



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO E DOUTORADO EM
ENFERMAGEM**

ALESSANDRA KELLY FREIRE BEZERRA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À
CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

TERESINA (PI)

2015

ALESSANDRA KELLY FREIRE BEZERRA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À
CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvana Santiago da Rocha

Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e Enfermagem.

TERESINA (PI)

2015

Universidade Federal do Piauí
Serviço de Processamento Técnico
Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde

B574s Bezerra, Alessandra Kelly Freire.
Sistematização da assistência de enfermagem na atenção à
criança na estratégia saúde da família / Alessandra Kelly Freire
Bezerra. – – Teresina, 2015.
113 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Silvana Santiago da Rocha.

Bibliografia

1. Atenção primária à saúde. 2. Enfermagem. 3. Saúde da criança.
I. Título. II. Teresina – Universidade Federal do Piauí.

CDD 362.1

ALESSANDRA KELLY FREIRE BEZERRA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À
CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Área de concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro. Linha de pesquisa: Processo de cuidar em saúde e Enfermagem.

Aprovada em 20 de Março de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dra. Silvana Santiago da Rocha (Presidente/Orientadora)

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof^ª Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (1^ª Examinadora)

Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^ª Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino (2^ª Examinadora)

Universidade Federal do Piauí - UFPI

Prof^ª Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva (Suplente)

Universidade Federal do Piauí - UFPI

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sabedoria, por iluminar o meu caminho e colocar pessoas tão especiais em minha vida.

A Universidade Federal do Piauí pela oportunidade de crescimento profissional.

A CAPES pelo auxílio financeiro durante a realização da pesquisa.

A coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado e Doutorado, inicialmente com a Profa. Dra. Lidya Tolstenko Nogueira e, posteriormente, com a Profa. Dra. Inez Sampaio Nery, pela competência na condução do Programa de Pós-Graduação.

À Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha, querida orientadora, minha eterna gratidão pelo incentivo, dedicação, paciência, carinho e sabedoria durante toda a construção desta pesquisa. Agradeço pela confiança que sempre depositou em mim.

Às docentes do Programa de Mestrado em Enfermagem, pelos valiosos ensinamentos compartilhados.

Aos membros da Banca Examinadora, Prof^a Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, Prof^a Dra. Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino, Prof^a Dra. Grazielle Roberta Freitas da Silva, pela disponibilidade e valiosas contribuições.

À Fundação Municipal de Saúde e Conselho Regional de Enfermagem pela oportunidade concedida para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos meus pais, que amo muito, por terem me guiado para o caminho certo e acreditarem no meu potencial. Obrigada pela estrutura familiar, e pela educação, base para minha vida.

Ao meu marido, Marcelo Bezerra, meu grande companheiro, pelo amor e apoio incondicional. Por sempre me motivar a enfrentar os desafios. Obrigada pela compreensão, principalmente durante o mestrado, período marcado por momentos de alegrias e de aflição. Só tenho a agradecer a Deus por ter colocado você no meu caminho.

A minha amiga Susane de Castro, por acreditar em mim e por todas as oportunidades a mim concedidas. Obrigada pelas palavras de apoio e incentivo em momentos importantes na minha vida.

Aos meus amigos que sempre compreenderam a importância do mestrado para minha vida. E em especial Lívia Ulisses, pela amizade e pela disponibilidade para ouvir minhas alegrias e angústias; e Giovanna Libório, pelo incentivo para percorrer os caminhos da pesquisa.

Aos amigos do mestrado, pelo companheirismo e troca de experiências. Em especial as amigas Mary Ângela Canuto, Mychelangela de Assis Brito e Maria Tamires, pelo incentivo e amizade. Muito obrigada pela convivência prazerosa e por toda torcida.

A todos que contribuíram de alguma forma para a construção deste sonho, meus sinceros agradecimentos. Muito obrigada a todos!

RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como uma metodologia de trabalho que viabiliza a organização, planejamento e execução do cuidado prestado ao paciente, a partir de uma assistência holística e individualizada. Apesar de sua importância, sabe-se que não está instituída em muitos serviços de saúde, principalmente na estratégia Saúde da Família (eSF), gerando lacunas nas ações propostas na consulta de puericultura, principalmente no que concerne ao acompanhamento sistematizado às crianças. Diante disso, a assistência de enfermagem à criança fica comprometida, gerando fragilidade e fragmentação do cuidado. Dessa forma, o estudo teve como objetivo construir um modelo teórico para compreender o processo da sistematização da assistência de enfermagem na atenção à criança na estratégia Saúde da Família, em Teresina-PI. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo interpretativa orientado pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. O estudo foi desenvolvido com 16 enfermeiros de diferentes cenários, da Atenção Básica para a compreensão do objeto de investigação. Foram contemplados enfermeiros assistenciais da eSF, gestores municipais da Atenção Básica e o órgão fiscalizador da categoria profissional – Conselho Regional de Enfermagem. O processo de análise dos dados ocorreu em três etapas interdependentes nomeadas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí CAEE: 22792213.3.0000.5214. Dois fenômenos emergiram com o estudo: “Compreendendo a importância da SAE para o cuidado à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem” e “Apontando lacunas na SAE na atenção à criança na eSF e os caminhos para a superação das dificuldades”. Os dois fenômenos e seus respectivos componentes foram reunidos e analisados teoricamente, segundo o modelo de paradigma de Strauss e Corbin. As categorias foram integradas em relação às condições causais, ao contexto, às condições intervenientes, às estratégias de ação e às consequências. Com a refinação e integração das categorias, resultou na categoria central “Buscando caminhos e suprindo lacunas que comprometem a SAE na atenção à criança na eSF, a partir da compreensão de sua importância para o cuidado efetivo e ascensão da enfermagem”. A categoria evidencia que os enfermeiros apresentam limitações e dificuldades para a operacionalização da SAE no cuidado à criança na Atenção Básica, no entanto, manifestam o interesse pela superação de todas as lacunas para a operacionalização do processo de enfermagem.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Saúde da criança.

ABSTRACT

The Systematization of Nursing Care (SNC) is configured as a working methodology that enables the organization, planning and implementation of patient care, from a holistic and individualized care. Despite its importance, we know that is not established in many health services, especially in the Family Health strategy (FHs), creating gaps in the proposed actions in the puericulture consultation, especially with regard to systematic monitoring to children. Therefore, the child nursing care becomes compromised, causing weakness and care fragmentation. Thus, the study aimed to construct a theoretical model to understand the Systematization of Nursing Care process in child care in Family Health strategy in Teresina, PI. This is a qualitative study of interpretive type guided by the methodological framework of Grounded Theory. The study was conducted with 16 nurses of different scenarios, of primary care, to understand the object of investigation. Were contemplated the eSF nurses, municipal managers of primary care and the professional category supervisory organ - Regional Nursing Council. The data analysis was carried out in three interdependent steps named: open coding, axial coding and selective coding. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí CAEE: 22792213.3.0000.5214. Two phenomena emerged with the study, "Understanding the importance of SNC for child care and for the rise of nursing staff" and "Pointing gaps in SNC in child care in FHs and the ways to overcome the difficulties." The two phenomena and their components were assembled and analyzed theoretically, according to the paradigm model of Strauss and Corbin. The categories were integrated in relation to the causal conditions, context, the intervening conditions, the action strategies and consequences. With the integration and refining of categories resulted in the main category "Seeking ways and filling gaps that compromise the SNC in child care in FHs, from the understanding of its importance for the effective care and nursing rise". The category shows that nurses have limitations and difficulties for the SNC operation in child care in primary care, however, express interest in overcoming all the gaps for the nursing process operation.

Keywords: Primary Health Care. Nursing. Child health.

RESUMEN

El informe para la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) se configura como una metodología de trabajo que permite la organización, planificación y ejecución del cuidado proporcionado al paciente, a partir de una atención holística e individualizada. A pesar de su importancia, sabemos que no está establecida en muchos servicios de salud, principalmente en la estrategia Salud de la Familia (eSF), generando lagunas en las acciones propuestas en la puericultura, principalmente con respecto a la vigilância sistemática de los niños. Por lo tanto, la atención de enfermería del niño se ve comprometida, causando debilidad y fragmentación de la atención. Así, el estudio tuvo como objetivo construir un modelo teórico para entender el proceso de Sistematización de la Asistencia de Enfermería en el cuidado infantil en la estrategia Salud de la Familia en Teresina, PI. Se trata de un estudio cualitativo de tipo interpretativo guiado por el marco metodológico de la Teoría Fundamentada en los Datos. El estudio se realizó con 16 enfermeros de diferentes escenarios, de la atención primaria, comprendiendo del objeto de investigación. Fueron contemplados enfermeiros asistenciales de la eSF, gestores municipales de Atención Primaria y el organismo supervisor de la categoría profesional - Consejo Regional de Enfermería. El análisis de los datos se llevó a cabo en tres etapas interdependientes nombradas: codificación abierta, codificación axial y codificación selectiva. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Piauí CAEE: 22792213.3.0000.5214. Surgieron dos fenómenos con el estudio, "Comprendiendo la importancia de la SAE para el cuidado del niño y para el ascenso del personal de enfermería" y "señalando lagunas en SAE en el cuidado al niño en el eSF y los caminos para superación de las dificultades." Los dos fenómenos y sus componentes fueron reunidos y analizados teóricamente, de acuerdo con el modelo de paradigma de Strauss y Corbin. Las categorías fueron integradas en relación con las condiciones causales, el contexto, las condiciones intervinientes, las estrategias de acción y consecuencias. Con la integración y refinación de las categorías resultó en la categoría principal "Buscando formas y llenando las lagunas que comprometen la SAE en el cuidado del niño en la eSF, a partir de la comprensión de su importancia para el cuidado y el ascenso de la enfermería." La categoría muestra que los enfermeros tienen limitaciones y dificultades para el funcionamiento del SAE en el cuidado del niño en la atención primaria, sin embargo, expresan su interés en la superación de todas las lagunas para la operación del proceso de enfermería.

Palabras-clave: Atención Primaria de Salud. Enfermería. Salud del Niño.

LISTA DE SIGLAS

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CIPESC: Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva

COREN: Conselho Regional de Enfermagem

COFEN: Conselho Federal de Enfermagem

DRS: Diretoria Regional de Saúde

eSF: Estratégia Saúde da Família

FMS: Fundação Municipal de Saúde

GT: Grounded Theory

MS: Ministério da Saúde

NANDA: Nursing Diagnoses Association

PACS: Programa Agentes Comunitários de Saúde

PNAB: Programa Nacional de Atenção Básica

PSF: Programa Saúde da Família

SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TFD: Teoria Fundamentada nos Dados

UBS: Unidade Básica de Saúde

UFPI: Universidade Federal do Piauí

LISTAS DE FIGURAS

- Figura 1** Modelo teórico do fenômeno 1: Compreendendo a importância da SAE para o cuidado à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem **65**
- Figura 2** Modelo teórico do fenômeno 2: Apontando lacunas na SAE na Atenção à criança na eSF e os caminhos para a superação das dificuldades **88**
- Figura 3** Modelo teórico do fenômeno 3: Buscando caminhos e suprindo lacunas que comprometem a SAE na atenção à criança na eSF, a partir da compreensão de sua importância para o cuidado efetivo e ascensão da enfermagem **92**

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Amostragem teórica do estudo	39
Quadro 2	Codificação Aberta	41
Quadro 3	Agrupando códigos preliminares e atribuindo conceitos	42
Quadro 4	Modelo Memorando	42
Quadro 5	Codificação Axial	42
Quadro 6	Codificação Seletiva	43
Quadro 7	Categoria Central	44
Quadro 8	Categorias e Subcategorias do Fenômeno 1	46
Quadro 9	Planejando a assistência de enfermagem à criança e cumprindo com o exercício legal da categoria profissional	47
Quadro 10	Percebendo a SAE como uma metodologia científica que fundamenta e efetiva o cuidado à criança	50
Quadro 11	Considerando que a SAE ressalta a atuação de enfermagem e garante a continuidade do cuidado à criança	55
Quadro 12	Adotando atitude para a operacionalização da SAE e concretização do cuidado à criança	58
Quadro 13	Reconhecendo o valor da SAE no cuidado à criança e para a ênfase da enfermagem	62
Quadro 14	Categorias e Subcategorias do Fenômeno 2	67
Quadro 15	Apontando fatores que sustentam as lacunas para SAE na atenção à criança na eSF	68
Quadro 16	Lacunas no processo de SAE comprometendo a assistência de enfermagem à criança	71
Quadro 17	Lidando com fatores que comprometem a operacionalização da SAE na atenção à criança na eSF	75
Quadro 18	Buscando medidas para a operacionalização da SAE na atenção à criança	81
Quadro 19	Reconhecendo a necessidade de intervenção nas diferentes instâncias para a formalização da SAE na Atenção Básica	86

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Contextualização do Problema	12
1.2	Justificativa e relevância do estudo	18
1.3	Objetivo	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	Atenção Primária de Saúde com enfoque na estratégia Saúde da Família	20
2.2	Atenção à saúde da criança nas ações de puericultura	23
2.3	Consulta de Enfermagem à criança	26
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO	31
3.1	Teoria Fundamentada nos Dados	31
3.2	Amostragem Teórica	32
3.3	Codificação dos dados	34
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	37
4.1	Natureza do estudo	37
4.2	Local do Estudo	37
4.3	Realizando a Amostragem Teórica	38
4.4	Coletando os Dados	39
4.5	Codificando e Analisando os Dados	40
4.6	Respeitando os Aspectos Éticos	44
5	APRESENTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DOS DADOS	45
5.1	Fenômeno 1	45
5.2	Fenômeno 2	66
5.3	Conectando os fenômenos para descobrir a Categoria Central	89
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	95
	ANEXOS	
	APÊNDICES	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

O Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), estratégia estruturante da organização do sistema de saúde fundamentado nos princípios do SUS, elaborado com o propósito de reorganizar a prática de atenção básica no âmbito individual e coletivo, centrada na família e comunidade, por meio de ações de prevenção de agravos e de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde. O PSF foi desenvolvido para se articular com outros níveis de atenção à saúde e ofertar uma atenção básica resolutiva e integral apta a proporcionar melhorias na qualidade de vida da população. A política do programa propôs focar a atenção apreciando os aspectos sociais e subjetivos da vulnerabilidade em saúde, superando o modelo biomédico voltado à atenção curativa e direcionando-se para a promoção da saúde.

Atualmente, o programa de atenção à saúde é denominado estratégia Saúde da Família (eSF), por compreender que o termo programa remete a uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, e a estratégia de organização da Atenção Básica não prevê conclusão. Dessa forma, em 2011, o MS aprovou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com a portaria nº 2488, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a eSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS (BRASIL, 2011).

A PNAB preconiza que a Atenção Básica seja orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, por constituir-se porta de entrada e centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde. As redes de atenção compreendem arranjos organizativos compostos por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar, com base territorial e com diversos atributos (BRASIL, 2011).

A implantação da eSF implica em uma atenção básica estruturada e integrada com todos os níveis de atenção à saúde para o atendimento das necessidades da população e transformação do modelo de atenção à saúde. A estratégia é permeada por diferentes saberes profissionais, o que viabiliza a atuação efetiva e a autonomia da equipe de saúde, que, por meio da abordagem diferenciada e da inserção na realidade social da comunidade, permite a compreensão do indivíduo em seu contexto social e real, assim como a construção de vínculo,

o que contribui para a adesão e participação efetiva da comunidade nas atividades realizadas na Unidade Básica de Saúde – UBS (BACKES et al., 2012).

Para atingir o objetivo proposto, o trabalho da equipe da eSF se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adstrita. Em seguida, é realizado o diagnóstico de saúde da comunidade, com base no qual se faz o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais. A equipe deve ser proativa na identificação do processo saúde-doença e no reconhecimento de agravos, que devem ser seguidos ao longo do tempo, mediante o cadastramento e o acompanhamento contínuo e integral dos usuários e suas famílias, bem como acolher integralmente as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais, para que desta maneira se consiga interferir nos padrões de produção de saúde-doença e, conseqüentemente, reflita-se como impacto na melhoria dos indicadores de saúde (BRASIL, 2001b).

Para Shimizu e Júnior (2012), a eficácia do atendimento na eSF está relacionada à dinâmica de trabalho em equipe e à interação organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas. Backes et al. (2012) corroboram que a equipe multiprofissional, com o modelo assistencial respaldado pelo planejamento conjunto e integrado das ações de saúde, assegura a continuidade do cuidado, tendo influência significativa e positiva na transformação da qualidade de vida e situação da saúde do usuário do serviço e comunidade. Ressalta-se o desempenho do enfermeiro no modelo de atenção, que por meio de estratégias interativas, multidimensional e interdisciplinar, compreende o ser humano integralmente e agrega os saberes profissionais e dos usuários.

Compreendendo a dimensão do trabalho do enfermeiro, o MS delimitou as atribuições específicas da categoria profissional na PNAB (BRASIL, 2012a, p. 46), destacando o compromisso em:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;
- V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe;
- VI - Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Dentre essas atribuições, a consulta de enfermagem sistematizada e humanizada promove mudanças individuais e coletivas, a partir de práticas educativas, prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde. O modelo de assistência na Atenção Básica contempla o ser humano em todos os ciclos da vida (criança, adolescente, adulto e idoso) nas distintas situações de saúde-doença. Entretanto, a criança enquadra-se como grupo prioritário, em decorrência de sua vulnerabilidade e impacto da assistência de enfermagem para o crescimento e desenvolvimento saudável.

A metodologia do cuidado é regida pelos princípios da integralidade, e o processo de cuidar é capaz de causar um impacto positivo na saúde, favorecer a resolução dos problemas de saúde da população e permitir a construção de vínculo entre o profissional, paciente e comunidade (SANTOS et al.; 2008). Oliveira et al.(2012a) destacam a potencialidade da consulta de enfermagem para a redução de complicações do quadro de saúde e diminuição da frequência de internações do paciente.

Especificamente, é na puericultura que se efetiva o acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isso, pressupõe-se a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos (CAMPOS et al., 2011).

O objetivo da assistência de enfermagem em Puericultura é promover condições favoráveis para a promoção da saúde da criança e combater fatores que possam acarretar na mortalidade infantil ou comprometer o desenvolvimento e crescimento saudável. Dessa forma, busca-se cumprir com a agenda de compromissos para a saúde integral da criança e programar estratégias em saúde para a redução da mortalidade, qualidade da assistência e para o combate a desnutrição, anemias carenciais, entre outras deficiências (Carvalho et al., 2013).

A consulta de enfermagem à criança envolve uma assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, para a identificação de problemas de saúde-doença, execução e avaliação de cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Sua realização envolve uma sequência sistematizada de ações: histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem e avaliação da consulta, executando-se, para isso, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), método de trabalho norteado pelos conhecimentos científicos e humanísticos, que viabilizam a organização, o planejamento e a

execução do cuidado prestado ao paciente, a partir de uma assistência holística e individualizada. O processo de cuidar possibilita identificar as necessidades individuais do paciente e detectar as prioridades, garantindo responsabilidade junto ao mesmo e favorecendo a elaboração de intervenções direcionadas e planejadas (MARIA, QUADROS, GRASSI; 2012).

No Brasil, a sistematização das ações de enfermagem teve ênfase com Wanda de Aguiar Horta, a partir da publicação do livro intitulado “Processo de Enfermagem”, na década de 70. Fundamentada na teoria das “necessidades humanas básicas”, orientada por Maslow, Wanda Horta propôs ações sistematizadas e inter-relacionadas para a assistência ao ser humano. Sabe-se que os estudos de Horta impulsionaram o ensino e a pesquisa do processo de enfermagem no Brasil, promovendo o desenvolvimento da metodologia científica (KLETEMBERG, et al.; 2010).

A metodologia, reconhecida pelo Conselho de Enfermagem como atividade privativa do enfermeiro, segundo a Lei do Exercício Profissional nº 7486 de 25 de junho de 1986, visa planejar a assistência de enfermagem para assistir o ser humano integralmente, com ações específicas, que possam colaborar para o bem estar do indivíduo, família e comunidade. Assim, considerando a institucionalização da SAE como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro, aprovou a Resolução nº 272/2002, que reforça a importância de planejar a assistência de enfermagem para a efetiva melhora na qualidade do cuidado e resolve que a SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada. Além disso, dispõe que ao enfermeiro incube, privativamente, a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem (COFEN, 2002).

Tendo em vista a evolução dos conceitos de consulta de enfermagem, SAE e de resultados do trabalho conjunto de representantes do COFEN e da Subcomissão da Sistematização da Prática de Enfermagem e da Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem, Gestão 2007-2010, foi aprovada a Resolução COFEN nº 358/2009, que estabelece e normatiza a implantação da SAE, reforçando o dever desta prática em todas as instituições de saúde em que ocorra o cuidado de enfermagem (COFEN, 2009).

A referida Resolução define SAE como a organização do trabalho profissional quanto ao método para a operacionalização do processo de enfermagem; e processo de enfermagem como um instrumento metodológico que direciona e documenta os cuidados de enfermagem, baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento

de diagnósticos de enfermagem, o planejamento das ações, a implementação e que forneça a base para a avaliação dos resultados alcançados (COFEN, 2009).

Compreende-se que diferentes termos são utilizados de forma empírica para nomear a atividade, como: consulta de enfermagem, metodologia da assistência, metodologia do cuidado, planejamento da assistência, processo de assistência, processo de atenção em enfermagem, processo de cuidar, processo de enfermagem, processo do cuidado, o que dificulta sua compreensão na prática profissional (COSTA, FERNANDES, NÓBREGA; 2011).

Portanto, a implantação do processo de enfermagem requer o envolvimento profissional para a representatividade do enfermeiro na equipe de saúde, o que proporciona a construção de sua identidade na assistência e desmitifica conceitos errôneos quanto ao real papel do mesmo. Gonçalves et al. (2007) ressaltam que a SAE favorece o cuidado, em virtude de uma atenção individualizada, sistemática, planejada e baseada em evidências científicas, refletindo no desenvolvimento da profissão como ciência e integra as áreas da assistência, ensino e pesquisa. Assim, o planejamento da assistência representa um avanço para a equipe de enfermagem, por atestar a qualidade e eficácia do atendimento, expandir a visibilidade da atuação do enfermeiro e contribuir para a conquista do reconhecimento profissional perante o paciente, família e membros da equipe de saúde.

Para Menezes, Priel, Pereira (2011), a implantação do processo de cuidado insere o enfermeiro em seu papel social e o assegura atuar com autonomia, contemplando o paciente com um cuidado qualificado, fundamentado nos princípios da integralidade e humanização, no conhecimento técnico científico, na responsabilidade profissional e nas relações interpessoais e institucionais estabelecidas.

Além da consolidação profissional, o instrumento otimiza a comunicação com a equipe multidisciplinar, amplia a atuação do enfermeiro, organiza o serviço da equipe de enfermagem e beneficia a instituição e o sistema de saúde, que, com a documentação, tem informações relevantes para utilização na assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento de planejamento para ações voltadas para a saúde da população (TRUPPEL et al., 2009). Logo, a SAE viabiliza ao enfermeiro atuar em diversos âmbitos e desempenhar atividades de assistência, supervisão, avaliação e gerenciamento do cuidado para promover mudanças na atenção à saúde da população.

