la salud Infantil: concepción de la planificación familiar al prenatal; programa de atención de la salud infantil: organización del proceso de trabajo y consulta de enfermería: detección y prevención de enfermedades. La principal facilidad para la práctica del cuidado del niño es el vínculo entre el equipo y la mujer durante el prenatal y la principal dificultad son los factores culturales de la madre y de la familia con relación a la adhesión a la orientación en cuidados esenciales del niño.

**Palabras clave:** Atención Primaria a la Salud; Cuidado del Niño; Enfermería en Salud Comunitaria; Salud de la Familia.

## INTRODUÇÃO

O bem-estar da criança por meio da promoção e recuperação da saúde tem sido, há muito tempo, prioridade da assistência à saúde das populações. Nesse sentido, o Brasil vem buscando desenvolver estratégias em defesa dos direitos infantis e maternos, quanto ao combate à desnutrição e ao analfabetismo, e da erradicação de doenças que causam a morte de milhões de crianças, anualmente.<sup>1</sup>

Para o crescimento saudável, são necessários cuidados básicos com a finalidade de prevenir, promover e recuperar a saúde da criança. Tais cuidados devem ser garantidos na atenção básica à saúde por meio de ações práticas, habilidades e conhecimentos, sendo a Unidade de Saúde da Família (USF) a porta de entrada desse sistema.<sup>2</sup>

Sob tal contexto, com o objetivo de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança, o Ministério da Saúde instituiu as linhas de cuidado para a operacionalização de uma assistência integral, oferecendo atendimento nos três níveis de atenção, por meio de ações preventivas que estimulem a autonomia e a corresponsabilidade dos usuários, bem como a detecção precoce de agravos. O foco das ações é a saúde, em vez da doença, buscando visualizar a criança inserida no contexto familiar sob todos os aspectos que determinam sua saúde e, assim, reduzir as taxas de morbidade e mortalidade por causas evitáveis.<sup>1,2</sup>

Tendo como ferramenta estratégica o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), a atenção básica promove o acompanhamento sistemático das crianças menores de cinco anos e busca desenvolver o vínculo com as famílias, acolhimento, corresponsabilidade e alto grau de resolutividade dos serviços. Além disso, o planejamento das ações é direcionado aos principais problemas da população, a partir do conhecimento de sua realidade.

E surge, assim, um campo rico de atuação para o enfermeiro, que desempenha importante papel na consulta de puericultura por meio da detecção precoce de problemas de saúde e prescrição de cuidados, bem como a implementação de ações interventivas para melhoria da qualidade do atendimento prestado a esse grupo etário, fortalecendo a assistência para que se reduzam índices de morbidade e mortalidade na região e no município onde atua.<sup>3</sup> Tal profissional desenvolve suas atribuições quando: realiza consultas; orienta, treina e define funções para a equipe de enfermagem; supervisiona as atividades; realiza visitas domiciliares às crianças de risco; desenvolve ações educativas fornecendo informações às mães; identifica a situação de saúde da criança relacionando-a às suas condições de vida e considerando suas características biopsicossociais.<sup>2,4</sup>

Quando inserido em uma equipe multiprofissional, o enfermeiro deve organizar e coordenar o processo de trabalho, assim como atuar de maneira eficaz no cuidado à criança. Entretanto, esse profissional tem desenvolvido as ações de saúde da criança

de forma desarticulada, com orientações truncadas e somente diante de queixas apresentadas, o que compromete sua visão da criança como um todo. Além disso, percebe-se a falta de ações educativas efetivas e de sensibilização que possam garantir o vínculo da mãe/família com a unidade de saúde.<sup>5,6</sup> Por outro lado, o serviço de saúde, em especial a atenção básica de saúde, espera receber profissionais com formação aplicada para o domínio dos “processos lógicos de construção dos saberes e práticas de modo coerente com os aspectos sociais, epidemiológicos, econômicos”, considerando o processo de saúde doença individual e coletivo dos diferentes ciclos de vida.<sup>4,7,8</sup>

Considerando que a atenção à saúde da criança é um campo prioritário para a atuação do enfermeiro para a prevenção de agravos e promoção da saúde, o presente estudo teve como objetivo analisar a prática de enfermeiros, bem como as facilidades e dificuldades, para a operacionalização do Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança na Unidade de Saúde da Família.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa realizado com enfermeiros de USF das cinco regiões do município de Londrina, Paraná, entre junho e julho de 2007. O município contava com 53 unidades básicas de saúde e a população do estudo foi composta de cinco enfermeiros coordenadores das unidades básicas de saúde, os quais executavam o atendimento à criança e gerenciavam a unidade, tendo vínculo empregatício efetivo/concursado. Portanto, realizou-se a entrevista com um enfermeiro por região da cidade sendo as UBS compostas por três equipes de saúde da família (SF), representando as maiores regiões em número populacional (sul, norte, leste e oeste). A escolha dos sujeitos foi feita por sorteio entre as unidades que possuíam três equipes SF e que aceitaram participar da pesquisa após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e da Diretoria de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, parecer nº. 061/07, CAAE nº. 0043.0.268.000-07.