No entanto, apesar da importância da sistematização da assistência à comunidade, sabe-se que a SAE não está instituída em muitos serviços de saúde, principalmente na eSF, devido à priorização de atividades administrativas e do tecnicismo durante o cuidado. Essa

realidade foi constatada por Oliveira et al. (2013) em estudo realizado na Atenção Básica, em um município do Piauí, onde se observou lacunas nas ações propostas na consulta de puericultura, principalmente no que concerne ao acompanhamento sistematizado às crianças.

Maria, Quadros e Grassi (2012) relacionam a problemática com a complexidade da ferramenta, despreparo da equipe de enfermagem, inadequação da estrutura física e desvalorização da prática pela equipe de saúde e instituição, o que ocasiona a insatisfação e desmotivação dos enfermeiros no desempenho de suas atribuições. Questões referentes à insuficiência de recursos humanos e de tempo para realização de registros, excesso de atividades burocráticas, desconhecimento do enfermeiro sobre a SAE e, principalmente, a cultura de que a enfermagem atua como apoio da equipe de saúde também são fatores que dificultam a implantação (PIMPÃO et al., 2010; SILVA; MOREIRA, 2011; CARVALHO et al., 2013).

Diante dessas dificuldades, a assistência de enfermagem à criança fica comprometida, gerando fragilidade e fragmentação do cuidado. Nesse sentido, o enfermeiro, como protagonista deste processo, precisa, de fato, assumir a realização de atividades que competem à sua profissão, priorizando a assistência de enfermagem e tendo consciência do seu papel de líder, capaz de impulsionar mudanças no modelo de atenção à saúde e revolucionar o quadro assistencial e condições de trabalho.

Menezes, Priel, Pereira (2011) e Carvalho et al. (2013) consideram que algumas medidas são essenciais para a implantação e operacionalização da SAE nas instituições de saúde, de forma a tornar o cuidado mais efetivo com o olhar voltado para o bem-estar do paciente, como: capacitação profissional ou educação permanente; sensibilização e envolvimento da equipe multidisciplinar atuante no setor; adequação do dimensionamento da equipe de enfermagem; valorização por parte da administração da instituição; conhecimento, habilidades e atitudes pautadas no compromisso ético e na responsabilidade do cuidar do outro.

Silva, Moreira (2011) e Costa, Fernandes, Nóbrega (2011) ainda ressaltam a importância da definição de modelos teóricos no contexto em que a SAE está inserida, considerando o perfil dos pacientes atendidos e das necessidades específicas do cuidado a ser prestado, para auxiliar o enfermeiro no estabelecimento de prioridades e no atendimento das necessidades, compreendendo que a definição do referencial teórico requer reflexão e discussão entre a equipe de enfermagem acerca das teorias de enfermagem para o conhecimento dos conceitos e proposições para identificar a teoria compatível com a realidade que a SAE será instituída.

Diante dessa problemática, o estudo tem como objeto de pesquisa a Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção à criança na estratégia Saúde da Família. O desenvolvimento deste projeto de investigação demanda a seguinte questão norteadora: **Como está sendo o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à criança na estratégia Saúde da Família (eSF), em Teresina (PI)?**

1.2 Justificativa e relevância do estudo

A aproximação com a temática surgiu por meio da experiência profissional como enfermeira em um Ambulatório Escola de um Centro Universitário privado, em Teresina-PI, no qual a SAE está implantada. O processo de implantação ocorreu a partir da Gestão de Enfermagem, que, com uma visão humanística e integralista, elaborou protocolos de acolhimento do paciente, consulta de enfermagem e projetos de extensão com acadêmicos de enfermagem, para o fortalecimento e a divulgação da prática. O atendimento focado na integralidade e humanização tornou a presença do enfermeiro essencial para a instituição de saúde e garantiu atendimento qualificado.

Através dessa experiência, percebeu-se a importância da SAE para a organização do serviço de enfermagem e reconhecimento profissional, pois entende-se que a utilização deste método é importante para uma maior autonomia do enfermeiro e integração multiprofissional, além de permitir o registro que servirá de documentação para avaliar os resultados alcançados e desenvolvimento de pesquisas na área da SAE e assistência à criança.

Apesar da relevância da temática, ao realizá-la, busca-se a literatura, observando uma carência de pesquisas que tratam da implantação da SAE na atenção à criança na eSF, uma vez que os estudos enfatizam a prática em instituições hospitalares. Tal situação provocou inquietação, visto que a eSF é a porta de entrada para a assistência à saúde, responsável por uma grande demanda de atendimento. Dessa forma, espera-se a organização do serviço para otimização do atendimento, tornando a SAE indispensável para o mesmo.

No Piauí, as pesquisas também são escassas. No programa de Mestrado em Enfermagem da UFPI foi identificada uma dissertação intitulada “O ensino do processo de enfermagem sob a ótica do docente”. A pesquisa esclarece que o ensino do processo de enfermagem é um elemento essencial para a formação do enfermeiro, servindo de base para orientar a profissão, direcionar o cuidado e conduzir a identidade profissional. Para o docente, o planejamento da assistência de enfermagem representa aliar a aplicação de um método científico à prática do cuidado, o que possibilita ao aluno aplicar seus conhecimentos e

habilidades, e certifica ao paciente uma assistência qualificada e individualizada, por meio de um cuidado planejado, sistematizado, mensurado e avaliado (AMORIM, 2009).

Diante do exposto, a realização desta pesquisa poderá servir como subsídio para nortear discussões sobre a implantação da SAE na eSF, e impactos para o cuidado à criança, assim como proporcionar a melhoria da qualidade do cuidado e construção de ferramentas de avaliação da assistência de enfermagem.

1.3 Objetivo

Construir um modelo teórico para compreender o processo da sistematização da assistência de enfermagem na atenção à criança na estratégia Saúde da Família, em Teresina (PI).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O estudo refere-se à SAE no cuidado à criança na Atenção Básica e tem como questão central compreender como está sendo o processo de SAE na Atenção à criança na eSF, em Teresina-PI. Assim, faz-se necessário o aprofundamento teórico sobre as práticas do enfermeiro no processo de enfermagem no cuidado à criança. Para o alcance de tal aprofundamento, traz-se como revisão de literatura nesse estudo os tópicos: Atenção Primária de Saúde, com enfoque na estratégia Saúde da Família; Atenção à saúde da criança nas ações de puericultura; e Consulta de Enfermagem, voltada para a atenção à criança.

2.1 Atenção Primária de Saúde com enfoque na estratégia Saúde da Família

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente-chave dos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (OPAS, 2011).

A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes: é uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção e, também, um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Orienta-se por eixos estruturantes que, na literatura internacional, recebem o nome de atributos essenciais e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

No Brasil, foi adotada a designação Atenção Básica, para contrapor-se à perspectiva assumida por muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, que entendem a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global (CONASS, 2011).

A designação Atenção Básica, tomada pelo governo brasileiro, objetiva, portanto, contrapor-se à proposta político-ideológica da atenção primária seletiva destinada às populações pobres e busca resgatar o caráter universalista da Declaração de Alma-Ata, enfatizando o papel de reorientação do modelo assistencial para um sistema universal e

integrado de atenção à saúde, que engloba diferentes setores, públicos e privados, com e sem fins lucrativos, o Sistema Único de Saúde – SUS (OPAS, 2011).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012b).

Como estratégia para organização da Atenção Básica no SUS, tem-se a Saúde da Família, que propõe a reorganização das práticas de saúde que leve em conta a necessidade de adequar as ações e serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Busca-se uma prática de saúde que garanta a promoção à saúde, à continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a prevenção e, em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde. Na eSF, os profissionais realizam o cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas à solução dos problemas de saúde, de maneira pactuada com a comunidade, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. A atuação dos profissionais não está limitada à ação dentro da UBS, ela ocorre também nos domicílios e nos demais espaços comunitários – escolas, associações, entre outros (BRASIL, 2007).

No Brasil, a expansão da eSF ocorreu no final dos anos 1990 e foi assumida pelo governo brasileiro como proposta para reorganização do sistema de saúde na perspectiva da implementação de uma APS abrangente. Tal importância também se refletiu no foco mais recente das pesquisas de avaliação da APS induzidas pelo gestor federal. Os primeiros estudos desenvolvidos entre os anos de 2000 a 2002 privilegiaram o processo de implantação da eSF com vistas a detectar fragilidades, potencialidades e condições de contexto que favoreciam ou dificultavam sua expansão. A partir do ano de 2004, atributos como porta de entrada, coordenação e longitudinalidade tornaram-se tema de estudos avaliativos e alvo de políticas específicas como, por exemplo, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo principal objetivo é fortalecer, ampliar a resolutividade e otimizar a integração desses serviços à rede (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

A eSF propõe que a atenção à saúde centre-se na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão

ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais, que nela atuam, deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Diante disso, a equipe da saúde da família, principalmente o enfermeiro, assume um papel fundamental como propagador de ensinamentos e orientações, por meio de práticas de educação em saúde e consultas de enfermagem. A enfermagem é reconhecida pela ampla atuação na eSF, o que viabiliza o cuidado em todas as dimensões e ciclos de vida, a partir de uma abordagem acolhedora, assistência holística e humanizada, motivando a interação e associação entre usuários do serviço, equipe saúde da família e comunidade.

A educação em saúde representa uma estratégia democrática que reconhece a autonomia e participação da sociedade na adesão consciente de práticas saudáveis com a disponibilidade de informações, conhecimentos e aptidões, que favorecem o despertar da consciência crítica para o reconhecimento de fatores influenciadores da saúde e operacionalização dos serviços de saúde (MACHADO; VIEIRA; SILVA, 2010). O modelo de atenção é a base para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, que, com a metodologia do cuidado, compreende o ser humano no contexto social, emocional e espiritual. Assim, as práticas educativas estimulam o autocuidado, permitem a compreensão da importância da saúde, estimulam a participação ativa da comunidade e contribuem para a melhoria das condições de saúde, acarretando na redução dos índices de doenças (ROECKER et al., 2013).

Para uma ação eficaz, torna-se fundamental a inserção do profissional na realidade de vida da comunidade, para a realização do diagnóstico situacional, por meio da observação, diálogo, levantamento do perfil demográfico, social e epidemiológico, para posteriormente reconhecer as necessidades da população e eleger as prioridades educativas. Ressalta-se ainda a importância do planejamento das ações, preparo de materiais educativos, compreensão dos valores individuais e criatividade para aproveitar os recursos disponíveis para a conquista da adesão da população e alcance dos objetivos delimitados (ROECKER et al., 2012).

Todavia, existem barreiras relacionadas ao usuário, gestão, equipe saúde da família e recursos físicos, que interferem diretamente na concretização das práticas de educação em saúde na eSF. Apesar da consolidação da eSF, o usuário do serviço apresenta resistência ao novo modelo assistencial. Tal fato se deve à influência cultural do modelo biomédico e à dificuldade de entendimento das orientações difundidas. Acrescenta-se ainda, dentre os fatores limitadores, a falta de perfil dos profissionais para desempenhar as atividades; sobrecarga de trabalho; falta de educação permanente; visão do gestor e carência de

conhecimento deste sobre a política da eSF, além da ausência de recurso físico, material e humano (ROECKER et al., 2012).

Nesse contexto, Shimizu e Júnior (2012) destacam que o processo de trabalho da eSF e a efetivação do serviço prestado à população podem ser comprometidos pela insuficiência de recursos básicos para o desempenho das atividades, e por aspectos relacionados às relações socioprofissionais, como: dificuldade de comunicação entre a gestão e equipe multiprofissional, falta de integração no ambiente de trabalho, comunicação insatisfatória entre os funcionários e falta de apoio da gestão para o desenvolvimento profissional.

Para os autores supramencionados, as limitações das condições de trabalho na Atenção Básica causam aos profissionais custos físicos, devido a realização de atividades repetitivas e insuficiência de equipamentos; custos cognitivos, relacionados à necessidade de habilidades, competência, raciocínio e criatividade para a superação de dificuldades e resolução dos problemas; e custos afetivos, em virtude do controle emocional que os profissionais devem ter para lidar com as situações conflituosas.

2.2 Atenção à saúde da criança nas ações de puericultura

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 (BRASIL, 2004).

A história da puericultura no mundo está ligada à dos cuidados às crianças, tendo origem na Idade Antiga, na França, no Século XVIII. As primeiras formas de assistência às crianças foram sistematizadas em relação à disciplina, educação, vestuário e alimentação. Entretanto, a pediatria apareceu na Enfermagem nas primeiras décadas do Século XX, em conformidade com as necessidades básicas de higiene apresentadas pela sociedade em geral e pelo desenvolvimento do saber médico na área (ASSIS et al., 2011).

Segundo o MS (2005), acompanhar o crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), sendo parte integrante da puericultura, a qual envolve a avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento, não deixando também de registrar todos os procedimentos no cartão da criança.

Ressalta-se, ainda, que toda a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa das faltosas ao calendário de acompanhamento, detectando e abordando adequadamente as alterações identificadas (BRASIL, 2005). Esse seguimento prevê um calendário mínimo de consultas à criança, considerando a oferta de imunização e de orientação de promoção e prevenção de doenças. Portanto, devem ser realizadas no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, 18º mês, 24º mês, e partir do 2º ano de vida, consultas anuais (BRASIL, 2012c).

Com base nessa realidade, o MS, com o caderno de Atenção Básica nº 33, institui ações básicas na puericultura com o objetivo de garantir qualidade de vida para o desenvolvimento saudável desse grupo de atendimento, assim, apoia as equipes da eSF no processo de qualificação do cuidado e articulação com as redes de atendimento. O modelo de atenção preconiza ações para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, supervisão da imunização, promoção de uma alimentação saudável, prevenção de acidentes e providências em situações de violência e vulnerabilidade (BRASIL, 2012 c).

Desse modo, a atenção integral à criança possibilita a compreensão das necessidades e direitos por meio de medidas de promoção do nascimento saudável e de estratégia de vigilância à saúde. Essas providências buscam reduzir a morbimortalidade infantil e promover uma assistência de enfermagem qualificada para a garantia de um cuidado integral que envolve ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012c).

Em virtude da especificidade e complexidade do grupo de atendimento, a atenção preconiza a assistência a todos os recém-nascidos na primeira semana de vida, por meio da visita domiciliar, para a identificação e acompanhamento de todos com fatores de risco; monitorar e manter atualizada a imunização para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida; trabalhar na prevenção de acidentes; prevenção de doenças infectocontagiosas e de carências nutricionais; e prevenção de violência e acompanhamento das vítimas do agravo (BRASIL, 2012b).

A enfermagem estabelece o cuidado humano como núcleo de sua competência e o indivíduo como foco de sua atuação. Assim, o enfermeiro, membro da equipe multiprofissional da eSF, desempenha um papel concreto na atenção à saúde, influenciando diretamente nas atividades desempenhadas com os pacientes nas várias fases do ciclo vital e grupos de atendimento, considerando o cenário familiar e social (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

Nesse contexto, a consulta de puericultura envolve a criança e o cuidador, sendo imprescindível a construção do vínculo e realização de práticas de educação em saúde para promover a saúde infantil. Reichert et al. (2012) enfatizam a importância da construção de uma relação de confiança entre criança-família-profissional a partir da escuta ativa, paciência e carinho. Essa atitude gera maior envolvimento da família no processo de saúde e doença da criança e promove maior adesão na consulta de enfermagem, uma vez que colabora para a compreensão da importância de um acompanhamento saudável para o bem-estar da criança.

Campos et al. (2011) reconhecem que o estabelecimento de vínculo é essencial para que a consulta de enfermagem tenha êxito e repercussão sobre o cuidado à criança, todavia, ressaltam a necessidade de adoção de estratégias de aproximação. A assistência humanizada e a visita domiciliar constituem estratégias de integração e aceitação do profissional pela comunidade. Desta forma, essa prática favorece a compreensão da família sobre a importância do acompanhamento infantil, do aleitamento materno e da imunização para a prevenção de agravos à saúde, das carências nutricionais e da redução da mortalidade infantil.

Durante a consulta de puericultura, são desenvolvidas ações individuais e coletivas de educação em saúde que influenciam no desenvolvimento saudável da criança e reduzem o risco de adoecimento. Este momento possibilita a troca de conhecimentos, permite a avaliação dos cuidados implementados e estimula a readaptação dos cuidados prestados à criança (LIMA et al.; 2013).

Nesta perspectiva, constata-se o impacto da puericultura no cuidado à criança, considerando o enfoque na proteção e promoção do crescimento e desenvolvimento saudável. Sua prática viabiliza uma atenção integral para a detecção das necessidades individuais e a realização de um cuidado sistemático, independente e subsidiado por indicadores de saúde, que orientam ações para a melhoria da qualidade da assistência e redução de índices de morbimortalidade (ABE; FERRARI, 2008). Campos et al. (2011) ratificam a amplitude da atenção destinada à criança, considerando os aspectos físicos, psíquicos e sociais que repercutem na saúde, o que comprova a integralidade da atenção à criança para a prevenção de agravos à saúde.

Considerando que a prática da puericultura requer da enfermagem acompanhamento contínuo e flexível de cada criança cadastrada em sua área de abrangência, o seu enfrentamento exige da equipe, além de tempo disponível, reorientação das práticas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, e mais, empenho e participação da gestão, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho da equipe de saúde. A

perspectiva da promoção da saúde deve ser entendida como transversal no modo de organização da atenção à saúde da criança (ASSIS et al., 2011).

2.3 Consulta de Enfermagem à Criança

A consulta de enfermagem representa uma atividade ampla que perpassa os aspectos biopsicossociais do indivíduo e viabiliza a atuação direta e independente com o paciente, assim como a integração profissional-paciente, potencializando e qualificando o cuidar. O caráter multidimensional consente ao profissional agir como educador, reconhecer as individualidades e influências socioculturais que permeiam a vida do indivíduo e traçar metas e planos de cuidados para a efetivação da atenção à saúde (MACEDO; SENA; MIRANDA, 2013).

Destaca-se, ainda, a representatividade desta como metodologia do processo do cuidar, que favorece a percepção de fatores condicionantes e determinantes no processo de saúde e doença individual e coletiva, contribuindo para uma assistência eficaz e com qualidade (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012). A consulta do enfermeiro configura-se como uma ferramenta de intervenção social respaldada por lei, que proporciona ao profissional autonomia para desenvolver estratégias de cuidado que perpassam os campos de prevenção de doenças, promoção e reabilitação da saúde do paciente, família e comunidade (OLIVEIRA et al., 2012a).

O modelo de atenção à saúde oferece subsídios para uma assistência holística, individualizada e humanizada, com enfoque em mudanças individuais e sociais, que refletem na plenitude do bem-estar social (OLIVEIRA et al, 2012a). Pinheiro, Alvarez e Pires (2012) ressaltam que o instrumento do processo de trabalho tem como objetivo central a promoção da saúde por meio do aprendizado expressivo, para gerar o bem-estar das pessoas envolvidas.

Por conseguinte, o cuidado de enfermagem é um componente fundamental no sistema de saúde, tendo em vista que o enfermeiro assume um papel determinante e proativo na identificação das reais necessidades da população e no desempenho de atividades na atenção, na gestão, no ensino, na pesquisa, no controle social e nas ações educativas e de promoção da saúde. O profissional adota metodologias integradoras para repercutir na compreensão da complexidade do processo saúde-doença, considerando a inter-relação e a dinâmica coletivo-social de todos os envolvidos no processo. Assim, considera-se a eSF um consolidador do protagonismo social do enfermeiro comprometido com políticas para o bem-

estar da família e comunidade, bem como a transformação social, centrado na educação, promoção e proteção da saúde (BACKES, et al., 2012).

No contexto de atuação da Enfermagem, as vulnerabilidades que envolvem a criança demandam uma assistência sistematizada e rotineira, que pode ser alcançada por meio da consulta de enfermagem, dado seu forte componente educativo e potencialidade para estreitar o vínculo entre usuários (criança e família) e profissionais. A sistematização da consulta de enfermagem, por sua vez, atribui o caráter científico à prática, possibilitando atuar não só na assistência individual, como também promovendo alterações no ambiente familiar e no quadro epidemiológico de uma dada comunidade (APOSTÓLICO; HINO; EGRY, 2013).

A SAE constitui uma atividade complexa, que demanda preparo e planejamento adequado e inter-relacionado da equipe de enfermagem e da instituição de saúde, para que possa ocorrer de forma satisfatória. Portanto, a enfermagem deve enfrentar a complexidade da metodologia da assistência à saúde e acompanhar os avanços técnico-científicos da categoria profissional em prol de uma assistência qualificada.

Com base na importância do enfermeiro na Atenção Básica, foi elaborado o Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde e Ambulatórios, instituído por meio da Portaria/FMS nº 1.294, de outubro de 2012, que destaca o compromisso do enfermeiro em realizar a SAE no âmbito ambulatorial, com todas as etapas da consulta de enfermagem; realizar diagnóstico de enfermagem e prescrições das ações e intervenções; solicitar exames complementares para avaliação; prescrever medicamentos conforme padronização; divulgar a importância da consulta de enfermagem para a prevenção de doenças, e promoção, recuperação e reabilitação da saúde; realizar a escuta qualificada; identificar situações de risco e vulnerabilidades; avaliar a pessoa em todo seu ciclo vital buscando solucionar problemas, a partir da escuta qualificada e de encaminhamentos aos demais profissionais da equipe de saúde e serviços de referências (BRASIL, 2012b).

Para organizar a assistência de enfermagem, as etapas da consulta de enfermagem devem ser formalizadas no prontuário, a partir de instrumentos metodológicos verbais e escritos. Desse modo, viabiliza o seguimento das prescrições dos cuidados e garante a compreensão do paciente. Conforme Nóbrega, Silva (2009), as etapas correspondem a:

- 1) Coleta de Dados/Histórico de Enfermagem: fase imprescindível do processo de enfermagem em que ocorre a interação entre enfermeiro e paciente para coleta de dados, anamnese e exame físico. Essa etapa direciona o cuidado, portanto, requer habilidades e embasamento de uma teoria de enfermagem para fundamentar a assistência para a recuperação da saúde do paciente.

2) Diagnóstico de Enfermagem: etapa complexa em que demanda habilidades cognitivas, pensamento crítico, correlacionar experiências e conhecimento científico para o julgamento e interpretação dos dados objetivos e subjetivos do paciente. A definição das necessidades afetadas pode ser baseada na CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) ou CIPESC (Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva) ou NANDA (*Nursing Diagnoses Association*).

3) Planejamento de Enfermagem: etapa de planejamento de ações objetivas e estratégicas para a implementação junto ao paciente. O plano de ação deve ser elaborado com a participação do paciente para a efetivação e qualidade do cuidado. Este deve ser registrado formalmente para otimizar o acompanhamento da evolução do paciente.

4) Implementação: corresponde a execução do plano de cuidado em conjunto com o paciente.