Para apreender os aspectos essenciais dos significados do objeto, foram feitas entrevistas individuais e gravadas na UBS, após assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O roteiro de entrevista possuía questões semiestruturadas, validadas por pré-teste para responder à questão norteadora referente: “conte como são realizadas as ações de atenção à saúde da criança no Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança nesta unidade”.

Para a análise dos dados as entrevistas gravadas foram transcritas para compreensão da pertinência da atenção à saúde da criança na unidade de saúde no cotidiano do serviço e levantar as possíveis facilidades e dificuldades. Para a análise dos dados de caráter qualitativo, utilizou-se a análise de conteúdo, especificamen-

te a análise temática ou categorial, que é rápida e eficaz quando aplicada a discursos diretos e simples. Assim, foi organizado e estruturado o conteúdo das entrevistas utilizando-se a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.<sup>7</sup>

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção dos resultados foi feita a partir dos aspectos essenciais dos discursos dos enfermeiros quanto à atenção à saúde da criança no Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança na unidade básica, que possibilitou a categorização de três temas: a) atenção à saúde da criança: concepção do planejamento familiar ao pré-natal; b) programa de atenção à saúde da criança: organização do processo de trabalho; c) consulta de enfermagem: detecção e prevenção de agravos.

### ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: CONCEPÇÃO DO PLANEJAMENTO FAMILIAR AO PRÉ-NATAL

Na atenção básica de saúde, a atuação do enfermeiro em relação à população materno-infantil inicia-se com o planejamento familiar e continua no pré-natal. E pode-se observar nos discursos a seguir que a primeira consulta do recém-nascido também tem sido aproveitada pelo enfermeiro para trabalhar a questão do planejamento familiar com as mães, contribuindo para a atenção à saúde da mulher e da criança.

*[...] Planejamento familiar... é uma das coisas que eu procuro falar nessa primeira consulta. Eu acho que é uma boa oportunidade para as mães. Ela já está com um contato com você todo mês ali. Acho que o planejamento familiar é a primeira coisa que eu tenho orientado (E2).*

A área da saúde da mulher também é uma das áreas prioritárias de cuidado na atenção básica e atualmente o Sistema de Informação do Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento (SIS-Pré-Natal) tem como intuito melhorar o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal, subsidiando municípios e estados com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas. Estudo mostra que a partir da década de 1980 a relação entre as políticas e programas materno-infantis instituídas para reduzir os índices de mortalidade, apesar de seus limites, refletiram na melhoria dos indicadores de mortalidade neonatal. Entretanto, pouco se avançou para a efetivação de políticas públicas que favorecessem melhor atenção à saúde materna.<sup>8</sup>

Em relação às estratégias possíveis de serem utilizadas pelo enfermeiro para trabalhar o planejamento familiar, pesquisa de-

envolvida no estado do Ceará revelou uma prática centrada na orientação individual com atividades grupais esporádicas. Tal organização foi atribuída ao excesso de tarefas com sobrecarga de trabalho do enfermeiro, elevada demanda e ausência de médicos em algumas ESFs e escassez de materiais de apoio e espaço físico apropriado. Ainda assim, 80% das usuárias entrevistadas indicaram o enfermeiro como o principal provedor de informações sobre os métodos contraceptivos.<sup>9</sup>

Outro aspecto a ser destacado é que, apesar das estratégias e investimentos governamentais para a promoção do planejamento familiar e do desempenho dos direitos reprodutivos, de forma consciente e responsável, a gravidez na adolescência tem alcançado índices significativos e constitui-se em um problema de saúde pública. Neste trabalho, o relato das enfermeiras mostra que essa realidade também é vivenciada nas unidades e representa uma dificuldade relativa ao Programa de Acompanhamento do Desenvolvimento e Crescimento da Criança, uma vez que as adolescentes demonstram pouca ou mesmo nenhuma maturidade e responsabilidade para o exercício da maternidade.

*[...] a adolescente engravida e não está preparada para ser mãe. Engravidou porque viu a coleguinha grávida. A inconsequência, você entende?... Tem muita menina que engravida e não assume a criança, não tem responsabilidade. Tem muitas que a gente faz o planejamento familiar e não querem tomar anticoncepcional, quer engravidar mesmo... 15, 16 anos, 14... Porque vê a coleguinha grávida... porque senão ela vai ficar fora do contexto... tem o filho. O duro é assumir! (E1).*

Vale ressaltar que, apesar dos discursos dos enfermeiros do presente estudo, é importante despojar-se de preconceitos em relação às mães adolescentes, pois, na prática, pode-se constatar que muitas delas cuidam de seus filhos da mesma maneira que mães não adolescentes, embora o Ministério da Saúde considere esse grupo etário como um dos determinantes de risco gestacional para a assistência nas unidades básicas de saúde.<sup>10</sup>