5) Avaliação de enfermagem: corresponde à última etapa da consulta de enfermagem e à avaliação dos cuidados de enfermagem prescritos e os resultados obtidos.

Diante desse contexto, observa-se o teor científico do processo de trabalho do enfermeiro, que desempenha sua ação visando o aprimoramento do cuidado e responsabilidade junto ao paciente. Assim, torna-se indispensável o investimento dos conhecimentos técnicos científicos e valorização do processo de enfermagem para o respaldo profissional e desenvolvimento de um cuidado de qualidade.

Outrossim, o atendimento à criança e à família é um desafio para a equipe de saúde, necessitando-se efetivar o acompanhamento da criança, orientando e dando suporte para que ocorra uma assistência planejada, individualizada e de qualidade com o recurso socioeconômico da comunidade a que pertence, assistindo a criança em suas necessidades biológicas, psicológicas, sociais e espirituais, e de sua família (FERNANDES et al., 2010).

Assim, a consulta de enfermagem à criança envolve a realização de procedimentos para avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil, a partir de uma entrevista minuciosa e do exame físico completo, com a verificação de sinais vitais que inclui procedimentos mensuráveis como peso, estatura, avaliação nutricional, além de ações educativas e preventivas, como o incentivo ao aleitamento materno, imunização e higiene. A paciência, a disponibilidade e o "dom" de conquistar a confiança e a simpatia do pequeno cliente são requisitos indispensáveis para a efetividade do exame físico. E em relação aos pais, é importante que o enfermeiro transmita tranquilidade e segura (ASSIS; EINLOFT; PRATES, 2008).

Na consulta de enfermagem à criança, o enfermeiro interage com a criança e os responsáveis, ou seja, familiares e outras pessoas que cuidam dela cotidianamente. Por meio dessa interação e utilizando a metodologia do processo de enfermagem, o enfermeiro coleta dados, identifica problemas e classifica-os em diagnósticos de enfermagem, recomenda intervenções e prescreve cuidados, visando a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável, assim como a recuperação e reabilitação da saúde (BEZERRA; MARANHÃO, 2009).

Face à multiplicidade e simultaneidade das atividades realizadas na eSF, o profissional de enfermagem é submetido a uma realidade de trabalho que exige dele intervenções distintas, de acordo com as diferentes situações apresentadas. A organização do trabalho das equipes permanece, ainda, centrada em procedimentos, com uma oferta de assistência baseada na doença e na dimensão biológica do adoecer das crianças, inviabilizando a construção da abordagem centrada no usuário (FERNANDES et al., 2010).

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. 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 (SOUZA et al., 2013).

Embora existam fatores que possam influenciar na forma como os cuidadores de crianças se vinculam à unidade de saúde, estas estão relacionadas à capacidade de escuta qualificada dos profissionais, aliada ao desempenho clínico destes e à interação da equipe de saúde com as famílias. Além disso, é comum os enfermeiros justificarem a não realização do acompanhamento da criança sadia, associando-a a superposição de atividades realizadas na eSF (FELICIANO et al., 2008).

Soma-se a isso a questão de que, as consultas são pautadas nas queixas apresentadas pela família e sinais e sintomas das crianças e sem agendamento, pois as crianças são atendidas de acordo com a demanda diária, livre demanda, sem dia específico da semana para puericultura, o que limita a consulta de enfermagem (FERNANDES et al., 2010).

Percebe-se um certo comprometimento da integralidade da atenção voltada a essa clientela, devido à limitação do tempo da consulta, uso de computadores, coleta de dados não estruturada e descontextualizada, fatores que geram uma comunicação estritamente informativa e investigativa, interferindo na compreensão das subjetividades, na autonomia do paciente e na integração entre os envolvidos (MACHADO; OLIVEIRA; MANICA, 2013).

Vale ressaltar que, as ações do enfermeiro podem ser fragilizadas com a adesão ao modelo biomédico, quando direcionada à doença e ao modelo curativo, o que vai de encontro aos princípios da Atenção Básica, os quais estimulam o cuidado integral. Essa postura compromete a consolidação e o progresso profissional do enfermeiro na saúde coletiva, repercutindo em suas ações com a fragmentação do cuidado, limitação da construção dos conhecimentos e da consolidação dos princípios que regem a eSF (PINHEIRO; ALVAREZ; PIRES, 2012).

Ademais, há uma grande necessidade de reorientação das práticas nas ações de puericultura, que sejam pautadas pela construção de uma nova subjetividade de promoção da saúde. Elas devem determinar uma relação, que se dará efetivamente entre sujeitos, na qual tanto o profissional quanto os usuários podem ser produtores do cuidado em saúde.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Teoria Fundamentada nos Dados

A Grounded Theory (GT), traduzido para o português como Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), é uma metodologia desenvolvida pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss, que, influenciados por uma tradição filosófica e de pesquisa diferente, contribuíram de forma igualitária e expressiva na construção do modelo metodológico. Strauss, formado na Universidade de Chicago, com tradição na pesquisa qualitativa em ciências sociais, foi influenciado por leituras interacionistas e pragmáticas, já Glaser, formado na Universidade de Colúmbia, sofreu influência nos métodos quantitativos (STRAUSS A; CORBIN, 2008).

A metodologia foi criada pelos autores para proporcionar uma base lógica para a teoria; apresentar padrões e estratégias adequadas para a descoberta das mesmas; e para validar a pesquisa qualitativa como método apropriado e particular (GASQUE, 2007). Desde a apresentação da metodologia à comunidade científica, em 1967, os autores apresentaram inovações e divergências, que geraram mudanças no modelo, no que diz respeito ao procedimento de análise e na inserção de novos estudiosos à obra (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

A TFD constitui um caminho metodológico de ampla credibilidade e impacto dos resultados qualitativos. A aplicação do método pode contribuir com a valorização da pesquisa qualitativa, por fornecer rigor metodológico à mesma. Dessa forma, a metodologia não deve ser vista como a única alternativa para pesquisas nas quais não é possível se quantificar os dados, e sim como estratégia para a interpretação de fenômenos complexos.

Considerando este fato, o método de pesquisa objetiva a elaboração de uma teoria sobre um fenômeno nos dados, que, agregada ou relacionada a outras teorias, produz novos conhecimentos à área do fenômeno estudado. Assim, favorece a percepção dos dados sob uma nova perspectiva e a exploração de ideias sobre os elementos, a partir de uma redação analítica (CHARMAZ, 2009). O pesquisador é desafiado a refletir, resgatar conhecimento prévio e produzir novos conhecimentos, resultando em produções inéditas por partirem de reflexões individuais.

Complementando tais concepções, Tarozzi (2011) destaca que, com a TFD, ocorre uma interpretação racional, densa, articulada e sistemática da realidade estudada, favorecendo a produção de uma teoria complexa, articulada e com uma concreta base empírica. Isso

qualifica a abordagem de modo original e a teoria produzida, tendo um valor prático-operativo marcante.

Ressalta-se ainda que, o método apresenta especificidades marcantes que devem ser abordadas. A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa e emerge da coleta e análise dos dados, que direcionam a obtenção de informações na literatura. As hipóteses são criadas durante a coleta e análise de dados, e ocorre simultaneamente, permitindo a reflexões no início da fase da coleta. E, por fim, o método é circular, o que permite ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, reveladas pelos dados (DANTAS et al., 2009; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A TFD se fundamenta em dados sistematicamente adquiridos e analisados, que se desenvolve com o modelo comparativo e no processo de interpretação para a codificação e categorização dos dados. Esse processo requer habilidades para a análise, descrição, detalhamento e revisão dos dados, assim como criatividade para organização, apresentação e construção de conexões entre as categorias. Além disso, considera-se que a curiosidade sobre os dados também é um elemento importante na trajetória da pesquisa, tendo em vista que desperta o pesquisador para novas leituras, exploração e compreensão do fenômeno estudado (LEITE et al, 2012).

Strauss, Corbin (2008) ressaltam que o pesquisador deve desenvolver a capacidade para retroceder e analisar criticamente as situações, reconhecer o direcionamento para as distorções, pensar abstratamente, ser flexível e aberto a críticas construtivas, ter sensibilidade às informações e ações dos participantes e adquirir um sentido de absorção e dedicação ao processo de trabalho. Ademais, torna-se imprescindível também a disposição para inovar e apodera-se dos dados coletados, realizar leituras profundas durante o processo de coleta e análise de dados e ter atenção para não comprometer a análise com ideias pré-concebidas. Dessa forma, torna-se fundamental a afinidade com o método e com a temática a ser trabalhada, tendo em vista a complexidade da metodologia.

3.2 Amostragem Teórica

Na TFD, a coleta de dados ocorre a partir da amostragem teórica. A amostragem corresponde ao processo de coleta, codificação e análise concomitante dos dados, baseada em conceitos que surgem com a análise dos dados. De fato, objetiva apontar os eventos que são indicativos de categorias e que têm relevância para a construção da teoria. Para Tarozzi (2011), a TFD apresenta um tipo de amostragem rigorosa para a pesquisa qualitativa e

consiste na identificação dos participantes da pesquisa, segundo o direcionamento da análise dos dados. Apresenta-se como uma extensão progressiva, no decorrer da análise, do número e característica dos participantes, uma extensão conduzida pelas exigências do trabalho de conceituação até a saturação teórica.

Com a amostragem teórica, a seleção da amostra é definida no transcorrer da pesquisa, direcionando o quantitativo dos participantes e a constituição dos grupos amostrais, o que contribui para acrescentar novas perspectivas ao fenômeno estudado (BAGGIO; ERDMANN, 2011). Entende-se que os grupos amostrais possuem representatividade e relevância, e que a participação de grupos com características e percepções diferentes enriquece a pesquisa com o aprofundamento dos dados e compreensão do fenômeno estudado.

Portanto, a coleta de dados deve ser realizada com pessoas que possuem conhecimentos acerca da realidade a ser estudada e devem ser utilizados como critérios de seleção, os *insights* que os mesmos podem trazer para a elaboração da teoria (TAROZZI, 2010). Apesar das diretrizes sistemáticas, as etapas de coleta e análise dos dados são flexíveis, o que permite ao pesquisador ter autonomia para conduzir, controlar, organizar a coleta de dados e construir uma análise original dos seus dados (CHARMAZ, 2009).

É mister destacar que a trajetória metodológica é dinâmica e simultânea. Assim, o processo de coleta e análise dos dados ocorre concomitantemente, para a interpretação de dados, que são adquiridos por meio de observação, entrevistas, discursos, cartas, biografia, dentre outros métodos (GASQUE, 2011). Independente da estratégia adotada para a aquisição de dados, estes devem ser registrados fielmente para preservar os significados do fenômeno estudado e não comprometer o processo de interpretação e codificação.

A entrevista intensiva age de forma complementar a outros métodos e permite solicitar detalhes esclarecedores para a aquisição de informações precisas e conhecer as experiências e percepções dos participantes. Dessa forma, o pesquisador tem autonomia para interromper a entrevista e explorar um determinado enunciado; solicitar maiores explicações; questionar sobre ideias, sentimentos e ações; reformular uma ideia emitida para checar sua precisão; alterar tópicos do questionamento; utilizar as habilidades sociais e de observação para promover a discussão; e manifestar a estima pela participação do entrevistado (CHARMAZ, 2009). A flexibilidade da abordagem e concessão do método para reestruturação do instrumento no decorrer da entrevista admite mudanças no foco e no modo do questionamento para gerar a aproximação do entendimento dos participantes do estudo e esgotar o máximo de informações (Dantas et al., 2009).

Neste sentido, o procedimento é estratégico, específico, sistemático e possibilita conduzir a pesquisa para a construção de dados, preenchimento de lacunas e saturação das categorias (CHARMAZ, 2009). À medida que os dados são coletados, estes são submetidos à análise profunda e ao processo de comparação constante, para a compreensão dos significados das ações e interações, até a saturação teórica (DANTAS et al., 2009).

Segundo Charmaz (2009), a saturação teórica ocorre quando a coleta dos dados não desperta novos insights teóricos e não revela atributos novos. Diante disso, as categorias estão saturadas quando nenhum dado relevante vá surgir em relação a uma categoria; quando a categoria está bem desenvolvida, no que diz respeito à dimensão e propriedade; e quando as relações entre categorias estejam estabelecidas e validadas (STRAUSS; CORBIN, 2008).

No que se refere à amostragem, é conduzida pela lógica, objetivo da codificação e sensibilidade desenvolvida com os conceitos emergentes. Quanto maior a sensibilidade do pesquisador, quanto à relevância teórica dos conceitos, maior a possibilidade de reconhecer os indicadores desses conceitos nos dados. Com o desenvolvimento da pesquisa, a sensibilidade aumenta e contribui para a determinação dos conceitos a serem procurados e onde devem ser encontrados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

3.3 Codificação dos Dados

A análise dos dados ocorre por meio da codificação, elo fundamental entre a coleta de dados e o desenvolvimento de uma teoria. A análise ocorre em três etapas interdependentes nomeadas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. A codificação dos dados culmina na redução desses, processo essencial para a obtenção da teoria (DANTAS et al., 2009).

O processo de codificação envolve a conceituação concisa dos dados, e utilizam-se os códigos iniciais mais significativos para classificar, sintetizar, integrar e organizar os mesmos. A codificação demanda a aplicação do modelo comparativo, onde constantemente os dados são confrontados e questionados (CHARMAZ, 2009).

A codificação é o conjunto dos procedimentos e das técnicas para conceituar os dados. Codificar é um processo mais analítico do que interpretativo, o qual elabora os dados empiricamente para consentir uma interpretação bem ancorada e enraizada nos dados (TAROZZI, 2011, p. 122)

A codificação ocorre com a análise minuciosa dos dados e requer reflexão e interpretação das informações adquiridas. Estes são conceituados para a construção de códigos preliminares e, em seguida, reagrupados para a construção de códigos conceituais para, posteriormente, serem delimitadas as categorias que culminarão no fenômeno. Destaca-se que, com a codificação, o nível de abstração dos dados amplia-se para a determinação do fenômeno, o qual constitui representações características comuns que conduzem à teoria (DANTAS et al., 2009). A TFD não apresenta sequência linear, desse modo, ocorre a análise comparativa constante dos dados, combinada com a interdependência e sequência circular das etapas principais, composta pela amostragem teórica, codificação e redação da teoria (GASQUE, 2011).

Segundo Strauss, Corbin (2008), a análise conduz a coleta de dados; conseqüentemente, há uma interação entre o pesquisador com o ato de pesquisar, que exige uma imersão nos dados para a compreensão das questões e problemas investigados. É profundo; contudo, esse processo requer objetividade e sensibilidade. Objetividade para interpretar os fatos, de forma imparcial e apurada; e sensibilidade para compreender todas as dimensões dos dados e reconhecer as conexões entre os conceitos.

A codificação aberta é a primeira etapa do processo de análise e refere-se à leitura minuciosa dos dados para a reflexão, comparação e contextualização. Os dados brutos, representados por expressões, formam os códigos preliminares provisórios, comparativos e fundamentados nos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008). O processo tem início com a transcrição das entrevistas, trabalho interpretativo e de redução dos dados referentes a uma comunicação complexa em códigos, que deve preservar as palavras dos entrevistados. Nessa etapa, ocorre uma aderência minuciosa aos dados para exploração das possibilidades teóricas que possam surgir. (TAROZZI, 2011).

À medida que ocorre a análise e organização dos dados, alguns insights de interpretação ocorrem; portanto, a produção de memorandos e diagramas é essencial para a construção da teoria. Os memorandos são elaborados para responder a um questionamento ou lacuna e instigam o pesquisador a refletir criticamente sobre o fenômeno estudado, enquanto os diagramas constituem a representação da relação entre os conceitos. Ambos registram o progresso, as considerações, os sentimentos e as direções da pesquisa e progredem em complexidade, em densidade, em clareza e em acuidade, à medida que a pesquisa é desenvolvida (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os memorandos são elaborados de forma analítica e conceitual para a formulação da teoria e podem ter o formato de notas teóricas, notas metodológicas e notas de observação. As

notas teóricas são construídas a partir da interpretação, desenvolvimento de hipóteses e conceitos que serão interligados com os conceitos já elaborados. As notas metodológicas referem-se às anotações da operacionalização, com os procedimentos e estratégias adotadas; e as notas de observação com a descrição dos eventos (DANTAS et al., 2009).

Dando sequência ao processo de análise, a codificação axial é a segunda etapa. De acordo com Strauss, Corbin (2008), ocorre o reagrupamento dos dados que foram agrupados na codificação aberta. Assim, as categorias são relacionadas às suas subcategorias para gerar uma explicação mais precisa do fenômeno.

A construção das categorias é orientada pelo modelo de paradigma, que norteia com questionamentos para identificar as relações entre as categorias e contextualizar o fenômeno. O modelo paradigmático organiza os dados sistematicamente, de forma que a estrutura e o processo sejam integrados. Os componentes do paradigma são compostos por: **fenômeno**, acontecimento central aos quais as ações e interações estão relacionadas; **condições contextuais**, conjunto específico de condições que criam circunstâncias aos quais as pessoas respondem de ações/interações; **condições causais**, conjunto de fatos ou acontecimentos que influenciam os fenômenos; **condições intervenientes**, representam o impacto das condições causais no fenômeno; **estratégias**, representam atos/estratégias praticados para resolver um problema; **consequências**, resultados das ações (STRAUSS; CORBIN, 2008; DANTAS et al., 2009).

Na terceira etapa, codificação seletiva, ocorre refinação e integração de todas as categorias para gerar uma categoria central, permeada por todas as demais, que incidirá na teoria fundamentada do estudo. A categoria central apresenta nível de abstração e representa o tema principal da pesquisa, uma vez que engloba todas as categorias. Assim, os códigos, categorias e subcategorias que emergiram são organizados, de modo a evidenciar a categoria central que surge mediante a relação desses agrupamentos, explicitando a experiência vivenciada pelos participantes (DANTAS et al., 2009). Nesta etapa, os conceitos assumem posição de categorias, abstrações, que representam vários termos conceituais. Por isso, o resultado da pesquisa deve ser organizado como um conjunto de conceitos inter-relacionados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Por fim, para consolidar a pesquisa e evidenciar o rigor científico, o modelo teórico deve ser validado. Portanto, após o desenvolvimento da TFD, deve-se determinar como a abstração dos dados se ajusta aos dados brutos e avaliar se dados relevantes foram omitidos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, que utilizou o paradigma para a análise e construção do modelo teórico, e a TFD como referencial metodológico. Com a abordagem qualitativa, buscou-se entender o significado do fenômeno, a partir do conhecimento e reflexão das percepções e experiências vivenciada pelos enfermeiros, fundamentadas sobre os dados, para a construção de um modelo teórico.

A TFD é um método de investigação baseada nos dados investigados, a partir de experiências vivenciadas que detêm a realidade a ser estudada. A metodologia potencializa a expansão de conhecimentos na enfermagem e a construção de teorias com base nos dados investigados e reflexões teóricas (DANTAS et al., 2009). Nesta perspectiva, a TFD visa explorar o fenômeno em profundidade, de forma a permitir a compreensão da realidade, ações e significados conferidos às situações, interações e experiências de vidas nos aspectos subjetivos (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

Compreende-se que, o pesquisador deve investir em inovações e não se limitar à sustentação de teorias já existentes para o avanço da ciência. Desse modo, a metodologia contribui para o conhecimento profundo de uma realidade pouco explorada e constitui um meio para a construção de uma teoria fundamentada nos dados do fenômeno estudado. Assim, os resultados fundamentados na experiência vivenciada pelos participantes justificam a sua utilização nesse estudo, pois se buscou construir um modelo teórico, compreendendo o processo da sistematização da assistência de enfermagem na atenção à criança na estratégia Saúde da Família em Teresina (PI).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada com três grupos amostrais: enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Fundação Municipal de Saúde de Teresina (FMS); Gestores municipais da Atenção Básica/FMS e fiscais do COREN. Os cenários do estudo foram variados, tendo em vista que os grupos amostrais apresentavam características diferenciadas, e por ter sido respeitada a escolha dos participantes.

4.3 Realizando a amostragem teórica

O estudo foi desenvolvido em mais de um campo de coleta de dados e teve como participantes enfermeiros de diferentes cenários, distribuídos em três grupos amostrais, para acrescentar novas perspectivas à complexidade do fenômeno estudado e para permitir melhor compreensão do objeto de investigação.

O número de participantes e os grupos amostrais foram determinados com a análise dos dados e reflexão sobre as categorias, considerando que o quantitativo dos participantes é determinado de acordo com a consistência dos dados adquiridos e com o potencial para o desenvolvimento da teoria. Como o trabalho envolveu a SAE na atenção à criança na eSF, foram contemplados enfermeiros assistenciais da eSF, gestores municipais da Atenção Básica e fiscais do Conselho Regional de Enfermagem – COREN. A escolha dos participantes ocorreu durante a coleta de dados, uma vez que estes foram referenciados no decorrer das entrevistas, sendo constatado o envolvimento de todos no processo de SAE na atenção à criança.

A amostragem teórica foi construída com a produção de conceitos, atrelado à sensibilidade da pesquisadora em fundamentar os dados e perceber as lacunas que necessitavam ser investigadas para a compreensão do fenômeno em profundidade. Essa fase permitiu o conhecimento criterioso sobre o fenômeno, devido à riqueza e densidade dos dados.

O primeiro grupo amostral foi composto por nove enfermeiros assistenciais da eSF, sendo realizada dez entrevistas. Para este grupo, foi definido um critério de inclusão: ser enfermeiro com vínculo efetivo na eSF da Diretoria Regional de Saúde (DRS) Leste/Sudeste por, no mínimo, um ano. A escolha da região corresponde ao fato de tal zona possuir um maior número de equipes no município, 34 UBS e 92 equipes de saúde da família cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Para atender a estes critérios, foi solicitado à Gerência de Atenção Básica a lista dos nomes dos enfermeiros com as respectivas UBS e identificação do vínculo.

Após a análise, partiu-se para o segundo grupo amostral, composto por quatro enfermeiros da Gerência da Atenção Básica da Fundação Municipal de Saúde (FMS), totalizando mais seis entrevistas. O terceiro grupo amostral contou com a participação de três enfermeiros fiscais do COREN, totalizando quatro entrevistas. Após o terceiro grupo amostral, a saturação teórica foi alcançada, na entrevista número vinte.

Por fim, foi realizada a última entrevista, com um integrante do 2º grupo amostral, com o intuito de validar o modelo teórico e dar densidade às categorias estabelecidas. Nessa etapa, foram consideradas a determinação da abstração dos dados e a conexão com os dados brutos. A escolha do participante ocorreu em decorrência da disponibilidade e de se interesse em contribuir com a pesquisa. Assim, a amostragem teórica da pesquisa foi composta por dezesseis enfermeiros distribuídos em três grupos amostrais, totalizando vinte e uma entrevistas (Quadro 1).