Dados da cidade de Londrina demonstram que os adolescentes – idade que compreende dos 10 aos 19 anos – estão iniciando a vida sexual, em média, aos 14,3 anos de idade (42,7%). A taxa de nascidos vivos (NV) de mães adolescentes, no município, caiu de 1.510, em 1998, para 1.040, em 2010, redução de aproximadamente 31,0%. Nesse mesmo período o estado do Paraná apresentou queda de 42.244 para 29.045 nascimentos, respectivamente. No Brasil, de 729.816, em 1998, para 552.630, em 2010.<sup>11</sup>

Apesar da queda, esses indicadores ainda são considerados elevados. Assim, torna-se necessária e urgente a incorporação de atividades educativas sistemáticas sobre sexualidade no planejamento familiar, voltadas para esse grupo etário. Além disso, os profissionais de saúde devem estar preparados para

acolher essa clientela e fornecer as informações pertinentes às dúvidas e às ansiedades geradas nessa fase da vida.<sup>10</sup>

Em relação ao pré-natal, percebe-se que a enfermeira que acompanha a gestante já desenvolve ações de caráter preventivo com vistas à saúde da criança, orientando a mulher quanto aos cuidados com o bebê. Conforme os discursos a seguir, o acompanhamento nesse período facilita a construção do vínculo entre o profissional e a mãe e cria espaços para o diálogo aberto, facilitando a adesão às orientações e à continuidade da assistência após o parto:

*[...] durante o pré-natal a mãe já é orientada que quem faz o primeiro pré-natal é o enfermeiro. Eu faço o pré-natal e já vou falando da importância do cuidado com a mama, das rachaduras... No primeiro dia do pré-natal, a gente fala das vantagens da amamentação, os cuidados que ela tem que ter com o corpo, com a mama pra não ter fissura, a gente vem trabalhando desde o pré-natal (E1).*

*[...] eu como enfermeira atendo essa mãe quando ela pegou o teste de gravidez positivo. Ela já vai passar comigo... aí, a gestante se abre, você cria o espaço dela aqui dentro lá atrás, e aí o desenrolar da puericultura é natural (E5).*

Experiência semelhante em um município de Minas Gerais, no programa de pré-natal, mostra que as gestantes acompanhadas pela enfermeira tendem a procurá-la com mais frequência quando têm dúvidas e intercorrências, seguem mais satisfatoriamente as orientações e desenvolvem mais comprometimento com seu autocuidado. Somado a isso, a relação entre enfermeira e gestante possibilita o aumento da confiança, do vínculo e da valorização profissional.<sup>12</sup>

Por outro lado, pesquisa realizada em 16 unidades da rede básica de saúde do município de Rio Branco-AC mostrou que, apesar da grande maioria das competências essenciais esperadas na assistência pré-natal ter sido desenvolvida pelos enfermeiros, algumas foram realizadas com baixa frequência. Os resultados revelaram bom desempenho dos enfermeiros, mas os autores concluíram que é pertinente avaliar a necessidade de esclarecimentos sobre a importância da incorporação de protocolos assistenciais para a melhoria da qualidade dos serviços, a fim de alcançar melhor qualidade na atenção pré-natal.<sup>13</sup>

O Ministério da Saúde preconiza a realização de no mínimo sete consultas no acompanhamento no pré-natal. Estudos informam o aumento da cobertura de pré-natal, como em Quixadá-Ce, que evidenciou maiores indicadores no processo SIS-PRENATAL.<sup>14</sup> Por outro lado, mesmo que as mulheres realizem número adequado de consultas pré-natais, também podem apresentar problemas e podem ter desfecho desfavorável da gestação, visto que ações de rotina nesse programa possuem fragilidades na identificação e no tratamento de doenças passíveis de detecção precoce e prevenção.<sup>15</sup>

Dessa forma, é importante garantir à gestante a realização do pré-natal não apenas quantitativamente, aumentando o número de consultas, mas também qualitativamente, investindo no treinamento da equipe e instituindo protocolos clínicos, além de outras medidas, já referidos anteriormente. No município em questão, por exemplo, cinco protocolos foram implantados em 2006, dos quais um da saúde da mulher e um da saúde da criança.<sup>16</sup>

Neste estudo, ainda que as enfermeiras entrevistadas tenham afirmado iniciar as orientações à gestante desde o pré-natal, nenhuma delas referiu desenvolver ações educativas com grupos de gestantes em suas unidades. Tal atividade é preconizada pelo Ministério da Saúde nesse programa, porém para realizá-la é necessário reorganizar o processo de trabalho das equipes de saúde da família das unidades de saúde.<sup>1,2,8,13</sup>

## PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

No que se refere ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, todas as enfermeiras afirmaram realizá-lo em conformidade com o protocolo municipal e ministerial. De acordo com esses protocolos, é atribuição do enfermeiro realizar o primeiro atendimento ao recém-nascido sadio e ao de risco.<sup>1,16</sup>

No município, logo após o primeiro atendimento, ainda no primeiro mês de vida, a segunda consulta é agendada com o médico pediatra. A partir de então, os atendimentos das crianças sem risco ficam sob a responsabilidade dos auxiliares de enfermagem de cada equipe, num esquema de “adoção” da criança, até a alta do programa aos 18 meses de idade, quando também se completa o esquema vacinal mínimo antes de completar os dois anos de vida na rede.<sup>16</sup> Essa rotina pode ser inferida nas falas a seguir:

*[...] Então a primeira puericultura é o enfermeiro que faz, já é agendado, é de rotina (E1).*

*[...] Geralmente eu realizo a primeira puericultura, logo quando nasce, e as demais ficam para adoção, para algum auxiliar de enfermagem (E2).*

*[...] a primeira puericultura é com o enfermeiro, depois passa com o pediatra e os outros acompanhamentos são com o auxiliar de enfermagem (E5).*

Nos casos de crianças de risco, a continuidade do acompanhamento até os 18 meses de idade é responsabilidade da enfermeira. São consideradas crianças de risco, segundo o protocolo de atendimento de Londrina, aquelas que apresentam baixo peso ao nascer ( $\leq 2.500$  gramas), prematuridade (idade gestacional  $\leq 36$  semanas), asfixia moderada ou grave (índice de Apgar  $\leq 7$  no 5º minuto), filhos de mães adolescentes ( $\leq 18$  anos) e outros critérios identificados pela equipe de saúde.<sup>16</sup>

Embora os atendimentos fora da classificação de risco fiquem sob responsabilidade dos auxiliares de enfermagem, os enfermeiros realizam a supervisão desses atendimentos, acompanhando o processo de trabalho da equipe na atenção à criança por meio de planilhas, cadernos e anotações em prontuários.

*[...] eu tenho uma pasta controle de todas as crianças da minha área até dois anos, eu sei quem são... acompanho o calendário de vacina... se veio, se não veio na puericultura. Até aquelas que fazem acompanhamento particular eu tenho... Apesar de eu não continuar olhando as crianças, eu dou sempre uma olhada no que eles estão anotando (E3).*

*Então, aqui a gente tem os caderninhos, as planilhas, a gente tem o nome de todas as crianças (E5).*

Estudo sobre a percepção dos enfermeiros quanto às articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de saúde da família também verificou que estes realizam atividades de supervisão e liderança do trabalho da equipe auxiliando na identificação, análise e resolução dos problemas na unidade.<sup>17</sup>

Em relação à agenda dos atendimentos, as enfermeiras deste estudo afirmam realizar as consultas de crianças de sua área de abrangência mediante agendamento prévio e mantendo um dia específico na semana. Essa organização foi identificada como facilitadora na realização dos atendimentos, por proporcionar disponibilidade de horário do profissional e diminuir o tempo de espera das mães. Da mesma maneira, a escala de atendimento na qual os auxiliares de enfermagem estão inseridos também colabora para a dinâmica do serviço para a assistência à criança.

*[...] se já vem com aquele horário agendado, então ela é atendida de imediato. É o agendamento: já vem com o dia e a hora marcada (E1).*

*[...] O funcionário que faz essa puericultura está inserido numa escala dentro da unidade. Então, ele já se programa pros dias que ele tem puericultura, um horário mais tranquilo e tudo mais [...] (E5).*

Apesar dessa rotina, as enfermeiras não deixam de atender mães e crianças que chegam à USF por demanda espontânea ou encaminhada de outras áreas de abrangência. Por outro lado, aumenta o tempo de espera da mãe para o encaixe na agenda do enfermeiro, devido aos outros programas a serem executados.

*[...] não liberamos, mesmo que venha sem ter agendado... Então, a minha dificuldade maior é quando elas vêm por conta própria, não respeitando a agenda do enfermeiro, que é lotada [...] (E1).*

*Pra enfermeira é uma correria... tem emergência e outros programas. Eu acho que a gente tem que ter mais tempo, só isso... A dificuldade é o tempo disponível (E4).*

*Tem mães que são de outra área de abrangência e que, logo no começo, vêm pra casa da mãe ou da sogra. Nesses casos, a mãe ou a sogra, como são da nossa área de abrangência, avisam os ACS e a gente faz a visita da mesma forma. Aí, dependendo da mãe, a gente liga pra outra unidade agendando o pediatra, deixa tudo certo (E5).*

Quanto ao local dos atendimentos, a enfermeira E2 e a E4 referem realizá-las em domicílio, igrejas e barracões, a fim de ficarem mais próximas da comunidade para conhecer as condições socioeconômicas e ambientais da família. Por outro lado, a E1 afirma não fazê-lo na casa, pois vê neles uma prática paternalista.

*[...] Eu sei que tem unidade que vai na casa, agora, eu não gosto... Eu acho que aí você está sendo paternalista (E1).*

*[...] Na minha área de abrangência são feitas um pouco aqui no posto e também nas microáreas, aí a gente utiliza igrejas, barracões, mais próximos; quanto mais próximo da comunidade a gente conseguir fazer, melhor (E2).*

*[...] Geralmente, quando nasce, a gente faz na casa, para ver as condições em que essa criança está vivendo ali. Condições de higiene, socioeconômicas da família (E4).*

Pode-se considerar o atendimento realizado em estabelecimentos comunitários mais próximos das famílias como uma prática criativa utilizada pelas equipes para facilitar o acesso do usuário aos serviços, demonstrando uma mudança de paradigma que permeia as ações dos profissionais.

Em relação ao primeiro atendimento, em que mãe e filho devem ser atendidos na USF, o prazo para a sua realização preconizado pelo Ministério da Saúde é logo na primeira semana após o parto, por ser um período mais vulnerável em que se concentram os mais altos índices de óbito infantil.<sup>1</sup> Observa-se, nas falas a seguir, a preocupação do enfermeiro em realizar o atendimento, conforme o protocolo e a organização do processo de trabalho das equipes. Tal disposição favorece a realização do primeiro atendimento, dentro do prazo preestabelecido pelo Ministério da Saúde.

*[...] como os ACS já têm noção de todas as gestantes, então eles ficam de olho quando nasce para convocar logo na primeira semana. Chegou do hospital, na primeira semana elas são convocadas (E2).*

*[...] nós temos um controle de todas as gestantes, da data provável do parto. Nós temos os ACS que estão fazendo visitas a essas mulheres. Aí, eu procuro focar*

*que eles fiquem de olho, principalmente quando está para nascer, para poder fazer a primeira avaliação em sete dias (E3).*

A organização do processo de trabalho nas unidades facilita o desenvolvimento da vigilância em saúde, promovendo a integralidade da assistência e reduzindo a mortalidade infantil no município. Isso é comprovado pela redução do coeficiente de mortalidade infantil de Londrina nos últimos anos. Houve declínio de 14,3/1.000 nascidos vivos, em 2000, para 10,5/1.000 nascidos vivos, em 2009.<sup>18</sup> Essa queda pode ser atribuída à expansão e melhoria das ações básicas de saúde no município, embora 77,1% tenham sido considerados reduzíveis entre as mortes neonatais por adequado controle da gravidez e parto e 17,5% reduzíveis por parcerias entre os setores de saúde.<sup>19</sup>

Outra estratégia de vigilância é a busca ativa das crianças faltosas, pelo agente comunitário de saúde (ACS), por meio de visitas domiciliares e entrega de comunicados enviados pela enfermeira. Além disso, em alguns casos, ainda é necessária a intervenção do Conselho Tutelar junto às mães, para garantir a corresponsabilidade quanto ao cuidado básico à criança.

*Se elas não vêm, eu remarco, envio a elas bilhetinho pelos ACS, convocando... eu faço três chamadas. Se elas não vêm, aí a gente faz uma visita domiciliar..., se não vêm aciono o Conselho Tutelar (E3).*

*[...] o ACS passa lá, o auxiliar de enfermagem passa e tudo mais... Mostrando que é uma obrigação dela trazer as crianças. É um direito da criança. [...] Essas são aquelas mães que a gente sempre tem que estar de olho... Então, a maioria a gente consegue dessa forma. Quando não consegue, talvez até um Conselho Tutelar no meio (E5).*

A vigilância feita pela equipe da atenção básica é dirigida às pessoas com mais vulnerabilidade e o acompanhamento sistemático em situações de risco visa à redução de agravos em saúde, executando estratégias tais como: visitas domiciliares para captação dos usuários e busca ativa daqueles que se furtam ao acompanhamento programado. Assim, a visita domiciliar realizada pelos ACS no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança consiste em uma ação prioritária de vigilância materno-infantil.

Dessa forma, pode-se perceber a importância da atuação dos ACS para que haja um fluxo dinâmico de atendimento e de vigilância em saúde, por constituírem um vínculo entre o serviço e a comunidade, facilitando o desempenho das atividades do enfermeiro na equipe.

*[...] ter o PSF e os ACS que são o nosso elo com a comunidade, sem eles a gente não estaria acompa-*

*nhando com tanto critério assim, fazendo em dia a puericultura [...] (E3).*

*[...] Eu acho que a saúde da família foi muito boa porque tem uma ligação muito maior com a comunidade. A facilidade eu acho que é esse vínculo que você cria com a comunidade (E5).*

Estudo mostrou também que os enfermeiros valorizam o trabalho realizado pelos ACS, por estes possuírem informações importantes que subsidiam seu trabalho e dos demais componentes da equipe.<sup>17</sup> Tanto o PACS como a ESF surgiram a fim de reestruturar os sistemas municipais de saúde, substituindo o modelo de atenção baseado na valorização do hospital e da doença por um modelo focado na promoção da saúde das famílias, na participação da comunidade e na atuação de equipes multiprofissionais em substituição ao trabalho centrado no médico. Tais características rompem com a passividade das unidades básicas de saúde, estimulando-as à prática da intersectorialidade.