Quadro 1 – Amostragem Teórica do estudo

Amostragem teórica	Número de participantes	Número de Entrevistas
1º Grupo amostral: Enfermeiros da eSF	9	10
2º Grupo amostral: Gerência da Atenção Básica-FMS	4	6
3º Grupo amostral: Fiscais do Conselho Regional de Enfermagem	3	4
Validação: Gerência da Atenção Básica - 2º Grupo amostral	1	1
Total	16	21

4.4 Coletando os dados

A coleta de dados ocorreu no período de maio a novembro de 2014, com a realização de observação e entrevista semiestruturada. As técnicas adotadas permitiram a exploração ampla dos questionamentos e a discussão livre sobre a temática, contribuindo para a profundidade das reflexões.

Esta etapa teve início com a observação do comportamento não verbal dos participantes e do ambiente do estudo, os quais permitiram a compreensão da realidade investigada e a avaliação da veracidade das respostas mediante a interação.

Foram realizadas 21 entrevistas com 16 enfermeiros, compreendendo a necessidade de repetição de algumas entrevistas, em virtude do surgimento de questionamentos durante a análise dos dados. A sequência das mesmas contribuiu para a complementação das informações e para o refinamento dos conceitos teóricos, desse modo, o que fortaleceu os relatos e colaborou para a compreensão da complexidade do fenômeno estudado.

É importante ressaltar que todas as entrevistas foram realizadas individualmente, conforme a disponibilidade do participante, respeitando o horário, data e local solicitado. Todavia, foi requisitada a escolha de um local tranquilo para não ocorrer interrupções.

As entrevistas tiveram uma duração média de vinte a setenta minutos. Todas foram gravadas no iphone e transcritas na íntegra. É pertinente destacar ainda que as entrevistas só tiveram sequência após a análise inicial e comparação com as anteriores. Esse processo foi repetido com todas as entrevistas, com o objetivo de identificar as categorias e conexões, até a saturação teórica. Durante essa fase de observação e entrevista, foram elaborados memorandos para favorecer a reflexão sobre os dados, registrar fatos e elaborar questionamentos para a continuidade da coleta dos dados.

Para a realização das entrevistas, elaborou-se um instrumento ao primeiro grupo amostral, com questionamentos sobre o processo de SAE na atenção à criança. Após a análise dos dados coletados, foi elaborado outro instrumento, para conduzir a entrevista com o grupo amostral seguinte. Assim, a sequência de perguntas realizadas aos grupos amostrais foi construída apenas após a análise dos dados dos grupos anteriores e com o surgimento de questionamentos. Essa estratégia foi fundamental para direcionar a coleta de dados, definir os grupos amostrais, preencher as lacunas existentes e favorecer a compreensão dos dados.

Nessa concepção, foram elaborados questionamentos para os três grupos amostrais. As entrevistas do **1º grupo amostral** foram norteadas pelo seguinte questionamento: Como está o processo de SAE na atenção à criança na eSF? Ao **2º grupo amostral** foi questionando: Qual o posicionamento da Gerência de Atenção Básica no que diz respeito à SAE na atenção à criança na eSF? De qual forma pode contribuir para a SAE? Ao **3º grupo amostral**, questionou-se: Como o COREN se posiciona frente SAE na atenção à criança na eSF?

4.5 Codificando e analisando os dados

Ao fim das entrevistas e observações, os dados foram transcritos e analisados, por meio de uma leitura minuciosa e exaustiva para a concepção das informações coletadas. A análise ocorreu simultaneamente à coleta dos dados, utilizando-se do método comparativo para a descrição e construção do modelo teórico.

A análise dos dados ocorreu com o processo de codificação, para a unificação das ideias de modo analítico, definição e percepção dos significados teóricos dos códigos. A codificação ocorreu em três etapas interdependentes: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

Na primeira etapa, codificação aberta, foi realizada uma análise criteriosa dos dados para a redução dos dados e determinação dos significados. Foram preservadas as palavras dos participantes na íntegra e formadas frases com o verbo no gerúndio, por se referir a ações e processos. A codificação foi realizada com vinte e uma entrevistas, sempre comparando a última com as demais. O Quadro 2 apresenta uma exemplificação da codificação aberta.

Quadro 2 – Codificação Aberta

Entrevista 01 – Dados Brutos	Códigos Preliminares
O que eu sei sobre a SAE é que é uma assistência de enfermagem que deve ser feita de forma organizada e que existe uma Resolução que é a 358/2009, que é a mais atual, que está em vigor e que ela obriga o enfermeiro a planejar essa sistematização de forma organizada, através de algumas fases.	1.1 Reconhecendo a legislação e obrigatoriedade da SAE. 1.2 Apontando a obrigatoriedade do enfermeiro em planejar a assistência de enfermagem. 1.3 Referindo-se à existência de fases na sistematização da assistência

Como estratégia de mantê-los preliminarmente organizados, os códigos foram identificados por ordem numérica. Portanto, quando colocado **1.3** significa tratar-se da entrevista número 1 e código número 3. Continuando a codificação aberta, os códigos preliminares foram agrupados por similaridade e diferenças para a elaboração dos códigos conceituais, com as representações abstratas dos fatos ou ações relevantes para compor as categorias. Segue uma tabela como representativa (Quadro 3).

Quadro 3 – Agrupando códigos preliminares e atribuindo conceitos

Códigos Preliminares	Conceitos provisórios
1.1 Reconhecendo a legislação e obrigatoriedade da SAE. 1.2 Apontando a obrigatoriedade do enfermeiro em planejar a assistência de enfermagem.	Legislação respaldando a obrigatoriedade da SAE.

Durante todo esse processo, foram elaborados memorandos e diagramas para fortalecer o envolvimento com os dados e elevar o nível de abstração das ideias. Portanto, no processo de codificação das entrevistas, todas as reflexões, impressões, observações e questionamentos foram registrados. A comparação dos dados, a elaboração dos memorandos e

diagramas contribuíram para a captação de ideias e interpretação dos dados para a construção das categorias e compreensão do fenômeno em sua profundidade.

Quadro 4 – Modelo de Memorando

<p>Entrevista 01 - Memorando 02 Data: junho de 2014 Situação: Atrelando a implantação da SAE ao setor administrativo da FMS</p> <p>O profissional da enfermagem reconhece a obrigatoriedade e a importância da implantação da SAE na eSF para o enfermeiro, paciente e UBS. Entretanto, atrela a implantação da SAE à gerência da FMS. O profissional é ciente da legislação que o respalda, dos direitos e deveres, no entanto, mantém-se acomodado, aguardando que as providências sejam tomadas por profissionais que não atuam diretamente no cuidado ao paciente e que, muitas vezes, não são nem da área da saúde. Entende-se a necessidade de hierarquias, mas os profissionais que prestam o cuidado direto, e que observam que o cuidado está sendo prejudicado, devem ter o interesse e o compromisso de implantarem a SAE no ambiente de trabalho. Os maiores beneficiados serão os pacientes e o próprio profissional.</p>

Na etapa seguinte, codificação axial, os dados foram reagrupados para a definição das categorias e subcategorias, que se referem, respectivamente, aos fenômenos e às respostas aos fenômenos. A compreensão da questão norteadora da pesquisa foi alcançada com o modelo paradigmático, por meio da reorganização dos dados e conexão entre as categorias e subcategorias, com os componentes: condições causais, condições contextuais, condições intervenientes, estratégias e consequências.

Ao final do processo, mil setecentos e quarenta e cinco códigos preliminares foram agrupados em categorias. Durante o processo de análise, para codificar e categorizar os dados teve momentos de dificuldade, devido ao número elevado de códigos e incompreensão para a interpretação dos dados. O trabalho foi intenso e muito exaustivo, no entanto, foi bastante envolvente e revelador. Para melhor compreensão dessa etapa, segue um quadro com a codificação axial.

Quadro 5 – Codificação Axial

Categoria	Codificação Axial
Planejando a assistência de enfermagem à criança e cumprindo com o exercício legal da categoria profissional.	<ul style="list-style-type: none"> • Buscando segurança do paciente com a SAE. • Prestando uma assistência integral à criança. • Reconhecendo a legislação que respalda a obrigatoriedade da SAE.

Na terceira etapa, codificação seletiva, as categorias foram reorganizadas, por meio de conexões entre as categorias e subcategorias e comparações, o que resultou em dois fenômenos distintos, com profundidade de interpretação e abstração.

Após a descrição analítica dos fenômenos, determinou-se a categoria central, resultante da integração das categorias mais amplas e densas geradas nas entrevistas. A categoria central representou o tema principal da pesquisa e apresentou um grande nível de abstração e capacidade de agrupar outras categorias para formar um todo explanatório.

Quadro 6 – Codificação Seletiva

Categorias	Codificação seletiva	Fenômeno
<ul style="list-style-type: none"> • Integrando a família no processo de cuidar da criança • Trabalhando de forma integrada com a equipe multiprofissional. • Normatizando as atribuições da equipe de enfermagem com os protocolos de enfermagem da Atenção Básica. 	Adotando atitude para a operacionalização da SAE e concretização do cuidado à criança.	Compreendendo a importância da SAE na atenção à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem.
<ul style="list-style-type: none"> • Qualificando a assistência de enfermagem com a SAE • Destacando a atuação de enfermagem na puericultura e consulta à criança. 	Reconhecendo o valor da SAE no cuidado à criança e para a ênfase da enfermagem	

Durante todas as etapas da pesquisa, foi exaltado o pensamento crítico-reflexivo e a subjetividade dos dados, para garantir a conexão entre as categorias. Dessa forma, seguindo todas as etapas criteriosamente, foi possível a construção de uma teoria densa, fundamentada nos conceitos inter-relacionados, que expressaram maior veracidade e fidelidade da experiência na pesquisa. Para uma melhor visualização, segue o caminho percorrido para a definição da categoria central no Quadro 7:

Quadro 7 – Categoria Central

Fenômenos	Categoria central
<p>Fenômeno 1 Compreendendo a importância da SAE para o cuidado à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem.</p>	<p>Buscando caminhos e suprindo lacunas que comprometem a SAE na atenção à criança na eSF, a partir da compreensão de sua importância para o cuidado efetivo e ascensão da enfermagem.</p>
<p>Fenômeno 2 Apontando lacunas da SAE na atenção à criança na eSF e os caminhos para a superação das dificuldades vivenciadas.</p>	

4.6 Respeitando os aspectos éticos

Conforme os preceitos éticos norteadores de pesquisa envolvendo seres humanos, disposto na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012d), o projeto de pesquisa foi submetido à aprovação da Comissão de Ética da Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina (ANEXO B) e, em seguida, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e aprovado sob o Certificado de Apresentação Ética (CAEE): 22792213.3.0000.5214 (ANEXO C). Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), o qual garantia a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem, a não estigmatização e a não utilização de informações fora do proposto neste estudo, conforme a mesma Resolução.

5 APRESENTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DOS DADOS

A análise incessante dos dados pelo método comparativo e a sensibilidade sobre a temática possibilitou realizar agrupamentos que resultaram em dois fenômenos organizados em categorias e subcategorias. A apresentação dos resultados permite a compreensão do processo de SAE na Atenção Básica, a partir de dois fenômenos denominados: a) Compreendendo a importância da SAE para o cuidado à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem; b) Apontando lacunas da SAE na atenção à criança na eSF e os caminhos para a superação das dificuldades vivenciadas.

As interligações dos dados geraram as categorias e subcategorias, as quais originaram os fenômenos e a categoria central. Cada fenômeno é explicado pela relação entre as categorias e subcategorias, que serão apresentadas e interpretadas individualmente, possibilitando a compreensão de sua construção.

5.1 Fenômeno 1 - Compreendendo a importância da SAE para o cuidado à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem

O fenômeno 1 representa o entendimento dos enfermeiros sobre a importância da SAE para o cuidado à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem. O fenômeno foi construído, a partir da vivência dos enfermeiros da eSF, gestores da Atenção Básica - FMS e fiscais do COREN. Os conceitos foram organizados em categorias e subcategorias dinamicamente interligadas.

A metodologia de trabalho conduz o enfermeiro a execução de medidas padronizadas que aperfeiçoam e acolhem as necessidades do paciente/família, a partir de uma assistência diferenciada e segura, e proporciona ao enfermeiro desempenhar suas atribuições com satisfação e domínio (MEDEIROS et al., 2010).

A sistemática é imperativa para o cuidado à criança, tendo em vista o compromisso do enfermeiro na puericultura com a integralidade da atenção para a compreensão das necessidades; promoção do nascimento saudável; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; alimentação saudável; vigilância à saúde da criança de maior risco e cuidado às doenças prevalentes (BRASIL, 2012b).

Em relação à compreensão dos enfermeiros sobre a importância da SAE, enquanto metodologia do cuidado, eles a percebem como um processo que beneficia o cuidado à criança e propicia o crescimento profissional. As categorias e subcategorias do fenômeno

foram analisadas com base no paradigma de Strauss e Corbin. O quadro 8 representa as categorias e subcategorias do fenômeno:

Quadro 8 – Categorias e Subcategorias do fenômeno 1

Categorias	Subcategorias
Planejando a assistência de enfermagem à criança e cumprindo com o exercício legal da categoria profissional.	<ul style="list-style-type: none"> • Buscando segurança do paciente com a SAE. • Prestando uma assistência integral à criança. • Reconhecendo a legislação que respalda a obrigatoriedade da SAE.
Percebendo a SAE como uma metodologia científica que fundamenta e efetiva o cuidado à criança.	<ul style="list-style-type: none"> • Embasamento científico e teórico para a SAE. • Identificando as necessidades da criança para a delimitação do diagnóstico de enfermagem e prescrição dos cuidados. • Planejando a agenda de atendimento para a assistência eficaz à criança.
Considerando que a SAE ressalta a atuação de enfermagem e garante a continuidade do cuidado à criança.	<ul style="list-style-type: none"> • Dando continuidade à assistência e assegurando o respaldo profissional com o registro de enfermagem. • Conferindo autonomia, valorização e visibilidade à equipe de enfermagem com a SAE.
Adotando atitude para a operacionalização da SAE e concretização do cuidado à criança.	<ul style="list-style-type: none"> • Integrando a família no processo de cuidar da criança. • Trabalhando de forma integrada com a equipe multiprofissional. • Normatizando as atribuições da equipe de enfermagem com os protocolos de enfermagem da Atenção Básica.
Reconhecendo o valor da SAE no cuidado à criança e para a ênfase da enfermagem.	<ul style="list-style-type: none"> • Qualificando a assistência de enfermagem com a SAE. • Evidenciando a atuação de enfermagem na puericultura e consulta à criança.

5.1.1 Descrevendo o fenômeno

A) Destacando as condições causais

A categoria “Planejando a assistência de enfermagem à criança e cumprindo com o exercício legal da categoria profissional” mostra as causas que desencadeiam o fenômeno em questão. É considerada causal, porque os enfermeiros apontaram os principais fatores que influenciam para o planejamento da assistência de enfermagem à criança e para o cumprimento do exercício profissional. Eles mostraram o que tem contribuído para a

realização da SAE e sua repercussão no bem-estar da criança, gerando melhorias na assistência prestada e consolidando a categoria da enfermagem.

Segundo Casafus, Dell'Acqua, Bocchi (2013), SAE é um processo dinâmico, em constante avanço ético e legal, que atende aos princípios da profissão e classifica a assistência de enfermagem como um método organizado de planejamento e implementação de cuidados.

A categoria representa as principais causas que influenciam o planejamento da SAE. Foram definidas três interações combinadas nas subcategorias, conforme o Quadro 9:

Quadro 9 - Planejando a assistência de enfermagem à criança e cumprindo com o exercício legal da categoria profissional

Códigos	Subcategorias
A.1	Buscando segurança do paciente com a SAE.
A.2	Prestando uma assistência integral à criança.
A.3	Reconhecendo a legislação que respalda a obrigatoriedade da SAE.

A.1 Buscando segurança do paciente com a SAE

Essa subcategoria demonstra que os enfermeiros reconhecem que a SAE proporciona segurança à criança em relação à assistência de enfermagem na eSF, conforme expressam nos relatos abaixo:

A assistência de enfermagem organizada é uma forma de prevenção de complicações, de intercorrências do paciente, e evita que esse paciente evolua para um quadro pior. (P 1)

O enfermeiro tem um olhar capaz de ver além do que se diz. Com o planejamento da assistência de enfermagem, vai diminuir demais os erros, e a atenção à criança requer muito mais cuidado. (P 14)

A SAE beneficia a todos submetidos à assistência de enfermagem. Ela garante a segurança da assistência. (P 15)

A aplicação do processo de enfermagem proporciona uma assistência organizada e planejada para o acompanhamento contínuo do processo saúde-doença da criança. Dessa forma, a atenção sistematizada viabiliza a identificação precoce das necessidades individuais e, com isso, promove o crescimento e desenvolvimento saudável, assim como a prevenção de doenças. O processo de enfermagem contribui para minimizar complicações referentes ao

estado de saúde e cuidados prescritos, bem como maior estabilidade e segurança na assistência prestada.

Por isso, a segurança da assistência à criança deve ser preservada, considerando a maior vulnerabilidade do grupo de atendimento. Essa necessidade foi evidenciada no estudo de Carvalho e Veríssimo (2011), que identificou que, apesar da melhoria no perfil de morbimortalidade das crianças no Brasil, estas são acometidas por diversos agravos à saúde, tais como: diarreia, desnutrição, infecção parasitária, desidratação e infecções respiratórias.

Dentro dessa realidade, estratégias devem ser adotadas para minimizar os agravos, como uma maior vigilância no cuidado prestado, que pode ser alcançado com a SAE. De acordo com Medeiros, Santos, Cabral (2012), a SAE favorece a identificação e recuperação do quadro de saúde do paciente, de forma segura e eficaz, a partir de uma melhor comunicação e entendimento do seu estado de saúde, favorecendo sua recuperação.

A.2 Prestando uma assistência integral à criança

Nessa subcategoria, constata-se a atitude do enfermeiro em avaliar integralmente a criança para o planejamento da assistência e resolutividade do cuidado na consulta de enfermagem, conforme os relatos abaixo:

Eu avalio a criança como um todo. Eu não considero só a queixa. Preencho os gráficos, confiro as vacinas, ausculto, faço uma abordagem completa. (P 2)

Com a SAE, o cuidado à criança é mais organizado. Nós podemos prestar uma assistência integral e realmente efetiva para a resolução dos problemas daquela criança, e para a prevenção de outros que possam surgir. (P 3)

Com a SAE se faz o acompanhamento da criança como um todo, ver dentro das necessidades da criança tá buscando a rede. A questão da violência, dos maus tratos, que a gente não ver só a parte do crescimento e desenvolvimento. Tem que ver a criança em todos os seus níveis, um ser total. (P. 11)

Com a sistematização, dá para a gente planejar adequadamente o cuidado, supervisionar, orientar, implementar o cuidado e aí dá para a gente ver a evolução da criança (P 13).

A puericultura constitui-se um elemento indispensável no processo de trabalho da enfermagem, portanto, torna-se necessário o compromisso com a integralidade no cuidado e sensibilidade para a identificação das alterações e dos fatores que interferem diretamente ou indiretamente na saúde criança. O modelo de atenção implica na adoção de uma visão

holística, tirando o enfoque na doença e na queixa da criança para a identificação das necessidades, planejamento e a organização do cuidado.

Compreende-se a magnitude do cuidado integral ao considerar os aspectos biológicos, sociais e familiares que possam comprometer a saúde e a resolutividade do cuidado. Assim, torna-se necessário considerar todas as dimensões do cuidado e efetivar estratégias para a prevenção de doenças, promoção e proteção da saúde da criança para o crescimento e desenvolvimento infantil.

A integralidade representa um princípio da política de saúde e abrange o modo de cuidar da criança, o envolvimento e a preocupação com o outro, considerando sua amplitude e complexidade. O cuidado integral envolve quatro dimensões: a abertura dos profissionais para atender todas as necessidades, não somente as queixas; o cuidado integral como direito da criança; o cuidado integral como a dimensão humana e, por fim, o cuidado integral com o acesso a todos os níveis de atenção (SOUSA, ERDMANN, 2012).

A.3 Reconhecendo a legislação que respalda a obrigatoriedade da SAE

A SAE é um instrumento importante para o exercício profissional que viabiliza ao enfermeiro a organização da assistência de enfermagem em etapas. Nesse sentido, percebe-se que os enfermeiros têm conhecimento sobre a legislação que respalda a obrigatoriedade da SAE em todos os campos de atuação da enfermagem, público e privado. Inclusive estão sendo submetidas a fiscalizações na Atenção Básica, por meio de visitas às instituições, para a garantia de sua operacionalização, tendo em vista ser uma atribuição intrínseca da categoria profissional e pelo impacto na qualidade da assistência, como relatado abaixo:

O que eu sei sobre a SAE é que é uma assistência de enfermagem que deve ser feita de forma organizada e que existe uma Resolução que é a 358/2009, que é a mais atual, que está em vigor e que ela obriga o enfermeiro a planejar essa sistematização de forma organizada, através de algumas fases (P 1).

A SAE deve ser realizada tanto no sistema público quanto no privado, embora nem sempre aconteça. (P 3)

Eu tenho um conhecimento superficial sobre a obrigatoriedade da SAE, porque simplesmente o COREN veio aqui no posto impor para a gente aplicar a SAE. (P 5)

Eu tenho conhecimento da obrigatoriedade da SAE no campo de atuação de enfermagem, eu sei que está sendo cobrado, tanto na atenção básica como na unidade hospitalar. (P 12)

O conhecimento dos enfermeiros sobre a obrigatoriedade da SAE contribui para a sua implementação na Atenção Básica, compreendendo que a fiscalização reforça o compromisso do enfermeiro com suas atribuições específicas e o dever em assegurar uma assistência segura e livre de danos. Segundo Luciano et al. (2014), o cumprimento da Resolução nº 358/2009 evidencia a enfermagem na atenção à população, aumentando sua visibilidade e reconhecimento.

A fiscalização abrange uma atividade dos conselhos fiscais, que gera muitos conflitos com a categoria profissional. Entretanto, torna-se necessária na área da saúde, devido à repercussão sobre a vida do paciente. O sistema COFEN/COREN enfrenta desafios com a fiscalização da profissão que envolve, dentre outras problemáticas, o cumprimento do exercício legal da profissão (COSTA; GERMANO; MEDEIROS, 2014).

B) Enfatizando o contexto

A categoria “Percebendo a SAE como uma metodologia científica que fundamenta e efetiva o cuidado à criança” mostra o contexto em que a prática de enfermagem ocorre. Os enfermeiros percebem que a SAE é um método de trabalho que tem fundamentação científica para a prática do processo de trabalho e que é fundamental para a assistência à criança, uma vez que o acompanhamento adequado da criança gera impactos na saúde.

Os enfermeiros compreendem que a metodologia direciona o processo de trabalho do enfermeiro, sistematizando a assistência individualizada. A categoria identifica aspectos que influenciam o planejamento da SAE e o processo de trabalho, conforme o quadro 10:

Quadro 10 - Percebendo a SAE como uma metodologia científica que fundamenta e efetiva o cuidado à criança

Códigos	Subcategoria
B.1	Embasamento científico e teórico para a SAE.
B.2	Identificando as necessidades da criança para a delimitação do diagnóstico de enfermagem e prescrição dos cuidados.
B.3	Planejando a agenda de atendimento para a assistência eficaz à criança.