No entanto, a proposta de estruturar o trabalho a partir de equipes multiprofissionais não garante uma ruptura com a dinâmica medicocentrada, pois algumas dificuldades da ESF se relacionam à configuração do processo de trabalho, o qual deve ser reorganizado a partir de novas tecnologias de trabalho. Sendo assim, é necessário que o trabalhador desenvolva competências relacionais que favoreçam o acolhimento e a interação com o usuário, estimulando sua autonomia no cuidado à saúde, assim como, a corresponsabilidade.<sup>20</sup>

Quanto a isso, percebe-se nos discursos das enfermeiras que, além da busca pela organização do processo de trabalho voltado para o acolhimento, formação de vínculo, escuta e diálogo, o incentivo para a corresponsabilidade e a autonomia do usuário, como sujeito ativo na promoção de sua saúde, também facilita o desenvolvimento do programa na unidade.

*Eu acho que a função do PSF é educar e fazer a transformação dos hábitos... tem que dar compromisso para a mãe... porque eu estou aqui numa realidade em que, se você começa a dar... eles ficam sem responsabilidade [...] Eles passam a responsabilidade toda para você. Isso não é legal. Eles têm que ter responsabilidade. [...] Até com o cachorro lá tem que ter amizade, com o papagaio, com o periquito, com os passarinhos... Aí você desenvolve um vínculo entre o profissional e a família [...] (E1).*

*[...] dizer também que não é por tudo que você precisa trazer na unidade, porque algumas coisas você pode estar fazendo em casa (E4).*

*[...] Mas nós temos casos em que essa corresponsabilidade não acontece e aí parece que fica só na responsabilidade da unidade (E5).*

É necessário orientar a população para o entendimento de que o sistema de saúde requer ação conjunta de todos os atores sociais, fortalecendo a autonomia dos indivíduos no cuidado à saúde e na opção por estilos de vida saudáveis.<sup>20</sup>

## CONSULTA DE ENFERMAGEM: DETECÇÃO E PREVENÇÃO DE AGRAVOS

Como destacado anteriormente, a consulta de enfermagem à criança realizada logo nos primeiros dias de vida é de fundamental importância. Ela possibilita ao enfermeiro a realização de diagnóstico precoce e a orientação mais eficaz sobre o aleitamento materno, também por ser um momento no qual a mãe se abre e fala sobre suas ansiedades em relação ao bebê e à família, viabilizando a comunicação terapêutica, como mostram as falas a seguir:

*[...] ali você estabelece um vínculo, você é terapeuta, você é tudo ali... porque não é só o ato em si do procedimento, é você emprestar teus ouvidos... você empresta teus ouvidos (E1).*

*[...] Quando eu deixo um pouco a atenção da criança e vou olhar para a mãe. 'E você? Como você está? Como você está se sentindo cuidando da criança?' (E2).*

*[...] Ai, de repente, você pega uma criança que você mediu o perímetro cefálico no comecinho e dali um mês o negócio não está evoluindo. É rápido, você passa com a pediatra, se não você discute com a Pediatra e naquele dia já faz o encaminhamento para o neurologista [...] (E5).*

A consulta de enfermagem é uma ação privativa do enfermeiro, contemplada na Lei do Exercício Profissional nº. 7.498/86. É uma atividade que permite ao profissional voltar-se mais para o atendimento ao cliente, afastando-se um pouco das funções burocráticas que permeiam seu dia-a-dia. Além disso, garante autonomia no exercício da profissão para intervenções de enfermagem diante dos problemas detectados e interação entre o profissional e o cliente na busca da promoção da saúde e prevenção de agravos. Para tanto, exige da enfermeira olhar e raciocínio clínicos que ajudarão a orientar as ações e aumentar a resolutividade da assistência prestada.<sup>21,22</sup> Observa-se nos discursos que essa competência tem sido desenvolvida pelas enfermeiras, contribuindo para a dinâmica do serviço.

*[...] só de você bater o olho você vê que a criança está com algum probleminha, está muito magrinha, muito abaixo do peso, aí você tem que estar mais em cima ainda (E4).*

*[...] Às vezes, a mãe está acostumada com a criança daquele jeitinho; a gente demorou dois meses pra ver e, quando você bate o olho, você vê "hum... está muito*

*branquinha, mãe, não está?" "Ah, não percebi nada". Aí você põe a mão da mãe com a mão da criança e já dá uma olhadinha... às vezes em um mês você já nota alguma mudança (E5).*

Uma das condições necessárias para o sucesso na implementação e manutenção da consulta de enfermagem é o preparo técnico e a elaboração de guias de condutas.<sup>22</sup> Essa é uma realidade vivenciada pelas enfermeiras, que contam com o protocolo municipal, como referido anteriormente. Isso se torna um facilitador, garantindo ainda mais autonomia em suas ações.

*[...] Porque aqui a gente tem um protocolo de atendimento e, se está correndo tudo bem com a criança, a gente segue o protocolo... a gente tem um protocolo de atendimento que dá uma segurança pra gente estar tomando certas ações e condutas (E3).*

Entretanto, ainda que os protocolos de atendimento facilitem a dinâmica do trabalho e concedam respaldo para as ações do enfermeiro, não se pode cometer o erro de depender de um manual, perdendo a criatividade do trabalhador na busca de soluções, diferentes das convencionais. Em relação à consulta de enfermagem, os relatos a seguir demonstram que as principais ações abordam a prevenção e promoção da saúde e a detecção precoce de problemas de saúde.