B.1 Embasamento científico e teórico para a SAE

Os enfermeiros compreendem a necessidade da fundamentação teórica e científica para a assistência de enfermagem. O processo de trabalho determina a cientificidade da profissão e representa uma prática intelectual que sistematiza e respalda a assistência do enfermeiro. Na Atenção Básica, o processo de enfermagem é aplicado na consulta de enfermagem e requer uma abordagem científica e teórica para orientar suas ações, conforme relatos abaixo:

Para realizar a sistematização da assistência, o profissional tem que ter uma base científica. Se não tiver base científica, não faz. (P. 1)

No nível ambulatorial, o processo de enfermagem é aplicado na consulta de enfermagem. Esse processo deve ser fundamentado num referencial teórico. (P. 15)

Você tem que escolher um modelo, uma teoria para trabalhar. Eu não acredito que você deva escolher só uma, pois você pode tirar uma coisa boa de cada uma. Mas, a que eu mais me identifico é a da Wanda Horta. (P. 9)

O enfermeiro tem que trabalhar amparado na lei, exercer a enfermagem é, acima de tudo, ter conhecimento técnico, ter conhecimento científico, ter conhecimento legal e ético, e não pode separar o conhecimento técnico científico da ética e legalidade. (P. 15)

Os relatos ratificam a percepção de Bousso, Poles, Cruz (2014), ao afirmarem que as teorias objetivam descrever, explicar, diagnosticar e/ou prescrever ações para a prática assistencial, garantindo o respaldo científico das ações de enfermagem. Durante a prática assistencial, é imprescindível a escolha por um modelo teórico que se adequa à situação vivenciada.

Compreende-se a importância da fundamentação teórica no processo de cuidar para a progressão da enfermagem como profissão, mas principalmente para a assistência ao paciente. Sobretudo no cuidado à criança, devido especificidades que envolvem do grupo de atendimento e complexidade das ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

Entretanto, apesar da importância da determinação do referencial teórico para nortear as ações do enfermeiro, no complexo processo de crescimento e desenvolvimento infantil, segundo Monteiro et al. (2014), os enfermeiros desenvolvem ações de avaliação e análise, para identificar informações, conduzir as ações, e promover o desenvolvimento de programas na saúde da criança, todavia, aplicam suas competências e habilidades sem a integração com um referencial teórico.

É pertinente ressaltar que o modelo teórico torna a atuação de enfermagem cientificamente coerente e planejada para o alcance das metas almejadas. O conhecimento científico motiva a compreensão dos determinantes que repercutem na saúde da criança, para atuar de forma preditiva, bem como fortalece as ações profissionais para a recuperação da saúde.

Então, para se trabalhar de forma organizada e operacionalizar os cuidados de enfermagem, é necessário estar pautado em conhecimentos científicos, pois viabiliza a tomada de decisão no planejamento das intervenções, subsidiando o raciocínio clínico e crítico (MEDEIRO et al., 2010; SILVA et al., 2011a)

B.2 Identificando as necessidades da criança para a delimitação do diagnóstico de enfermagem e prescrição dos cuidados

Os enfermeiros, ao sistematizar a assistência de enfermagem, por meio das etapas da SAE, garantem a responsabilidade junto à criança e à família. O planejamento dos cuidados é realizado após o histórico, a avaliação, a identificação das necessidades e a delimitação do diagnóstico de enfermagem. Nesse sentido, a assistência de enfermagem à criança não se limita ao modelo biomédico, que fragmenta o cuidado. A avaliação é permeada pela visão holística para a identificação de fatores que possam influenciar no crescimento e desenvolvimento infantil. Dessa forma, compreende-se que a dinâmica adotada favorece a identificação das necessidades e a delimitação do diagnóstico de enfermagem, conforme os relatos:

Na atenção à criança, a gente faz o diagnóstico, identifica os problemas, faz o histórico, faz a avaliação e a gente prescreve cuidados. (P1)

À medida que as mães vêm para fazer as consultas de puericultura, a gente vai fazendo a avaliação do peso, crescimento e desenvolvimento e analisando se surgiu algum problema de enfermagem para construir o diagnóstico, para implementar os cuidados e avaliar. (P 9)

Nessa conjuntura, constata-se que a SAE é um método de atenção sistemático e dinâmico, realizado a partir das fases do processo de enfermagem, que viabiliza a identificação das reais e potenciais necessidades do paciente para o planejamento e organização do cuidado. A atenção sistemática documenta as ações, de forma organizada, e orienta a elaboração de um plano de cuidados individualizado para as orientações, com

enfoque no paciente e nas necessidades identificadas (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012).

Entretanto, torna-se imprescindível o pensamento clínico-crítico do profissional para aplicar o processo, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem à criança. Esse fato se deve à integralidade da atenção, que resulta em uma variedade de diagnósticos, que não se restringe à patologia, pelo contrário, envolve fatores de risco, promoção da saúde e diagnóstico real das necessidades. Outro aspecto importante para a delimitação do diagnóstico é o desenvolvimento da sensibilidade para a compreensão das expressões corporais e dos inúmeros aspectos que podem comprometer a saúde e bem-estar da criança.

Os estudos apontam que, durante a consulta de enfermagem, à criança são abordadas temáticas que abrangem normalidades e anormalidades, no entanto, os diagnósticos envolvem principalmente anormalidades. Os diagnósticos mais comuns estão relacionados à alimentação, crescimento e desenvolvimento e estado vacinal, que corresponde aos aspectos abordados nos programas de saúde da criança (LUCIANO et al., 2014). Nóbrega, Nóbrega, Silva (2011) complementam que o diagnóstico, quando bem elaborado, direciona as ações por meio de intervenções a serem implementadas pela equipe de enfermagem.

B.3 Planejando a agenda de atendimento para a assistência eficaz à criança

Os enfermeiros compreendem a relevância do planejamento da agenda de atendimento da consulta à criança. Dessa forma, seguem as recomendações preconizadas pelo MS e consideram as especificidades para a marcação. Assim, torna-se imprescindível o envolvimento profissional com a comunidade, para identificar situações de vulnerabilidade e garantir um acompanhamento sistemático à criança para a busca de estratégias de atendimento, como a visita domiciliar.

Destaca-se, ainda, a importância da programação dos horários de atendimento, considerando o perfil e a complexidade do grupo de atendimento, sendo pertinente a sensibilidade para as marcações de consultas em horários diferenciados como estratégia para minimizar o desgaste da criança com as filas de espera e demora no atendimento, como mostram as falas abaixo:

[...] eu estou vindo de uma visita domiciliar a uma puérpera, onde eu fiz o atendimento à puérpera e ao recém-nascido. Faço o atendimento ao recém-nascido e lá a gente implanta a SAE. (P 4)

Se ela vem agendada, damos um retorno. Se ela vem como urgência, ela também é atendida e é orientada quanto ao dia do retorno. Ela sai com o cartão marcando o retorno, mas mesmo assim ela passa no SAME e agenda no livro que temos. Da forma como é preconizado pelo MS. (P 7)

Então, todo mês eu agendo as crianças, apesar do MS ter uma recomendação, pois é uma região em que as crianças estão muito vulneráveis, vivem numa situação de violência, de droga, de roubo, de homicídio, então elas precisam de avaliação. Tem criança desnutrida, criança obesa, então, eu marco consulta para todo mês até 1 ano de idade. (P 9)

Quando eu faço uma agenda, tem que se pensar no escalonamento de horário. Se esse dia eu tenho 4 horas de atendimento, não tem sentido eu agendar 15 crianças para o mesmo horário. Porque é muito sofrido você chegar 7 horas da manhã para ser atendido 11 horas. Não é postura de acolhimento você marcar todas as crianças pra o mesmo horário. Não tem necessidade de está todo mundo lá no início das atividades. (P 11)

A consulta de enfermagem à criança deve ser agendada, segundo o MS, na 1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês, 24º mês, semestralmente até os 6 anos de idade e, anualmente, dos 7 aos 10 anos de idade. No entanto, apesar da normatização, o enfermeiro tem o dever de intensificar o número de consultas em situações de riscos e vulnerabilidades, considerando as individualidades (BRASIL, 2012 b).

A operacionalização de agendamento difere do estudo realizado na Atenção Básica de Paraná, que insere o auxiliar de enfermagem para o atendimento das crianças sem risco até 18 meses de idade, com a supervisão do enfermeiro por meio de planilhas e anotações no prontuário, e delega ao enfermeiro as consultas das crianças com risco até os 18 meses. O atendimento é realizado em um dia específico da semana, mediante o agendamento prévio do horário da consulta, tendo em vista a preocupação do profissional em minimizar filas de espera. Apesar da dinâmica de agendamento, o enfermeiro disponibiliza vagas para o atendimento da demanda espontânea (SOUZA et al., 2013).

No município de Teresina as consultas de enfermagem à criança também são realizadas em um dia específico, mas são disponibilizadas vagas para o atendimento de intercorrências e urgências. Entretanto, a realidade do município difere do estudo acima citado, pois as consultas e atendimento ao grupo de atendimento são realizadas especificamente pelo enfermeiro ou médico da eSF, cabendo ao auxiliar ou técnico de enfermagem, dentre outras atribuições, auxílio, acolhimento e triagem das consultas.

Vale ressaltar a importância da realização de visita domiciliar e de busca ativa de crianças em situações de vulnerabilidade para o acompanhamento sistemático, como relatado acima. Segundo Souza et al. (2013), a estratégia permite conhecer as condições reais de vida e de saúde da família, hábitos, concepções e estratégias utilizadas para a promoção da saúde e

prevenção de doenças. O levantamento das condições de vida favorece o planejamento das ações do enfermeiro e adequa os cuidados orientados à realidade de vida.

C) Enfatizando as condições intervenientes

A categoria “Considerando que a SAE ressalta a atuação de enfermagem e garante a continuidade do cuidado à criança” representa as condições intervenientes do fenômeno. Essa categoria mostra aspectos que colaboram para o planejamento da assistência de enfermagem à criança e cumprimento do exercício legal da profissão, como representado no quadro 11:

Quadro 11 - Considerando que a SAE ressalta a atuação de enfermagem e garante a continuidade do cuidado à criança

	Subcategoria
C.1	Dando continuidade à assistência e assegurando o respaldo profissional com o registro de enfermagem.
C.2	Conferindo autonomia, valorização e visibilidade à equipe de enfermagem com a SAE.

C.1 Dando continuidade da assistência e assegurando o respaldo profissional com o registro de enfermagem

Os enfermeiros compreendem a importância dos registros formais no prontuário para a continuidade da assistência multiprofissional e para o respaldo legal. Os prontuários são armazenados com os dados familiares e possuem registros que comprovam a assistência prestada, sendo, portanto, uma ferramenta legal do profissional e da instituição, que garante segurança da assistência. Os registros das crianças não se limitam ao prontuário, sendo realizados, também, na Caderneta da Criança, devido à sua importância para a continuidade da assistência multiprofissional e acompanhamento da evolução. Os relatos abaixo atestam a importância dos registros para os enfermeiros:

O registro é a comprovação do nosso trabalho. O que não está registrado é como se não tivéssemos realizado. (P 3)

Quando a criança volta ao consultório, eu faço uma leitura do prontuário dela para ver a evolução. A mesma ficha que eu utilizo o médico utiliza. (P 5)

Com os registros no prontuário, com tudo escrito e sistematizado, com certeza efetiva o acompanhamento multiprofissional. (P 8)

SAE documenta e sistematiza o cuidado; dá um respaldo legal para o enfermeiro do que ele fez, e do que ele realiza com o paciente. (P 12)

Nós só temos amparo se a gente registrar. É mais um motivo para registrar, além do ser profissional ainda tem o amparo legal, amparo também com o cliente, amparo para a instituição [...] Na criança, tem a facilidade de se trabalhar com a caderneta da criança, que vem com muita coisa que pode se colocar nos registros. (P 15)

Os registros efetivam a comunicação da equipe multiprofissional sobre o processo de saúde/doença da criança, assegurando a transmissão de informações formais e fidedignas sobre o processo saúde/doença. Por isso, é imperativa a formalização dos dados, uma vez que os registros refletem o compromisso legal com o exercício profissional e com o paciente.

Contudo, apesar da compreensão do valor dos registros de enfermagem no prontuário, o emprego da observação do âmbito de trabalho na Atenção Básica, durante a pesquisa, possibilitou identificar limitações nos registros das consultas de enfermagem à criança, principalmente no que concernem as etapas da SAE. Essa realidade é atrelada à dificuldade vivenciada pelos enfermeiros no ambiente de trabalho, com a grande demanda de crianças, limitações estruturais, dentre outros fatores.

Outro aspecto a ser discutido é o emprego de impressos únicos para a equipe multiprofissional da Atenção Básica. O uso dos mesmos assegura o acompanhamento multiprofissional do crescimento e desenvolvimento infantil. Yuri, Tronchin (2010), em estudo realizado na Divisão de Enfermagem Materno Infantil de um Hospital Universitário, em São Paulo, evidenciaram a relevância dos registros. Tal fato se deve à compreensão da influência da prática na qualidade da assistência, e do seu caráter técnico e legal no âmbito jurídico e ético.

Segundo Silva et al. (2012), a ferramenta legitima o trabalho do enfermeiro e deve contemplar informações reais e completas sobre as condições de saúde do paciente, por comprovar o trabalho realizado. Os autores apontam que a carência de informações compromete a assistência, principalmente quando se refere aos dados de identificação, que, quando incompletos, podem comprometer, também, a segurança do paciente.

Os registros na caderneta da criança, segundo os relatos, apresenta riqueza de dados e direcionam os registros de enfermagem no prontuário, seu uso assegura o acompanhamento da evolução da criança pelo responsável e orienta sobre alguns cuidados a serem implementados.

Dessa forma, Alves et al. (2009) ressaltam que parte dos problemas de saúde infantil podem ser encarados com uma política para a Atenção Básica, sustentada com base em evidências científicas e acessível a todas as crianças. Com base nisso, a caderneta constitui uma ferramenta que viabiliza essa atenção e efetiva a comunicação, a educação, a vigilância e

a promoção da saúde infantil, especialmente nos grupos de maior vulnerabilidade social. Todavia, os registros da equipe multiprofissional devem ser completos e válidos para otimizar a vigilância do estado de saúde infantil e o acompanhamento profissional e familiar.

C.2 Conferindo autonomia, valorização e visibilidade à equipe de enfermagem com a SAE

Os enfermeiros compreendem que a operacionalização da SAE confere autonomia, valorização e visibilidade à equipe de enfermagem. A SAE constitui uma atribuição específica do enfermeiro e sua operacionalização permite a distinção e visibilidade da categoria profissional. A dinâmica de atendimento propicia segurança ao profissional para o planejamento das ações fundamentadas pela cientificidade, conforme os relatos abaixo:

Eu acho que a SAE contribui para a identidade do profissional da enfermagem. (P 3)

Para mim a SAE é tudo que nós precisamos para ter essa autonomia, para conquistar espaço, para ser respeitado, para ser reconhecido. (P 14)

O enfermeiro se beneficia na sua segurança, no seu planejamento, na sua forma de ser enfermeiro, na sua valorização profissional e até na sua autoestima, porque esta fazendo um trabalho científico e que tem domínio. (P 15)

Medeiros, Santos, Cabral (2012) ratificam os relatos ao referirem que o enfermeiro visualiza a SAE como uma ferramenta para aprofundar os conhecimentos formais e informais, trazendo autonomia na prática profissional. Sua prática propicia o reconhecimento profissional, dando ênfase ao enfermeiro no seu espaço de trabalho. Todavia, atrelam a autonomia da enfermagem ao conhecimento técnico-científico-legal e à prática humanizada. Destacam ainda que a SAE gera confiança no potencial do profissional e consciência do seu valor, propiciando o aumento da autoestima.

Sua operacionalização viabiliza uma atuação efetiva e independente, por assegurar autonomia profissional para a definição das ações, que resultam em uma maior eficácia dos cuidados e, conseqüentemente, visibilidade profissional. O processo de enfermagem representa uma metodologia que certifica a independência do profissional para realizar a dinâmica de atendimento e buscar estratégias para a adesão da família no acompanhamento sistemático da criança.

A metodologia de trabalho, quando empregada em sua totalidade, assegura um acompanhamento amplo e gera resultados efetivos. Entretanto, a visibilidade e valorização

profissional é o reflexo da atuação resolutiva, sistemática e organizada, que resulta na maior credibilidade do enfermeiro perante a família, nas consultas de enfermagem à criança.

D) Desenvolvendo estratégias de ação

Para contribuir com a compreensão dos enfermeiros sobre a importância da SAE para o cuidado à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem, são desenvolvidas estratégias: “Adotando atitude para a operacionalização da SAE e concretização do cuidado à criança”. As estratégias envolvem aspectos apresentados no quadro abaixo:

Quadro 12 - Adotando atitude para a operacionalização da SAE e concretização do cuidado à criança

Códigos	Subcategorias
D.1	Integrando a família no processo de cuidar da criança
D.2	Trabalhando de forma integrada com a equipe multiprofissional.
D. 3	Normatizando as atribuições da equipe de enfermagem com os protocolos da Atenção Básica.

D.1 Integrando a família no processo de cuidar da criança

Os enfermeiros reconhecem a dimensão da influência da relação profissional com o cuidador, para compreender as necessidades da criança e para a efetividade dos cuidados prestados. O cuidador representa um elo entre a criança e o enfermeiro. Dessa forma, sua participação na consulta de enfermagem, no trabalho de educação em saúde e no planejamento dos cuidados torna-se fundamental para a garantia da continuidade do cuidado e para a resolutividade da assistência.

Ressalta-se, ainda, a importância do acolhimento da família e do interesse em ouvir as considerações dos cuidadores para a compreensão da situação da criança e para o planejamento de ações coerentes com a situação vivenciada. Durante a consulta de enfermagem ao menor, observou-se a presença dos responsáveis pela criança, principalmente das mães, como relatado abaixo:

Toda a avaliação eu anoto no prontuário e dou as orientações para as mães. Eu registro todas as orientações que eu dou. (P 5)

Quando vem para a enfermagem, a criança é acolhida, ouvimos o relato e as considerações da mãe, avaliamos a criança e orientamos a conduta para a mãe. (P 7)

Tem que ver a criança em todos os seus níveis, um ser total. Tem que buscar resolver junto com a família, com a mãe. (P 11)

Smith, Swallow, Coyne (2015) evidenciam a importância da construção de uma relação de confiança entre o enfermeiro - família - criança, por compreender o reflexo no cuidado ofertado. Os autores destacam a importância da responsabilidade compartilhada, trabalhada com a valorização da escuta ativa, respeito da opinião e troca de informações e de conhecimento com os pais para o planejamento mútuo da assistência à criança.

Estratégias devem ser empregadas para provocar o interesse da família no cuidado compartilhado. Isso pode envolver atividades na Atenção Básica, que envolvam palestras, roda de conversa, ações educativas, dentre outras atividades. Entretanto, é fundamental a comunicação, construção de vínculo com os familiares e a sensibilidade para identificar as deficiências que comprometem o cuidado à criança.

Esse fato condiz com o estudo de Carvalho, Veríssimo (2011) que discutem sobre a importância da comunicação horizontal entre profissionais da saúde e familiares para o compartilhamento de informações e participação dos familiares sobre o processo saúde-doença da criança. Vieira et al. (2012) complementam que a transmissão de conhecimentos nas consultas de puericultura intensifica a autonomia e compromisso do cuidador com a criança.

D.2 Trabalhando de forma integrada com a equipe multiprofissional

Os enfermeiros afirmam a importância do atendimento multiprofissional para o atendimento à criança. Cada categoria profissional possui atribuições específicas para contribuir de forma diferenciada no processo saúde-doença da criança. Assim, a SAE possibilita a continuidade da assistência com a equipe multiprofissional, tendo em vista as competências, saberes e valores individuais de cada categoria profissional, como descrito abaixo:

Caso eu não possa resolver, eu encaminho ao médico e já agendo a próxima consulta. (P 2)

Se a criança estiver doente e apresentar alguma queixa, eu já passo para o médico. (P 5)

Quando a criança chega aqui, ela é atendida no SAME, é feito o acolhimento e a técnica faz a triagem. Com a triagem, ela vê se é para o enfermeiro ou é para o médico. (P 7)

Minha equipe é maravilhosa, fantástica. A gente trabalha de forma bem integrada. Da minha sala, o paciente vai para o médico, para o dentista, sala de vacina, muito bom. (P 9)

Os relatos demonstram a preocupação dos enfermeiros em trabalhar, de forma integrada, com o médico da eSF, o que assegura maior consistência e resolutividade dos cuidados prestados à criança. A integração multiprofissional é visualizada pela comunicação efetiva entre os profissionais, que reflete na facilidade de acesso ao atendimento e disponibilidade da equipe em assistir a criança.

Essa realidade condiz com a pesquisa de Psaila et al. (2014) realizada com uma equipe multiprofissional, na Austrália, onde foi constatado que a continuidade da assistência reduz a fragmentação do cuidado à criança. Dessa forma, devem ser estimuladas a comunicação verbal e não verbal. Outrossim, a continuidade do cuidado reflete no desenvolvimento de uma relação de confiança com a família, efetiva a comunicação e a coordenação da assistência.

É pertinente ressaltar, que a realização de encaminhamentos à equipe de saúde demonstra o olhar holístico e humanizado do profissional, por considerar as inúmeras dimensões do cuidado. Carvalho, Veríssimo (2011), em estudo realizado na UBS da região do Butantã (São Paulo-SP), constataram que 50% dos atendimentos realizados pelos enfermeiros às crianças foram encaminhados para o atendimento médico, garantindo a continuidade da assistência.

Nesse contexto, segundo Vieira et al. (2012), o encaminhamento para a categoria médica deve ser assegurado em situações de anormalidades e comprometimento da saúde, sendo, portanto, necessárias a integração e comunicação profissional para não haver comprometimento do cuidado à criança.

D.3 Normatizando as atribuições da equipe de enfermagem com os protocolos da Atenção Básica.

O protocolo de enfermagem é um documento elaborado para delimitar e orientar as atribuições no ambiente de trabalho. Ele foi elaborado pela Gestão de Atenção Básica, em parceria com a comissão de enfermeiros, respeitando os programas de saúde da família, para sistematizar as ações em todos os ciclos vitais do ser humano, com autonomia.