*[...] eu faço a puericultura e o puerpério, pego os dois, a mãe e a criança, Puericultura atrelada com o puerpério... você vai fazer inscrição[...] todas aquelas orientações: a vantagem do aleitamento materno, os cuidados, medidas preventivas de acidentes[...] a papelada que você vai também preencher[...] a parte burocrática é grande... naquela hora você vai orientar tudo: alimentação, higiene, é... dengue, você orienta tudo! (E1).*

*[...] já fazia a consulta do puerpério na mãe e o RN. Principalmente todas as orientações de aleitamento... meu enfoque maior é o aleitamento materno, coloração da pele, orientações de higiene, prevenção de acidentes, tudo! (E3).*

*[...] a questão da deficiência de ferro... de erros alimentares... a maioria das vezes você tem uma desnutrição dessa criança. Mas a gente também tem casos de obesidade[...] eu procuro estar orientando a questão da prevenção de doenças e, por exemplo, de dermatites, que é comum nessa fase[...] (E4).*

Tais ações contemplam o preconizado pelo Ministério da Saúde, visando à redução da mortalidade infantil, por meio do acompanhamento da criança quanto ao crescimento e desen-

volvimento, imunização, promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carenciais, bem como abordagem das doenças respiratórias e infecciosas.<sup>1</sup>

As ações de promoção da amamentação são prioritárias no acompanhamento da criança, pois para o Ministério da Saúde, a amamentação exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais tem impactos positivos sobre o crescimento e desenvolvimento, prevenindo doenças na infância e idade adulta.<sup>1</sup> Assim, fica evidente a preocupação em reforçar orientações referentes ao aleitamento materno, sendo esta uma ação iniciada desde o pré-natal, conforme explanação anterior.

A maior dificuldade para realizar a consulta de enfermagem, detectada nos discursos a seguir, é a forte influência da cultura, das crenças e dos mitos familiares que, muitas vezes, impedem a adesão às orientações dos profissionais do serviço.

*[...] existem mitos, crenças[...] tem mãe que você fala "não precisa colocar moeda no umbigo", mas não, ela bota[...] E tem aquelas que dizem: 'minha vó fazia isso com o filho dela, sempre deu certo não é agora que vai mudar' (E2).*

*[...] Agora, o que dificulta é a resistência de algumas mães[...] a tal da cultura[...] às vezes você quer fazer alguma coisa e não consegue[...] (E3).*

Embora a educação referente à saúde envolva mudança de atitude e de paradigmas da população, transformar aspectos arraigados na cultura dos indivíduos é uma tarefa difícil e exige o desenvolvimento de vínculo, confiança e respeito por parte dos profissionais. Conhecer valores, hábitos e crenças, respeitando o significado que estes têm para as famílias, é o primeiro passo para que se desenvolva um diálogo aberto e uma relação entre o profissional e o usuário, produtivos e transformadores.<sup>20-22</sup>

Sob este aspecto, a consulta de enfermagem também pode ser realizada durante a visita domiciliar, compreendendo o contexto no qual se insere a criança. Essa estratégia é uma ferramenta importante na ESF utilizada pelas enfermeiras deste estudo, conforme referido anteriormente. Ela possibilita ao profissional conhecer as condições reais de vida e saúde das famílias, as concepções que têm acerca do processo de adoecer, seus hábitos e as estratégias que usam para prevenir e tratar doenças.

A visita domiciliar, para ser produtiva deve ser planejada e baseada em objetivos traçados previamente. Sua execução exige habilidades específicas do profissional no uso de técnicas de entrevista e observação sistematizadas, mediante desenvolvimento dos princípios da participação e responsabilidade com-

partilhada, respeitando-se crenças, valores e diferenças socio-culturais. A partir de tal contato, o vínculo entre o profissional e a mãe é fortalecido.<sup>1,21</sup>

As informações levantadas no domicílio favorecem o planejamento das ações desenvolvidas pelo enfermeiro e equipe, pois é possível adequar as orientações à realidade da família e trabalhar com as diferenças e particularidades de cada uma, ainda que encontrando dificuldades no trabalho com as diferenças e em adequar as orientações à realidade das famílias. Isso porque as condições socioeconômicas da população são precárias e os recursos para o cuidado à saúde e atendimento das necessidades básicas são escassos, como mostram as falas a seguir:

*A gente fala: "o dinheiro que você vai gastar comprando leite, você compra leite pra família inteira[...] o NAN é caríssimo, com quinze reais dá pra comprar uma cesta básica[...] alimenta a família inteira [...]" (E1).*

*[...] É muito complicado fazer uma orientação de alimentação, de higiene, de cuidados quando a mãe mora num barraco, mal tem o arroz com feijão, e você ficar ensinando cenourinha, batatinha[...] A hora que você se depara com a realidade, como a gente chama "da área lá de baixo" [...] é a minha maior dificuldade mesmo (E2).*

*[...] Então a gente procura estar indo até a casa para ver a condição socioeconômica dessa família e poder fazer uma orientação adequada, principalmente, alimentar e de higiene[...] é em vão toda a sua orientação se você não estiver em campo acompanhando (E4).*

Sabe-se que a saúde é o produto resultante da garantia de adequadas condições de trabalho, nutrição, habitação, saneamento, educação e meio ambiente. E apesar dos processos socioeconômicos, culturais e políticos apresentarem mudanças significativas decorrentes do capitalismo e da globalização, o resultado é o aumento da vulnerabilidade da população, especialmente nos países subdesenvolvidos.<sup>23</sup>

Essas condições levam a população a buscar continuamente os serviços de atenção à saúde e a procurar soluções para seus problemas. Para tanto, torna-se necessário que os profissionais compreendam os múltiplos fatores que interferem no processo de saúde e doença e sua função como agentes de mudança da sociedade, procurando alternativas resolutivas dentro da abrangência de sua governabilidade.<sup>20,23</sup>

Nessa perspectiva, também é necessário elaborar e implementar políticas públicas saudáveis em todos os setores sociais, reconhecendo a sua complexidade e intersectorialidade e a influência que exercem sobre a saúde, criando ambientes que favoreçam aspectos legalmente instituídos, como trabalho, lazer, lar e escola.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os discursos apresentados pelos enfermeiros evidenciam a busca cotidiana por estratégias que promovam o acolhimento, fortaleçam o vínculo entre a população e o profissional e estimulem a corresponsabilidade dos atores envolvidos no processo de cuidar da criança. Tais esforços em desempenhar as competências esperadas de trabalhadores que atuam na rede de atenção básica à saúde confrontam-se com as dificuldades vivenciadas pelos mesmos no desenvolvimento de recursos frente às barreiras do próprio sistema de saúde, bem como os valores culturais e aspectos socioeconômicos da mãe e seu contexto familiar.

Por fim, as práticas de atenção à saúde da criança desenvolvidas pelos enfermeiros, apesar de aparentarem estar pautadas em ações preventivas e promocionais, em conformidade com os protocolos ministerial e municipal, ainda demonstra fragilidade no cumprimento de todas as ações programáticas. Tal fato reflete a possível inefetividade da qualidade da assistência e remete à necessidade de compreender como tal prática é exercida e quais são as dificuldades enfrentadas para a execução de uma assistência integral. Para tanto, novas pesquisas devem ser realizadas para investigar a efetividade e impacto das ações desenvolvidas à criança no serviço de atenção primária em saúde, para o desenvolvimento e crescimento saudável desse grupo etário.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica de Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: MS; 2004.
2. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):739-43.
3. Abe R, Ferrari RAP. Puericultura: problemas materno-infantis detectados pelos Enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família. *REME Rev Min Enferm*. 2008; 2(4):523-30.
4. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Modelando a integralidade do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(4):701-7.
5. Figueiredo GLA, Mello DF. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(4):544-51.
6. Leite MS, Andrade ASA, Lima MLD. AIDPI: conhecimento dos enfermeiros da atenção básica do município de Aracaju-SE. *REME Rev Min Enferm*. 2011; 15(4):481-90.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2003.
8. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*. 2011; 377:1863-76.
9. Moura ERF, Silva RM. Informação e planejamento familiar como medidas de promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(4):1023-32.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestaçao de alto risco: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 302 p.
11. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Informações em Saúde. Nascimentos e Mortalidade de 1996 a 2009, pela CID-10, Paraná e Brasil. [Citado em 2011 dez. 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>.
12. Mello DF, Andrade RD. Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil em uma unidade de saúde da família no município de Passos-MG. *REME Rev Min Enferm*. 2006; 10(1):88-93.
13. Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 13(1):145-53.
14. Grangeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(1):105-11.
15. Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Pimpão FD. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. *Rev Latinoam Enferm*. 2012; 20(1):201-10.
16. Londrina. Autarquia Municipal de Saúde de Londrina. Saúde da criança: protocolo. 2006. [Citado em 2011 dez. 20]. Disponível em: URL: [http://saude.londrina.pr.gov.br/protocolo\\_saude/](http://saude.londrina.pr.gov.br/protocolo_saude/).
17. Calomé ICS, Lima MAD, Davis R. Visão de enfermeiros sobre as articulações das ações de saúde entre profissionais de equipes de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008; 42(2):256-61.
18. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Informações em Saúde. Nascimentos e Mortalidade de 1996 a 2009, pela CID-10, Paraná e Brasil. [Citado em 2011 dez. 20]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf10>.
19. Ferrari RAP. Mortalidade Neonatal no Município de Londrina-Paraná: características maternas, dos recém-nascidos e uso do sistema de saúde, de 2000 a 2009 [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012.
20. Pinheiro R. Integralidade em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 255-62. [Citado em 2011 dez. 20]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/integralidade.pdf>.
21. Machado MMT, Leitão GCM, Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(5):723-8.
22. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):477-86.
23. Sena RR, Silva KL. Políticas e práticas de saúde rumo à equidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(Esp):771-6.