Sua elaboração é fundamentada no Caderno de Atenção Básica e lei do exercício profissional, pois as atribuições de enfermagem devem ser normatizadas no formato de

protocolo para fundamentar suas ações. Anteriormente, as atividades eram sustentadas por protocolos do MS, que não delimitam de forma específica as atribuições e responsabilidades dos enfermeiros na Atenção Básica, como relatado abaixo:

Então, foi formada uma comissão para a gente elaborar o protocolo de enfermagem, considerando que até então nós não tínhamos o protocolo local. Ele se apoiava nos protocolos do Ministério da Saúde, que não são específicos para o enfermeiro, eles são para a equipe saúde da família. (P 10)

[...] foi criado o protocolo para enfermagem, normatizando todas as ações que o enfermeiro realiza na Atenção Básica. Foi um protocolo feito em conjunto com as três regionais da FMS. Esse protocolo já foi revisado, divulgado, e já teve o encontro da Atenção Básica, onde o protocolo foi todo esmiuçado. Foi feita palestra sobre cada capítulo desse protocolo no evento da ABEn, e foi entregue uma cópias em CD para cada profissional da Atenção Básica. (P 12)

Souza et al. (2013) concordam com a prática de enfermagem amparada por protocolo e sistemática do processo de trabalho, devido ao consequente impacto na vigilância em saúde. Essa estratégia facilita a dinâmica de atendimento, respalda as ações do profissional e viabiliza a sistematização da assistência. Destaca-se, também, a contribuição para a realização dos atendimentos dentro dos prazos preconizados pelo MS e a integralidade da assistência, o que reflete na redução da mortalidade infantil.

Foi identificada uma redução do coeficiente de mortalidade infantil de Teresina, no último ano. Considera-se que as ações na Atenção Básica, somadas às estratégias de organização do trabalho das equipes de saúde da família, implicaram na redução da mortalidade infantil de 16,21% em 2012 para 14,59% em 2013. Dentre as estratégias adotadas, inclui-se a criação do protocolo de enfermagem da Atenção Básica, divulgado no ano de 2012 (PIAUI, 2013).

O protocolo emergiu da necessidade de normatização das atribuições dos enfermeiros, inclusive das competências no cuidado à criança. Assim, compreendendo a importância da adesão da ferramenta, esta foi publicada e disponibilizada em formato de CD aos profissionais. Todavia, a Gestão municipal não ofertou treinamentos e não realizou supervisão para avaliar o seu uso.

Segundo Fernandes (2010), a ausência de protocolo compromete a padronização das condutas na Atenção Básica. Na atenção à criança, a padronização acarreta no controle dos intervalos das consultas das crianças saudáveis e das com risco, e permite a busca ativa das crianças para a puericultura.

Desse modo, entende-se a importância de manter as comissões de enfermagem e fortalecer a parceria com a Gestão da Atenção Básica, no sentido de preservar os protocolos

de enfermagem atualizados para efetivar a dinâmica de trabalho e atenção na puericultura. Destaca-se, ainda, a importância de supervisão e de treinamentos para assegurar o uso da ferramenta na sua totalidade.

E) Identificando as consequências

Diante das estratégias adotadas para a operacionalização da SAE e concretização do cuidado à criança, o estudo apresenta a seguinte categoria: “Reconhecendo o valor da SAE no cuidado à criança e para a ênfase da enfermagem”. Essa categoria mostra as consequências do fenômeno em estudo, identificadas pelos enfermeiros das diferentes instâncias, como apresentado no quadro 13:

Quadro 13 - Reconhecendo o valor da SAE no cuidado à criança e para a ênfase da enfermagem

Códigos	Subcategoria
E.1	Qualificando a assistência de enfermagem com a SAE.
E.2	Destacando a atuação de enfermagem na puericultura e consulta à criança.

E.1 Qualificando a assistência de enfermagem com a SAE

Os enfermeiros referem que a SAE assegura um acompanhamento integral e qualificado, o que facilita o acompanhamento da criança pela equipe e responsáveis e, conseqüentemente, a qualidade no cuidado. O processo organiza o cuidado, permite a identificação das reais necessidades, a prescrição de ações e o acompanhamento da evolução, conforme as falas abaixo:

Então vai trazer melhorias para o paciente, no sentido dele ter uma assistência de qualidade (P1)

A SAE garante que a criança receba um serviço de qualidade e os responsáveis terão um acompanhamento da criança e a conduta a ser realizada, de acordo com as necessidades das crianças (P 7).

A SAE permite que a criança tenha um acompanhamento bem completo. A criança sai com os problemas resolvidos, não falta nada, efetiva o cuidado. Organiza, efetiva, otimiza o cuidado. Acho que fica um cuidado mais completo. (P 9)

[...] a qualidade da assistência com a SAE não tem como negar, pois vai contemplar o indivíduo como um todo, o holístico, vai contemplar todas as intervenções. (P 11)

Os relatos são condizentes com o estudo de Varela et al. (2012), realizado em UBS do município de Mossoró –RN, que constatou a contribuição da SAE para a organização e qualidade do trabalho da enfermagem, fundamentado no cuidado sistematizado com a identificação das necessidades individuais e diagnóstico de enfermagem, planejamento, direcionamento e implementação dos cuidados. Nesse sentido, possibilita ao enfermeiro avaliar e readaptar a assistência para fazer um redirecionamento das ações.

Nesse sentido, é notório que a SAE qualifica a assistência de enfermagem, por meio de uma assistência absoluta, resolutiva e planejada. Entretanto, diante da amplitude de fatores que podem comprometer o bem-estar da criança, torna-se prudente a inserção do enfermeiro no seu ambiente familiar e social, para evidenciar a qualidade do modelo de atenção e realizar a puericultura em sua plenitude.

Portanto, a qualidade da assistência de enfermagem é um desafio para o profissional de saúde. Este deve buscar estratégias para participar do cuidado à criança. Diante disso, a assistência deve ser permeada por um olhar holístico e humanizado, a fim de otimizar a assistência e estimular a adesão do cuidador às consultas, uma vez que essas ações refletirão na qualidade do cuidar.

Nesse contexto, é salutar destacar um estudo realizado em Cuba sobre qualidade de consulta de puericultura, que mostra a preocupação do profissional em prestar uma assistência de qualidade, e do desenvolvimento de mecanismos para avaliar a evolução das necessidades, as ações implementadas, bem como para identificar a existência de uma relação entre as várias consultas realizadas à criança. O uso dos mecanismos objetiva manter uma elevada qualidade do desempenho para o benefício e satisfação da demanda de saúde das crianças (DEL PRADO DE LA TORRE et al, 2011).

E.2 Evidenciando a atuação de enfermagem na puericultura e consulta à criança

Os enfermeiros assumem um papel de destaque no atendimento à puericultura na Atenção Básica. O objetivo é realizar uma avaliação holística para controlar a morbimortalidade infantil e contribuir para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável.

Na puericultura, o enfermeiro busca realizar uma avaliação integral da criança e abordar temáticas relacionadas à alimentação, sono, higiene e imunização com os familiares. Essa estratégia contribui para a construção de vínculo, compreensão dos aspectos determinantes do processo saúde e doença e para a melhor qualidade de vida da criança.

Assim, com a SAE, a atenção torna-se sistemática, organizada e planejada, permitindo um acompanhamento mais efetivo da criança, como relatado abaixo:

Com a SAE, a gente faz o levantamento de dados da criança ou do recém-nascido. Levanto os dados: peso, estatura, perímetro cefálico. Depois disso, coloca no cartão da criança e vê os índices de normalidade, vê alguma queixa principal que possa ter, vê queixas secundárias que possam ter na criança, e, a partir disso, você estabelece condutas. Condutas essas que são baseadas no diagnóstico de enfermagem. (P 4)

Quando a criança chega, eu vejo logo o cartão de vacina para ver essa questão das vacinas, se estão todas em dias. Aí ela chega para mim com peso. Eu vejo a altura, meço o perímetro cefálico, pergunto para a mãe sobre a alimentação, sono da criança, vejo a higiene, avalio a criança, por último coloco alguma queixa que a mãe possa relatar em relação à criança.(P 5)

Eu avalio o cartão de vacina, registro peso, vejo o crescimento e desenvolvimento, ao tempo que eu vou conversando com a mãe para ver como a criança está. Depois vou para o exame físico detalhado e vou avaliar a queixa. Então, faço a evolução e as prescrições de enfermagem. Se for preciso prescrição ou solicitação, eu faço. (P 8)

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é feito basicamente pelo enfermeiro na rede municipal. (P 10)

Tem até o cartão da criança para registrar e identificar as fases da criança e discutir junto com a mãe. (P 11)

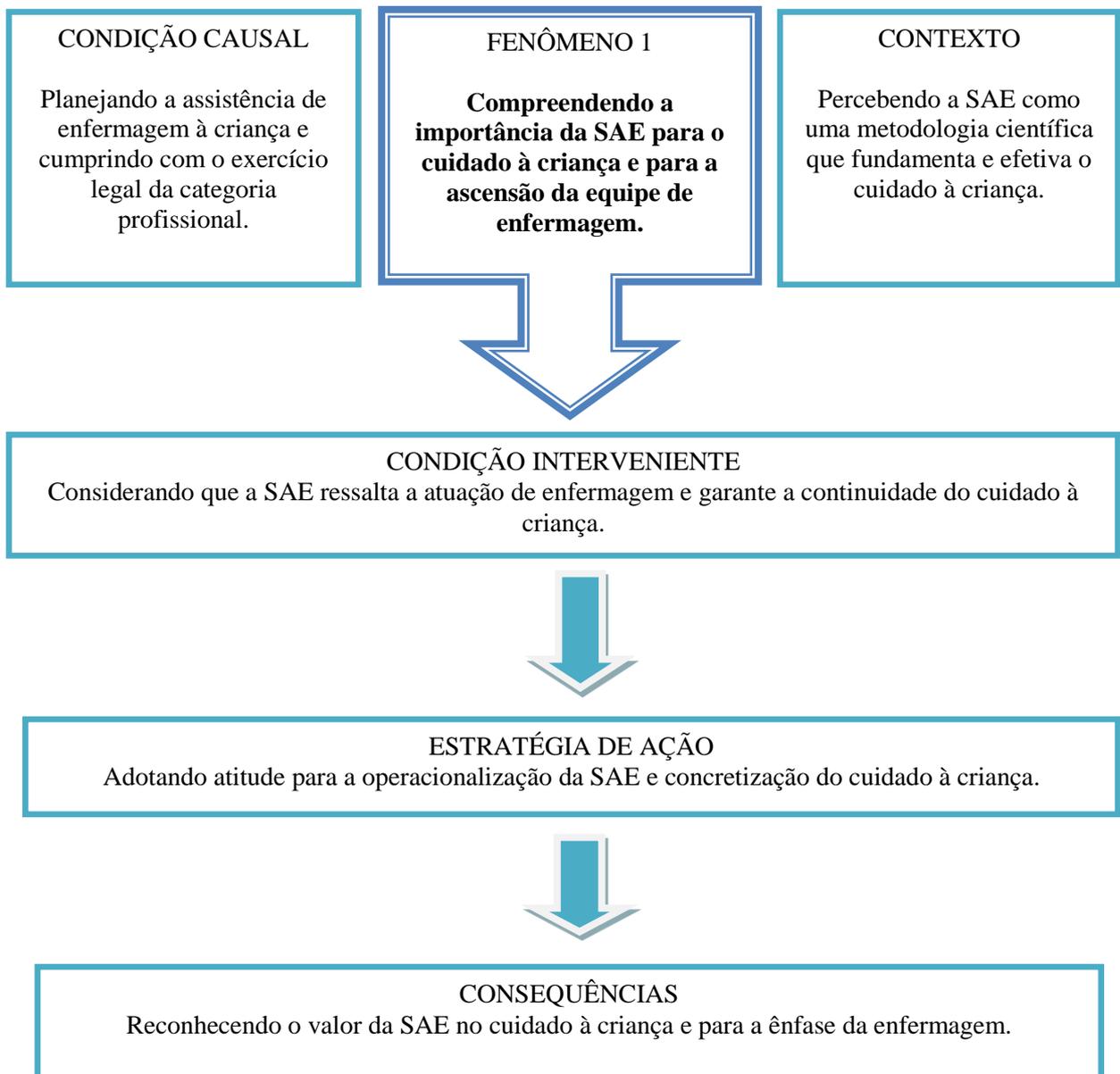
Os enfermeiros compreendem a importância do uso da caderneta da criança na puericultura. O instrumento viabiliza, aos pais e profissionais da saúde, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como a prevenção de doenças, a partir da avaliação dos indicadores avaliados e registrados no mesmo.

Destaca-se, além disso, o caráter educativo e informativo do instrumento, que contém orientações, aos responsáveis, sobre os cuidados à criança, direitos e deveres da criança e dos pais, sobre o registro do nascimento, amamentação, alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo, prevenção de acidentes, dentre outros. O instrumento também possui uma parte destinada aos profissionais da saúde para o registro de dados e vigilância em saúde (BRASIL, 2013).

O registro fiel e completo dos dados, e a interação com os cuidadores sobre as informações são fundamentais para que a caderneta da criança desempenhe o papel de instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil. Todavia, apesar da importância, estudo realizado por Alves et al. (2009), em Belo Horizonte, constatou déficit no preenchimento dos dados na caderneta, fato que evidencia a necessidade dos profissionais de saúde em realizar uma avaliação integral e utilização do recurso para o acompanhamento da saúde da criança.

Dessa forma, em suma, os relatos acima ratificam que a atuação dos enfermeiros da eSF, na puericultura, condiz com a proposta do Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica e Ambulatórios do município. O Protocolo evidencia aspectos a serem abordados na consulta de enfermagem, como: crescimento, estado nutricional, medidas antropométricas, higiene, aspectos gerais, além de indícios de violência, relação com a família, alimentação, imunização e frequência na escola. Assim, com a consulta sistemática e a identificação das necessidades individuais, cabe ao enfermeiro realizar as prescrições dos cuidados terapêuticos e encaminhamentos (BRASIL, 2012b).

Figura1- Modelo teórico do fenômeno 1



5.2 Fenômeno 2 – Apontando lacunas na SAE na Atenção à criança na eSF e os caminhos para a superação das dificuldades

O fenômeno 2 mostra as lacunas na SAE na atenção à criança na eSF e os caminhos para a superação das dificuldades. A atuação da enfermagem é fundamentada numa base científica, teórica, legal e ética para a operacionalização da SAE. O processo de trabalho é uma ferramenta que gerencia o cuidado de enfermagem e deve ser implementada nos serviços de saúde, principalmente na Atenção Básica, que preconiza uma atenção integral e possibilita um acompanhamento contínuo para o bem-estar geral do paciente em todos os ciclos vitais.

Atenção Básica é um campo que requer conhecimentos, habilidades e práticas organizadas e sistematizadas para a qualidade das ações do enfermeiro. Entretanto, existem lacunas para a operacionalização da SAE no serviço, o que compromete a assistência integral à criança e o processo de trabalho do enfermeiro. No que se refere à assistência à criança, observa-se a necessidade de adequação da realidade vivenciada para buscar acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil e promover o crescimento saudável.

Assim, vale ressaltar que alguns fatores comprometem a implantação da SAE, dentre os quais, segundo os enfermeiros do estudo, destacam-se: insegurança no ambiente de trabalho, limitações estruturais, sobrecarga de trabalho, grande demanda de pacientes, excesso de atividades burocráticas e postura passiva da categoria.

Entretanto, apesar das dificuldades, os profissionais a consideram importante para aperfeiçoar e individualizar a assistência, contribuir para a evolução científica da categoria, promover a ascensão profissional, dar continuidade ao cuidado, promover vínculo paciente-profissional, documentar a assistência, aumentar a autoestima e visibilidade profissional, além de permitir a identificação de falhas e resultados (OLIVEIRA et al., 2012b)

Medeiros, Santos, Cabral (2013) destacam que a não realização da SAE gera prejuízos na qualidade da assistência e desconhecimento das necessidades do paciente. Os enfermeiros compreendem a necessidade de reestruturação dos serviços para viabilizar a operacionalização da SAE. Portanto, torna-se indispensável identificar as lacunas que comprometem sua prática para buscar estratégias que efetivem sua implementação na Atenção Básica.

Por isso, para identificar as lacunas e os seus caminhos para a superação das dificuldades, foi necessária a análise das entrevistas e observação das atividades dos enfermeiros na Atenção Básica. Nesse sentido, pode-se perceber que os enfermeiros compreendem as lacunas e a necessidade de adesão de estratégias para a mudança do

fenômeno 2. Assim, com base no paradigma de Stauss e Corbin, serão discutidas as principais categorias encontradas na análise dos dados que geraram o fenômeno 2. Para a melhor compreensão do fenômeno, as categorias e subcategorias estão representadas no quadro 14:

Quadro 14 – Categorias e Subcategorias do Fenômeno 2

Categorias	Subcategorias
Apontando fatores que sustentam as lacunas para SAE na atenção à criança na eSF.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificando carência de conhecimento sobre etapas da SAE. • Referindo deficiência na formação acadêmica sobre SAE.
Lacunas no processo de SAE comprometendo a assistência de enfermagem à criança.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprometendo a avaliação da criança com a dinâmica de atendimento do programa bolsa família. • Admitindo realização parcial das etapas da consulta de enfermagem à criança.
Lidando com fatores que comprometem a operacionalização da SAE na atenção à criança na eSF.	<ul style="list-style-type: none"> • Sentindo insegurança no ambiente de trabalho. • Mencionando limitações estruturais na UBS. • Referindo sobrecarga do enfermeiro com a demanda de atendimento e com as atividades burocráticas. • Adotando uma postura passiva ao assumir atribuições que competem à equipe multiprofissional.
Buscando medidas para a operacionalização da SAE na atenção à criança.	<ul style="list-style-type: none"> • Necessitando de formalização das queixas dos enfermeiros nas instâncias superiores. • Compreendendo a necessidade de cursos de capacitação. • Confiando na melhoria das condições de trabalho e assistência ofertada com a informatização da UBS. • Mencionando interesse por impressos padronizados para o direcionamento da consulta de enfermagem.
Reconhecendo a necessidade de intervenção nas diferentes instâncias para a formalização da SAE na Atenção Básica.	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitando apoio do COREN para a formalização da SAE. • Atrelando a implantação da SAE à iniciativa da Gestão da FMS.

5.2.1 Descrevendo o Fenômeno 2

A) Destacando as condições causais

A categoria “Apontando fatores que sustentam as lacunas para SAE na atenção à criança na eSF” mostra as causas que determinam o fenômeno em estudo. Esta é considerada causal, pois os enfermeiros apontam como fatores que influenciam as lacunas da SAE na atenção à criança, comprometendo sua operacionalização. Como discutido anteriormente, compreende-se a repercussão da SAE no cuidado à criança e na ascensão da enfermagem, no entanto, constataram-se limitações nesse processo.

Na categoria, foram definidas lacunas para a operacionalização da SAE, como representado no quadro 15:

Quadro 15 - Apontando fatores que sustentam as lacunas para SAE na atenção à criança na eSF

Códigos	Subcategorias
A. 1	Identificando carência de conhecimento sobre diagnóstico de enfermagem.
A. 2	Referindo deficiência na formação acadêmica sobre a SAE.

A.1 Identificando carência de conhecimento sobre diagnóstico de enfermagem

A subcategoria demonstra a carência de conhecimento dos enfermeiros sobre diagnóstico de enfermagem, culminando na infração ética. Na percepção de alguns enfermeiros, o diagnóstico de enfermagem se confunde com o diagnóstico médico, o que demonstra a fragilidade dos aspectos científicos, éticos e legais do profissional. Os relatos abaixo representam essa situação:

A gente não faz o diagnóstico de enfermagem, faz um diagnóstico médico. Por exemplo: o paciente está com uma diarreia, com uma pneumonia. Não faz o diagnóstico de enfermagem. (P 1)

Você pode comparar o meu diagnóstico com o diagnóstico médico, acaba que está se confundindo um pouco. (P 2)

O que falta é o diagnóstico de enfermagem, que, muitas vezes, dão é diagnóstico médico, sem querer. (P 9)

Os relatos demonstram que os enfermeiros priorizam os aspectos clínicos durante a consulta de enfermagem à criança, ignorando a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem.

Esta atitude demonstra a valorização dos aspectos clínicos específicos relacionados à competência médica, em detrimento aos aspectos amplos da saúde, principalmente no cuidado ofertado à criança, que deve abranger aspectos sociais, físicos, cognitivos e mentais. Assim, essas dificuldades precisam ser superadas para que o enfermeiro possa desenvolver suas ações com respaldo legal.

Essa postura pode gerar invisibilidade à competência diagnóstica do enfermeiro, conflitos legais com a categoria da enfermagem e médica, além do comprometimento de todo o processo de enfermagem. Esse fato condiz com o estudo de Silva et al. (2011 a) que enfatizam a facilidade dos profissionais em identificar os problemas do paciente durante a assistência, e a dificuldade em formalizar o enunciado do diagnóstico, uma vez que o diagnóstico revela uma compreensão ampla das alterações identificadas.

É importante compreender que o diagnóstico de enfermagem representa a etapa do processo de enfermagem em que se utiliza o julgamento clínico para dar coerência aos dados coletados e ao planejamento das intervenções para a resolutividade do quadro de saúde. O diagnóstico de enfermagem difere do diagnóstico médico, uma vez que a assistência de enfermagem se concentra na integralidade do ser humano para a busca do bem-estar e, também, porque a delimitação do diagnóstico requer o envolvimento do paciente na coleta de dados e no processo diagnóstico (NANDA, 2013).

As intervenções baseadas no diagnóstico de enfermagem não se restringem ao tratamento dos problemas médicos, considerando a especificidade da profissão em focar na complexidade da saúde do ser humano. Neste contexto, o uso inadequado e impreciso do diagnóstico de enfermagem compromete o papel do enfermeiro como diagnosticador e a assistência de enfermagem como um todo (NANDA, 2013).

Cabe ainda enfatizar que os diagnósticos de enfermagem são interpretações científicas dos dados coletados utilizados para dar continuidade ao processo de cuidado. O seu uso possibilita utilizar uma linguagem específica, garantindo uma comunicação clara, concisa, objetiva e científica e contribui para o desenvolvimento da profissão (NÓBREGA; NÓBREGA; SILVA, 2011; BOUSSO; POLES; CRUZ, 2014).

Portanto, com a linguagem uniforme do diagnóstico de enfermagem, facilita a avaliação da criança e comunicação entre os enfermeiros. A definição do diagnóstico propicia ao enfermeiro uma visão holística das condições de saúde e doença da criança, favorecendo a identificação precoce das necessidades e vulnerabilidades. Entretanto, o profissional deve fundamentar a consulta de enfermagem com a SAE, em sua plenitude.

A.2 Referindo à deficiência na formação acadêmica sobre SAE

Esta subcategoria discute a importância da formação acadêmica para a operacionalização da SAE na Atenção Básica. Os enfermeiros atrelam a dificuldade de operacionalização da SAE à formação acadêmica que vivenciaram, justificando que o corpo docente de outrora não enfatizava a importância da SAE e as etapas do processo de enfermagem, principalmente a taxonomia do diagnóstico de enfermagem, conforme os relatos:

Eu acho que o erro está desde a nossa formação acadêmica. Na época, quando eu entrei na faculdade, em 98, não tinha essa cobrança dos professores de frisar a importância da SAE. Eu acho que o erro vem desde a formação acadêmica, que não está pautada nisso. (P 2)

[...] os enfermeiros já vinham colocando que tinham dificuldade sobre diagnóstico de enfermagem, porque a maioria saiu da faculdade quando ainda não eram trabalhadas essas nomenclaturas. (P 10)

Indubitavelmente, a prática profissional reflete a formação acadêmica. Dessa forma, compreende-se a responsabilidade das Instituições de Ensino (IES) em propiciar o desenvolvimento de habilidades e competências dos discentes para a realização da SAE após a formação. Portanto, a temática está presente em todos os períodos do curso de graduação, sendo trabalhadas todas as etapas, o que favorece a compreensão dos princípios globais do processo. No entanto, apesar do investimento das IES com a temática, estudos demonstraram a incoerência entre o conhecimento adquirido na graduação com a prática diária do enfermeiro (OLIVEIRA, 2012b; SILVA; GARANHANI; GUARIENTE, 2014).

A despeito do que foi relatado pelos enfermeiros, já se vêm realizando mudanças significativas nas IES, como relatam Silva et al. (2011 b) que constataram a preocupação das IES em capacitar e gerar reflexões dos discentes sobre a temática. Nesse contexto, são utilizadas diferentes abordagens, baseadas nas vivências e experiências dos docentes, enfatizando a SAE como um instrumento técnico, político e organizacional da profissão. No entanto, apesar do investimento destas IES na temática, estudos demonstram a incoerência entre o conhecimento adquirido na graduação com a prática diária do enfermeiro (OLIVEIRA, 2012b; SILVA; GARANHANI; GUARIENTE, 2014).

Assim, observou-se que os enfermeiros relacionam a dificuldade com a taxonomia do diagnóstico de enfermagem ao fato de não terem trabalhado o tema na graduação. Porém, é importante destacar que a enfermagem está em constante processo de evolução, sendo, portanto, necessária a atualização profissional para acompanhar suas mudanças. Essa

realidade reflete a deficiência na continuidade do estudo dos enfermeiros, após a formação, pois devido complexidade da área da saúde, cursos de aperfeiçoamento são necessários.

Silva et al. (2011a) esclarecem que o aprendizado sobre diagnóstico de enfermagem tem início na graduação e tem continuidade na vida profissional, devido à complexidade da atividade e necessidade de aperfeiçoamento profissional. Dessa forma, deve-se investir para o desenvolvimento de habilidades intelectuais e processos mentais para superar as dificuldades no processo de aprendizagem.

B) Enfatizando o contexto

A categoria relacionada ao contexto do fenômeno 2 compreende “Lacunas no processo de SAE comprometendo a assistência de enfermagem à criança”. Os enfermeiros compreendem que as limitações interferem na assistência e fragilizam o processo de trabalho. Dessa forma, a categoria denota o contexto do trabalho vivenciado, como ilustrado no quadro abaixo:

Quadro 16 - Lacunas no processo de SAE comprometendo a assistência de enfermagem à criança

Códigos	Subcategoria
B.1	Comprometendo a avaliação da criança com a dinâmica de atendimento do programa bolsa família.
B.2	Admitindo realização parcial das etapas da consulta de enfermagem à criança.

B.1 Comprometendo a avaliação da criança com a dinâmica de atendimento do programa bolsa família

A subcategoria evidencia o impacto do programa bolsa família para a assistência de enfermagem à criança. A consulta à criança requer especificidades devido à complexidade do grupo de atendimento, sendo necessária a construção de uma relação com o cuidador para a aquisição de informações que possam contribuir para o planejamento da assistência.

Neste contexto, torna-se inviável para o enfermeiro prestar uma assistência de qualidade e operacionalizar a SAE, no período de cadastro do programa bolsa família, pois, nesse período, o volume de atendimentos é muito grande, não havendo tempo suficiente para o atendimento. Dessa forma, a assistência de enfermagem, no período supramencionado,

restringe-se a uma avaliação geral e superficial, com enfoque apenas na queixa, conforme os relatos abaixo:

Com o bolsa família, não tem condições de realizar a SAE. São setenta crianças para atender. (P 6)

No período bolsa família, se não atender os pacientes, o pessoal derruba o posto. É uma média de 40-50 pessoas por dia para avaliar. (P 7)

[...] no bolsa família é uma média de quinze a dezoito crianças. Aí eu acabo fazendo uma avaliação muito rápida, muito geral, porque é muita gente. Às vezes, não tem como fazer um exame físico bem detalhado. Às vezes, a gente olha geral e pergunta. Não tem condições de examinar e ficar escrevendo. (P 8)

O programa Bolsa Família, criado pela lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de dezembro de 2004, é um programa federal de transferência de renda para famílias em situação de risco e vulnerabilidade social. O recebimento do benefício está condicionado ao cumprimento de algumas especificidades nas áreas da saúde, educação e assistência social. Na área da saúde, o MS deve ofertar às famílias que possuem crianças menores de sete anos e/ou mulheres, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, assistência pré-natal e puerpério, vacinação, vigilância alimentar e nutricional das crianças menores de sete anos (BRASIL, 2004).

Entretanto, com base nos relatos acima e na legislação que regulamenta o programa bolsa família, é notório que, apesar dos benefícios concedidos, o acompanhamento dos aspectos referentes às crianças menores de sete anos está comprometido. Nesse contexto, compreende-se que é inviável realizar uma avaliação criteriosa e planejar a assistência de enfermagem para um número significativo de crianças em curto espaço de tempo. Assim, a não operacionalização da SAE compromete a assistência, impossibilita a identificação das necessidades e vulnerabilidades, gerando, assim, impactos negativos na saúde da criança.

Ademais, a adesão desse modelo de atendimento compromete o planejamento e a avaliação do cuidado à criança, perdendo o foco da consulta de enfermagem na faixa etária que requer maior vigilância em saúde (REICHERT et al., 2014). Sousa, Erdmann (2012) complementam que o atendimento rápido e superficial representa uma dificuldade para o cuidado à criança e para o processo comunicativo efetivo, considerando que o atendimento não pode se restringir a uma avaliação limitada às queixas, pois impede o esclarecimento de dúvidas do cuidador.

Portanto, percebe-se que, com a dinâmica de atendimento do programa bolsa família, há uma fragilidade na relação de vínculo entre o cuidador-criança-profissional, pois estão sendo priorizados aspectos cobrados para assegurar o benefício das famílias.

Isso porque o cenário atual da enfermagem requer que o enfermeiro seja comprometido, dinâmico e criativo para desenvolver estratégias que permitam a superação das dificuldades. Nesse sentido, no que concerne a sobrecarga de atendimento no período do programa bolsa família, é oportuna a reorganização do cronograma de atendimento, para não gerar uma demanda muito grande de crianças no mesmo período. O acompanhamento da criança deve ser sistemático para efetivar uma atenção integral. Desse modo, será viável o repasse das informações do programa para o município, sem prejuízos no atendimento e sem o desgaste profissional com a sobrecarga de trabalho.

B.2 Admitindo realização parcial das etapas da consulta de enfermagem à criança

A subcategoria aponta a fragilidade dos registros de enfermagem na Atenção Básica, pois não estão sendo fundamentados na cientificidade. Sabe-se que os registros de enfermagem à criança devem ser formalizados com as etapas do processo de enfermagem no prontuário, sem restrição de dados. Essa estratégia garante a continuidade do cuidado e respalda legalmente o profissional. Entretanto, alguns enfermeiros estão negligenciando os registros e ofertando orientações de forma oral, atitude que gera fragilidade da assistência.

Os relatos evidenciam a deficiência de conhecimento dos enfermeiros sobre as etapas do processo de enfermagem, bem como a importância da sua realização para a categoria profissional e para a criança. Nota-se que o instrumento científico da enfermagem é desconsiderado pela categoria profissional, conforme os relatos:

[...] a gente acaba implementando as ações de forma oral, conversando, falando, nem sempre escrevendo, mais na parte da conversa. (P 3)

Eu faço a avaliação, evolução e a conduta. Eu não faço diagnóstico de enfermagem. Eu não registro nenhum diagnóstico [...] Na consulta eu registro só as queixas do paciente e alguma conduta. Se for solicitado algum exame. É mais direcionada à queixa, coloco só o que ele está sentindo e a conduta. (P 5)

Na consulta de enfermagem, eu faço o histórico, anamnese, evolução e as prescrições. Só está faltando o diagnóstico de enfermagem. (P 6)

Eu procuro detalhar bem na minha evolução de enfermagem, mas a SAE, com todas as etapas, não está sendo realizada não. (P 8)

Na prática, nós vemos que a pessoa faz, mas não faz todas as etapas, não; faz por fazer. Então, de acordo com a resolução, não está fazendo a SAE. (P 14)

A realidade apresentada no estudo equivale à realidade das UBS do Estado do Paraná, onde se constatou um número elevado de registros incompletos e ausentes no

prontuário, referente à avaliação das crianças. A deficiência nos registros constitui um reflexo da fragmentação da assistência de enfermagem, pois o prontuário deve conter todas as informações referentes à saúde e doença da criança, possibilitando seu acompanhamento integral (BARBOZA; BARRETO; MARCON, 2012).

Neves, Shimizu (2010) referem que falhas nas etapas do processo de enfermagem, representam a fragmentação do cuidado prestado ao paciente e descaracterizam a metodologia do trabalho. Segundo os autores, os enfermeiros dão maior ênfase a dados relacionados às necessidades biológicas e fisiológicas, desconsiderando aspectos sociais, psicológicos, espirituais. Constata-se, também, a deficiência nos registros dos diagnósticos de enfermagem, etapa que requer uma análise e reflexão mais aprofundada.

Outro aspecto a ser considerado é que a comunicação oral impossibilita a transmissão das informações com a equipe multiprofissional, inviabiliza a continuidade do cuidado e o acompanhamento da evolução da criança. Soma-se a estes prejuízos a perda de informações sobre os cuidados prestados e a incompreensão dos cuidadores sobre as intervenções adotadas, repercutindo na qualidade e no resultado da assistência de enfermagem.

Nessa perspectiva, a desvalorização da sistematização do cuidado à criança pode refletir na fragilidade da assistência e, conseqüentemente, na perda da credibilidade da enfermagem. Borsato et al.(2011) atrelam a desconsideração dos enfermeiros pelos registros das etapas do processo do cuidar no prontuário à preocupação dos mesmos com a observação do paciente e cumprimento das atividades técnicas do cuidado, deixando em segundo plano os registros dos cuidados.

Os relatos também apontam o descumprimento do código de ética da enfermagem, da Resolução COFEN nº429/2012, que dispõe sobre os registros das ações profissionais no prontuário do paciente ou em outros documentos próprios da enfermagem. O Art. 2º estabelece que devem ser registradas no prontuário as etapas do processo de enfermagem, que envolvem os dados coletados em um dado momento do processo saúde-doença, os diagnósticos de enfermagem, as ações ou intervenções e os resultados alcançados (COFEN, 2012).

Todavia, Pedrosa, Souza, Monteiro (2011) enfatizam que os registros das etapas do processo de enfermagem não devem ser encarados como cumprimento de normas burocráticas. Por isso, é fundamental a compreensão de sua real importância e dos impactos decorrentes da sua não realização. Nesse sentido, torna-se indispensável o compromisso, a

responsabilidade, a competência técnica-científica e o resgate do trabalho da enfermagem com os registros acerca da assistência prestada.

C) Destacando as condições intervenientes

A categoria que representa as condições interveniente do fenômeno 2 é intitulada “Lidando com fatores que comprometem a operacionalização da SAE na atenção à criança na eSF”. Nela, as limitações devem ser compreendidas para que se busquem estratégias de superação das dificuldades, de modo que os enfermeiros consigam implementar o processo de enfermagem na Atenção Básica.

Assim, essa categoria aponta os aspectos que comprometem a operacionalização da SAE na Atenção Básica, como representado no quadro abaixo:

Quadro 17 - Lidando com fatores que comprometem a operacionalização da SAE na atenção à criança na eSF

Códigos	Subcategoria
C.1	Sentindo insegurança no ambiente de trabalho.
C. 2	Mencionando limitações estruturais na UBS.
C.3	Referindo sobrecarga do enfermeiro com a demanda de atendimento e com as atividades burocráticas.
C.4	Adotando uma postura passiva ao assumir atribuições que compete à equipe multiprofissional.

C.1 Sentindo insegurança no ambiente de trabalho

Os profissionais da Atenção Básica estão sujeitos a situações de violência no ambiente de trabalho. Essas situações estão relacionadas, dentre outros fatores, a diferença cultural e social, assim como ao número reduzido de profissionais para atender uma grande demanda de pacientes, principalmente crianças, no período de cadastramento do programa bolsa família. A população, por medo de perder o benefício, cria tumulto e exige o atendimento imediato. Soma-se a essa situação a vulnerabilidade dos profissionais que trabalham em regiões violentas, sem qualquer suporte de segurança, como relatado abaixo:

No período bolsa família, se não atender os pacientes, o pessoal derruba o posto. É uma média de 40-50 pessoas por dia para avaliar . Se o SAME não marcar, o povo quer até bater. Já houve várias discussões, e isso é em todos os postos. (P 7)

Eu não posso me estender muito nas consultas por causa da violência da área. Dia de criança, o posto parece um mercado, toda hora chega gente, muitas vezes eu acabo fazendo a vontade deles, com a preocupação de não me prejudicar depois [...] Fico com medo da esposa não ser atendida ou a criança e o marido me fazer algum mal (P 9)

Nas condições que nós vivemos hoje, o risco de violência é em qualquer lugar, não é só no ambiente de trabalho. [...] É claro que os cuidados devem ser redobrados. Tem algumas UBS que a gente sabe que são áreas que têm muita violência próxima. Lógico que a gente sabe que isso ai vai atrapalhar um pouquinho [...]. (P 13)

A vulnerabilidade dos profissionais compromete significativamente a assistência de enfermagem, pois, segundo os relatos, os enfermeiros trabalham com medo de sofrer violência. Como estratégia para minimizar a exposição, os profissionais estão reduzindo a carga horária de trabalho semanal. Com isso, a assistência torna-se limitada e mecânica, descaracterizando o princípio da integralidade e, também, não seguem os preceitos humanísticos da assistência de enfermagem.

A realidade vivenciada condiz com a pesquisa realizada com equipe multiprofissional da eSF no estado do Amazonas, que constatou episódios de violência com a equipe da UBS, envolvendo ameaças, intimidação, assédio sexual e provocações. No entanto, na pesquisa, as vítimas, em sua totalidade, foram mulheres, e vivenciaram a experiência com colegas de trabalho e pacientes. No que se refere à violência, tendo como agente causador o paciente, destaca-se o assédio sexual, sustentado pela hipótese da influência cultural da mulher como submissa e símbolo sexual (MOLINOS et al., 2012).

Na mesma pesquisa, foi constatado que os profissionais não se sentem seguros no ambiente de trabalho, e acreditam que poderiam ser investidos em segurança na Atenção Básica. Outro aspecto evidenciado foi a ausência de treinamento com os profissionais para lidar com as situações de violência.

Diante dos fatos, compreende-se que a situação de violência compromete a assistência de enfermagem, de um modo geral, não somente na atenção à criança. Assim, é inaceitável que os profissionais se tornem alvos de violência no ambiente de trabalho, mas também não justifica a comunidade ser prejudicada. Dessa forma, torna-se necessária a mobilização dos profissionais no sentido de ter o seu direito à segurança garantido, e cabe à Gestão do município promover um ambiente seguro de trabalho.

C.2 Mencionando limitações estruturais na UBS.

Nesta subcategoria, os enfermeiros relatam a precariedade da estrutura de trabalho nas UBS. Para a continuidade da assistência, os profissionais solicitam matérias de consumo e equipamentos a Gestão da FMS, mas se queixam de não terem os pedidos atendidos. Alguns enfermeiros, para garantir a continuidade da assistência na Atenção Básica, utilizam recursos financeiros próprios, o que gera uma grande insatisfação nos mesmos, como relatado abaixo:

[...] falta muito recurso. A gente solicita as coisa e não vêm. A gente não tem material para se trabalhar. (P 2)

Eu acho que a estrutura física iria ajudar, porque a gente não tem estrutura. Às vezes, vem uma mãe com três crianças, o consultório é muito pequeno. Entra todo mundo junto. (P 8)

Folhas de notificação nós recebemos impressas em folha de borrão. Às vezes, a supervisora compra folhas para imprimir, do bolso dela. A balança do meu posto fui eu quem comprou, já quebrou e eu já comprei outra, senão não tem como trabalhar. Faltam coisas básicas que atrapalham. Nós temos estrutura, os consultórios são lindos, mas falta balança, aparelho de medir, dentre outras coisas. (P 9)

Essa realidade mostra a preocupação dos enfermeiros na Atenção Básica com a qualidade da assistência ofertada à criança. Todavia, quando o mesmo assumi a responsabilidades pela aquisição dos insumos, não se solucionará os problemas. Por isso, torna-se imprescindível a mobilização da categoria, e não somente a formalização das solicitações de materiais para a Gestão, mas também o registro de que estão trabalhando sem as condições necessárias. Essas informações devidamente expressas deveriam ser encaminhadas para seus superiores e para seu órgão de Classe, como mais uma tentativa para a solução desse problema.

Outrossim, os relatos supracitados equivalem à situação vivenciada por enfermeiros da eSF da região de São Paulo, que também apresentaram limitações estruturais para a realização das consultas de enfermagem e, por isso, fizeram adaptações para assegurarem o atendimento às crianças. Outras queixas relatadas no estudo é a escassez de materiais como: balança, otoscópio e maca que não são exclusivos para o consultório de enfermagem, o que também se assemelham com o que vivenciamos em nosso município (SAPAROLLI; ADAMI, 2010).

Ademais, as limitações estruturais e de materiais nas UBS interferem na atenção prestada ao paciente, considerando que, segundo Saparolli, Adami (2010), os serviços de saúde devem dispor de estruturas adequadas, abrangendo: estrutura física; instalações;

materiais e equipamentos; e número adequado de profissionais para uma prática assistencial de qualidade. Todavia, Assis et al. (2011), em estudo realizado na Atenção Básica em um município do interior da Paraíba, identificaram que, apesar da disponibilidade dos recursos, os enfermeiros dispensam o seu uso nas consultas de puericultura. Entretanto, os autores referem a necessidade de uma diversidade de instrumentos e de recursos tecnológicos, na consulta de puericultura, compreendendo a complexidade e variedade de atividades desempenhadas pelos enfermeiros. Esse dado nos causa estranheza, por afetar diretamente a qualidade da assistência prestada pelo profissional.

Diante disso, compreende-se que, dentre as maiores ferramentas de trabalho, destacam-se o conhecimento e a atitude. Dessa forma, o enfermeiro deve dominar cientificamente o que é demandado em seu cotidiano de trabalho, ao tempo em que, comprometido com o cuidado que presta e estando esse prejudicado pela carência de materiais de consumo ou mesmo de equipamentos, deverá tomar todas as medidas possíveis para sanar os problemas e, também, proteger-se como trabalhador da saúde. Afinal, corre também o risco de deparar-se com situações em que tenha o seu nome posto em julgamento pela comunidade ou até mesmo sendo denunciado por negligência.

C.3 Referindo sobrecarga do enfermeiro com a demanda de atendimento e com as atividades burocráticas

A subcategoria aponta que a sobrecarga dos enfermeiros com atividades burocráticas e com a demanda de crianças compromete a operacionalização da SAE na Atenção Básica. Neste sentido, os enfermeiros destacam que o excesso de instrumentos utilizados no processo de trabalho na Atenção Básica requer tempo para o preenchimento, situação que tem feito com que eles se sintam sobrecarregados e insatisfeitos. Entretanto, alguns enfermeiros compreendem que os instrumentos são necessários para avaliar indicadores da saúde pública.

Os enfermeiros também referem que a demanda na Atenção Básica compromete a avaliação e operacionalização da SAE na Atenção Básica. Diante desta realidade, os profissionais atendem rapidamente as crianças, pois ficam inquietos com a fila de espera, como relatado abaixo:

[...] tem fatores que dificultam a realização da SAE, como: a demanda do eSF que está cada vez maior; acho que é um serviço muito burocratizado, cada vez mais tem papelada para preencher; temos que dar conta da nossa produção. A demanda é

grande e a gente fica naquela correria sem querer fazer os outros pacientes esperarem muito tempo. (P3)

Aqui atendemos uma média de 30 pacientes, fora as outras atividades. Dependendo do período, até mais de 30. Eu me considero sobrecarregado. (P 7)

Existem muitas fichas, isso é verdade. Até porque a gente trabalha com saúde pública [...] (P 12)

A sobrecarga do enfermeiro, associada à atividade burocrática na Atenção Básica tem interferido diretamente na aplicação do processo de enfermagem. Os profissionais queixam-se da perda de tempo com o preenchimento de instrumentos burocráticos, fato que compromete o tempo destinado para a assistência. É importante frisar que, durante a espera para a realização da entrevista com os enfermeiros assistenciais da eSF, foram observadas a dedicação e a insatisfação dos enfermeiros com o preenchimento das fichas.

Dessa forma, é imprescindível que o profissional administre o tempo para que todas as atividades sejam realizadas, e não comprometa os programas de saúde do município. Em virtude da relevância dos instrumentos do programa, o município está investindo na informatização dos sistemas de informação, fato que se deve a necessidade de controle da produção da equipe, avaliação dos programas e da saúde pública, dentre outros fatores.

Outro aspecto que gera sobrecarga do enfermeiro e compromete a aplicação da SAE refere-se à demanda de atendimento. Em virtude do número reduzido de profissionais e da grande demanda de pacientes, a assistência de enfermagem está sendo comprometida, tornando-se rápida e superficial para atender a todos da comunidade. Todavia, a organização do cronograma de atendimento promoveria o fracionamento dos atendimentos diários e não geraria desgaste e sobrecarga de trabalho.

Esse aspecto perpassa por uma questão de Gestão, que sobrecarrega os profissionais, em virtude do número limitado de UBS no município. Portanto, há a necessidade de apoio dos gestores de saúde no sentido de proporcionar condições favoráveis para o desenvolvimento das atividades na eSF, tendo em vista que a demanda de serviço, atrelada à precária infraestrutura, está repercutindo na assistência prestada ao paciente (VARELA et al., 2012; REICHERT et al., 2012).

C.4 Adotando uma postura passiva ao assumir atribuições que compete à equipe multiprofissional

Esta subcategoria demonstra postura passiva do enfermeiro em assumir atribuições comuns à equipe multiprofissional na Atenção Básica. O acúmulo de atribuições tem repercutido no exercício legal da profissão com o descumprimento de atividades específicas da categoria profissional. Isso requer uma postura mais rígida para não gerar impactos no processo de trabalho, conforme os relatos:

O enfermeiro, dentro da eSF, tem atividades que são comuns à equipe, mas eles assumem sozinhos essas atividades. Então, além das atividades que deveriam ser compartilhadas, eles têm as atividades específicas deles. Está na hora deles se posicionarem, porque, quando a gente faz parte de uma equipe, a gente tem que está negociando o que é comum para todos. (P 10)

Não necessariamente o bolsa família deveria ser com o enfermeiro, porque é uma atividade de puericultura [...] Então, o profissional médico deveria estar fazendo também com o enfermeiro. (P 13)

Termina que o enfermeiro deixa de fazer o seu papel enquanto enfermeiro e passa a fazer atividades de outros profissionais. O enfermeiro absorve (P 15)

O trabalho na eSF envolve uma equipe multiprofissional, que visa garantir uma atenção holística ao paciente. No entanto, apesar de ser um trabalho em equipe, entende-se que cada profissional tenha o dever de desempenhar apenas as atividades as quais tenha competência, habilidade e respaldo legal. Não se deve permitir a influência direta da atuação de um profissional para o outro, e sim, trabalhar de forma integrada. A sobrecarga do enfermeiro, associada às atividades burocráticas e as atividades comuns à equipe multiprofissional na Atenção Básica, tem interferido no processo de enfermagem no cuidado à criança.

Os relatos dos profissionais equivale a pesquisas que apontam que enfermeiros da eSF exercem atividades profissionais que não são de competência da categoria profissional. Diante desse fato, constata-se que está acontecendo um distanciamento dos enfermeiros do que deveria ser seu foco de atenção, que é a assistência ao usuário (VARELA et al., 2012; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012).

D) Desenvolvendo estratégias de ação

A categoria referente às estratégias do fenômeno 2 é intitulada “Buscando medidas para a operacionalização da SAE na atenção à criança”. A categoria aponta medidas para superar as lacunas e operacionalizar a SAE na Atenção Básica, como apresenta no quadro 18:

Quadro 18 - Buscando medidas para a operacionalização da SAE na atenção à criança

Códigos	Subcategorias
D. 1	Necessitando de formalização das queixas dos enfermeiros.
D. 2	Compreendendo a necessidade de cursos de capacitação.
D. 3	Confiando na melhoria das condições de trabalho e assistência ofertada com a informatização da UBS.
D. 4	Mencionando interesse por impressos padronizados para o direcionamento da consulta de enfermagem.

D.1 Necessitando de formalização das queixas dos enfermeiros

Esta subcategoria evidencia a ausência de formalização das denúncias no COREN pelos enfermeiros em situações que os impeçam ou comprometam o exercício legal da profissão. Essa conduta impossibilita que as providências sejam tomadas. Essa percepção está evidente nos relatos abaixo:

Os enfermeiros nunca se queixaram no COREN sobre o atendimento do bolsa família. A gente só sabe porque vai atrás, mas nunca solicitaram nada. Não adianta eu me queixar e não provocar nada. Alguma coisa tem que ser feita. (P13)

O profissional deveria se manifestar e cobrar do COREN que ele fiscalize a instituição para que possa aplicar o SAE. Eu penso que o profissional deveria agir dessa forma. (P 16)

Os relatos expressam o inconformismo dos fiscais do COREN por não serem procurados pelos enfermeiros diante das dificuldades vivenciadas na Atenção Básica. O conselho trabalha em prol da valorização profissional e reconhecimento social. Nesse contexto, a comunicação com o órgão fortalece esse compromisso e viabiliza ações para melhorias no desempenho do exercício profissional.

Segundo o Manual de Fiscalização do COFEN/COREN, o órgão fiscalizador combate os profissionais e as instituições que atuam em desrespeito à legislação. Todavia, para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, com o cumprimento das normas regulamentadas, é indispensável a concretização das denúncias, escrita ou verbal, no COREN. Destaca-se, assim, o caráter irretratável e irrenunciável das mesmas, considerando a prevalência do interesse público ao particular (COFEN, 2011).

Todavia, mesmo com o respaldo legal, as denúncias são escassas. Esse fato pode estar relacionado ao desconhecimento dos profissionais acerca da legislação profissional,

medo de sofrer represálias no trabalho, bem como por desacreditarem no compromisso do COREN com a categoria profissional.

D.2 Compreendendo a necessidade de cursos de capacitação

Os enfermeiros sugerem estratégias para superar as dificuldades de operacionalização da SAE na Atenção Básica. Os caminhos envolvem cursos de treinamento, seminários de atualização, treinamentos, palestras e rodas de conversa para a atualização profissional. Também apontam a necessidade de apoio da Gestão do município para a promoção das capacitações, considerando a dificuldade de providenciarem sozinhos, conforme os relatos abaixo:

Eu acho que, para estimular a implantação da SAE, tem que ter mais pessoal, mais treinamento e mais motivação junto ao enfermeiro. (P 6)

A FMS poderia fazer treinamentos, seminários de atualização. Às vezes, quando a gente sai da universidade, a gente não tem essa possibilidade. Às vezes sozinha a gente estuda, mas, quando fala nessa sistematização, eu acredito que seja bem interessante a FMS organizar uns seminários, umas palestras, umas rodas para a gente está se atualizando para implantarmos a SAE. (P 8)

Eu acho que seria o momento de está fazendo uma avaliação e vendo a possibilidade de fazer uma capacitação [...]. (P 10)

Kobayashi; Leite (2010) afirmam que lacunas na gestão de recursos humanos, alterações do contexto produtivo e mudanças tecnológicas geram desequilíbrios entre qualificações e trabalho. Portanto, os profissionais devem investir, de forma contínua, em qualificações e atualizações para o desenvolvimento de competências.

Diante desta realidade, é mister a necessidade de investimentos na educação continuada para suprir as dificuldades e qualificar os profissionais. Essa estratégia favorece a conquista da excelência no processo de SAE, sendo necessário, portanto, a realização de treinamentos para a equipe de enfermagem e o apoio da instituição. Tal investimento requer o envolvimento de toda a equipe, compreendendo que a capacitação gera benefícios para os enfermeiros, pacientes e instituição (NEVES; SHIMIZU, 2010; MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2013).

Por compreender essa necessidade, o COREN e município têm o compromisso de promover cursos de capacitação para a equipe de enfermagem, para fornecer subsídios teórico-práticos fundamentais, para o desenvolvimento das atividades. Diante desse

compromisso, o COREN promove cursos sistematicamente para a categoria profissional, com o objetivo de orientar e capacitar, todavia, a participação dos profissionais é mínima.

A Gestão da Atenção Básica do município de Teresina também se mobiliza para a promoção de cursos de aperfeiçoamento para a equipe multiprofissional. O planejamento das ações é elaborado de forma cautelosa, considerando a garantia da continuidade do atendimento do paciente, por compreender que a ausência do profissional na eSF, para participar dos cursos, pode comprometer a agenda de atendimento programada.

D.3 Confiando na melhoria das condições de trabalho e assistência ofertada com a informatização da UBS.

Nesta categoria, os enfermeiros apontam o impacto da informatização nas UBS, considerando que esse processo viabiliza a operacionalização da SAE, reduz a sobrecarga de trabalho e agiliza o atendimento, como relatado abaixo:

Para efetivar a implantação da SAE, é fundamental a informatização do sistema. Sem a informatização, fica um pouco complicado, pois a eSF está tão sobrecarregada que a gente não está dando conta nem das atividades que hoje estão sendo impostas para nós desempenharmos. (P 7)

Tem um plano de ser tudo informatizado. Aí pode ser que seja mais fácil de implantar a SAE (P 8)

Caso a gente consiga implantar o sistema PEC, que é a gestão do atendimento, aí sim vai ser um sonho. Porque no PEC é o prontuário eletrônico. Nós só temos o PEC em duas UBS por enquanto. É um sonho nosso, até o próximo ano, ter em mais 6 UBS. Temos 90 UBS, mas existe dificuldade financeira. (P 12)

A informatização é um instrumento facilitador no processo em saúde, no que diz respeito à gestão do cuidado, comunicação e recursos materiais. Por isso, a adesão à essa ferramenta tecnológica garante o monitoramento geral das ações, a comunicação entre a equipe de saúde, a otimização do tempo, maior segurança com os registros de enfermagem e o acesso a exames e informações complementares. Nesse contexto, estudos evidenciam que os enfermeiros reconhecem a importância do recurso para a SAE, atrelando-o à melhoria na qualidade dos registros, que subsidiam a tomada de decisão (LIMA; MELO, 2012; RIBEIRO; RUOFF; BAPTISTA, 2014).

Diante do exposto, é evidente o impacto da tecnologia para o processo de cuidar da enfermagem. Nesta perspectiva, o município iniciou o processo de informatização das UBS como uma estratégia de apoio à Gestão, avaliação dos programas de saúde, agilidade do

atendimento e redução da perda de dados. Entretanto, alguns aspectos devem ser considerados, como a necessidade de investimento do município com estrutura física, capacitação dos profissionais e recursos materiais, fatores que demandam tempo.

Dessa forma, compreende-se que, apesar dos benefícios da informatização, também existem fatores que podem se tornar uma barreira para a assistência de enfermagem informatizada, como: a manutenção da ferramenta, dependência de tecnologias e dificuldade em manusear o sistema informatizado, além da demanda de outros profissionais para sanar dúvidas dos profissionais de saúde nos programas implantados no sistema operacional.

D.4 Mencionando interesse por impressos padronizados para sistematizar a assistência de enfermagem

Os enfermeiros consideram importante a produção de um instrumento padronizado para a consulta de enfermagem, por acreditar que o mesmo facilita a operacionalização da SAE na Atenção Básica. Com o instrumento contemplando as cinco fases do processo de enfermagem, torna-se mais viável direcionar e agilizar os registros de enfermagem, uma vez que minimiza os registros realizados na eSF. Entretanto, embora os profissionais tenham consciência dos benefícios da institucionalização de um instrumento, os mesmos atrelam sua elaboração às entidades de classe e à Gestão da Atenção Básica. Essa percepção pode ser percebida nos relatos abaixo:

Quando você segue um impresso padronizado para avaliação daquela criança, você já direciona. (P 1)

Eu acho que, para estimular a implantação da SAE na eSF, tinham que produzir os impressos para a gente, porque já tem muita coisa para a gente escrever. (P 5)
 Não faço o diagnóstico de enfermagem, porque ainda não temos o impresso [...] Precisamos de apoio da FMS e das entidades para fazer treinamentos, supervisões e também produção de impressos. Tem que ser uma coisa igual para todos. (P 6)

O impresso próprio facilitaria muito a SAE. (P 7)

Eu acho interessante a produção de um impresso próprio para a criança. Eu acho que fica mais prático e mais fácil de dar seguimento ao nosso trabalho. A gente não perderia tempo, iria só preenchendo. (P 8)

Medeiros, Santos, Cabral (2012) reconhecem que os instrumentos favorecem a execução das etapas do processo de enfermagem, considerando que facilita os registros e organiza os dados. Neste contexto, a padronização de instrumentos para a criança promove a organização e a redução da subnotificação de dados sobre os cuidados prestados e otimiza o

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BARBOZA; BARRETO; MARCON, 2012).

Todavia, a padronização de um instrumento não garante a operacionalização da SAE no serviço. Sua elaboração objetiva facilitar a implementação da SAE, mas não existe uma dependência direta para tal, uma vez que o processo de enfermagem tem etapas que organizam e direcionam a assistência, e podem ser registradas em qualquer instrumento formal e anexadas ao prontuário multiprofissional.

Diante deste fato, Neves, Shimizu (2010) ratificam os benefícios de instrumentos específicos para a avaliação de enfermagem. Mas, destacam em sua pesquisa a deficiência dos registros das etapas do processo de enfermagem nos instrumentos institucionalizados, sobretudo o registro do histórico e diagnóstico de enfermagem.

Portanto, diante desta realidade, é importante maior envolvimento e iniciativa do enfermeiro no que concerne à busca de estratégias para efetivar o processo de enfermagem, seja na elaboração de impressos padronizados, condizente com a realidade vivenciada, como também no compromisso em preenchê-los integralmente e sistematizadamente.

E) Identificando as consequências do fenômeno

Para uma efetiva operacionalização da SAE na Atenção Básica, é necessário o envolvimento de todas as instâncias para sensibilizar e motivar os enfermeiros a aderirem a esta prática. Soma-se a isso, a necessidade de interesse e compromisso dos profissionais em encarar os problemas e trabalhar, de forma integrada, para a busca de estratégias que assegurem o exercício legal da profissão. Além disso, os enfermeiros devem evidenciar a necessidade de apoio das instâncias administrativas e fiscalizadoras para a promoção de melhorias das condições de trabalho.

Diante das lacunas para a operacionalização da SAE na Atenção Básica, a categoria “Reconhecendo a necessidade de intervenção nas diferentes instâncias para a formalização da SAE na Atenção Básica” aponta as consequências do fenômeno em questão, que pode ser visto pela representação no quadro abaixo:

Quadro 19 - Reconhecendo a necessidade de intervenção nas diferentes instâncias para a formalização da SAE na Atenção Básica

Códigos	Subcategorias
E. 1	Solicitando apoio do COREN para a formalização da SAE.
E. 2	Atrelando a implantação da SAE à iniciativa da Gestão da FMS.

E.1 Solicitando apoio do COREN para a formalização da SAE

Nesta subcategoria, os enfermeiros sustentam a importância do envolvimento do COREN para viabilizar a operacionalização da SAE na Atenção Básica, em decorrência das dificuldades vivenciadas no ambiente de trabalho, que segundo os enfermeiros, inviabiliza a SAE na eSF. Os profissionais contam com a entidade de classe para intervir na gestão municipal e conseguir melhores condições de trabalho, atuando não apenas a nível de UBS e notificando diretamente o profissional enfermeiro, conforme os relatos:

Acho que o COREN deveria ter uma reunião com os gestores no sentido de ajudar a gente a imprimir o material, a nos motivar. Acho que falta muito motivação por parte dos profissionais. (P 2)

Acho que o COREN tem que cobrar da gente, mas não tem só que cobrar, eles têm que adequar à nossa realidade, ver o porquê de não estar aplicando e porque está errado. O porquê de não ter condições de se aplicar aqui. Acho que eles tinham que fazer alguma coisa, interferir junto com a gente. (P 5)

Conforme os relatos, os enfermeiros expressam o interesse do apoio do COREN para contribuir com a formalização da SAE na Atenção Básica; entretanto, questionam as estratégias adotadas pelo órgão fiscalizador, por acreditarem que os fiscais devem considerar as individualidades das UBS e trabalharem mais incisivamente com os gestores também.

No município de Teresina, a Atenção Básica disponibiliza aos enfermeiros protocolos de assistência. Então, é válido ressaltar que o COREN –PI teve participação na construção do mesmo, na medida em que exigia da FMS a elaboração destes como condição *sine qua non* para o desenvolvimento das consultas de enfermagem.

Nessa concepção, é pertinente ressaltar que é dever do fiscal garantir o cumprimento da legislação que fundamenta o exercício profissional. Dessa forma, a Resolução COFEN nº 374/2011 assegura o processo de fiscalização baseado na concepção de processo educativo, de estímulo aos valores éticos e de valorização do processo de trabalho da categoria (COFEN, 2011).

Entretanto, apesar da concepção educativa, a legislação deve ser cumprida. Uma vez que o seu descumprimento provoca impacto negativo na qualidade da assistência, principalmente aos grupos mais vulneráveis, como as crianças, e fragiliza o papel do enfermeiro. Portanto, diante dessa realidade, a integração entre enfermeiros da eSF, Gestão da Atenção Básica e COREN pode contribuir na superação das dificuldades vivenciadas e na adoção de medidas para a operacionalização da SAE na eSF.

E.2 Atrelando a implantação da SAE à iniciativa da Gestão da FMS

A subcategoria evidencia a transferência da responsabilidade da implantação da SAE à gestão da Atenção Básica. Os enfermeiros apontam a necessidade de envolvimento da gestão, no sentido de valorizar e tornar obrigatório, por meio de cobranças, a implantação da SAE no serviço, como confirma os relatos abaixo:

[...] não adianta o enfermeiro ser conscientizado da sistematização, que é obrigatório, ele saber e ele treinar, se a administração do setor, no caso a FMS, também não tiver essa consciência. (P 1)

Eu acho que melhoraria para alguns profissionais se FMS cobrasse. Mas eu procuro seguir, embora não seja sempre e em todas as consultas [...] A FMS não faz uma fiscalização dessa implementação da assistência. É uma cobrança mais quantitativa. Nós temos que prestar contas de alguns indicadores de saúde, mas não há uma fiscalização da SAE propriamente dita (P 3)

Teve uma reunião da FMS que era para ter a implantação da SAE, mas ainda não foi repassado nada para a gente, não teve nada de obrigatório, nada para a gente seguir não.(P 8)

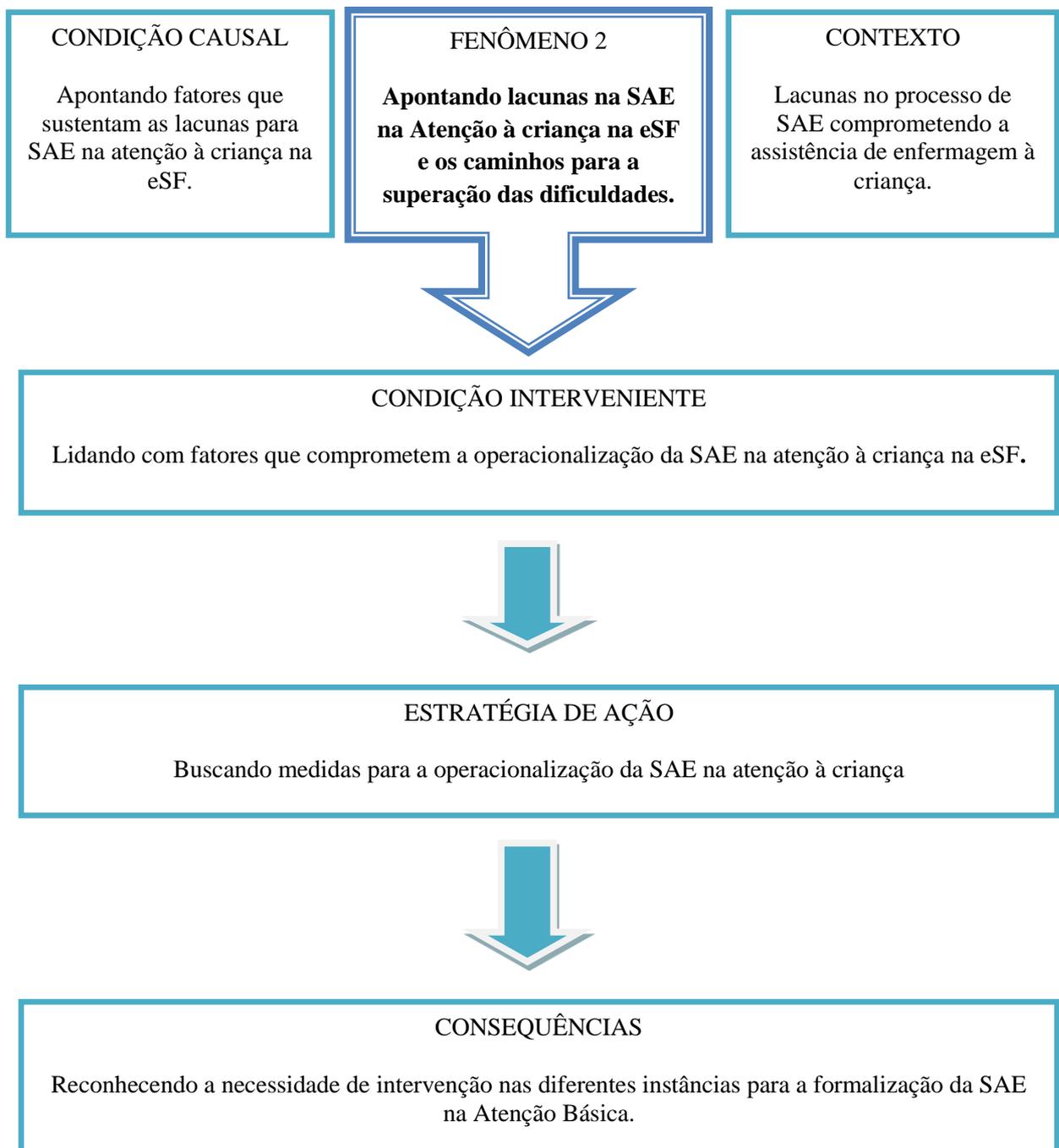
A partir dos relatos acima, compreende-se a importância do envolvimento da Gestão da Atenção Básica no processo de implantação da SAE, com o investimento em melhores condições de trabalho para viabilizar sua operacionalização, que abrange cursos de atualização, construção de instrumentos de trabalho e melhorias na infraestrutura. Essas medidas estimulam uma prática assistencial de qualidade; no entanto, é oportuno destacar que diante de melhorias no ambiente de trabalho, é imprescindível que o enfermeiro tenha atitude e compromisso com suas atribuições específicas.

Conforme os relatos, os profissionais reconhecem a obrigatoriedade e a relevância da implantação da SAE, mas atrelam a sua implantação à gerência da FMS. O profissional é ciente da legislação que o respalda, dos direitos e deveres, no entanto, aguarda que as providências sejam tomadas por setores administrativos, que, muitas vezes, não são nem da

área da saúde. Essa conduta compromete a assistência de enfermagem e fragiliza o papel do enfermeiro na Atenção Básica.

Neste sentido, o envolvimento da Gestão na promoção de reuniões, elaboração de planos de ação, sensibilização da equipe de enfermagem e incentivo à integração da equipe para buscar medidas, coletivamente, para viabilizar a execução da SAE seria positivo. Os pesquisadores também destacam que alguns enfermeiros realizam a SAE em decorrência da exigência das instituições e do COREN, não compreendendo os benefícios que envolvem essa metodologia (MEDEIROS; SANTOS; CABRAL, 2012).

Figura 2 - Modelo teórico fenômeno 2



5.3 Conectando os fenômenos para descobrir a categoria central

Dois fenômenos foram obtidos com o estudo: “Compreendendo a importância da SAE para o cuidado à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem” e “Apontando lacunas na SAE na Atenção à criança na eSF e os caminhos para a superação das dificuldades”. Os dois fenômenos e seus respectivos componentes foram reunidos e analisados teoricamente, segundo o modelo de paradigma de Strauss e Corbin (2008). As categorias foram integradas em relação às condições causais, ao contexto, às condições intervenientes, às estratégias de ação e às consequências, para, assim, identificar a categoria central.

A categoria central representa a condensação do produto da análise. Dessa forma, esta apresenta relação com todas as outras categorias e se apresenta frequentemente nos dados. Para apresentar o modelo teórico com o entendimento do fenômeno investigado, foi elaborado um diagrama, ilustrado na figura 3. A categoria central é representada pelo processo “Buscando caminhos e suprindo lacunas que comprometem a SAE na atenção à criança na eSF, a partir da compreensão de sua importância para o cuidado efetivo e ascensão da enfermagem”.

As condições causais estão representadas pelas categorias “Planejando a assistência de enfermagem à criança e cumprindo com o exercício legal da categoria profissional” e “Apontando fatores que sustentam as lacunas para SAE na atenção à criança na eSF”. Os enfermeiros reconhecem que a SAE é uma atividade intrínseca do enfermeiro, respaldada por lei, e que sua realização, por meio do planejamento de enfermagem, garante benefícios na assistência à criança, a partir de uma assistência integral e segura. Entretanto, os enfermeiros possuem limitações que comprometem essa prática, fragilizando o processo de enfermagem à criança. As limitações correspondem à deficiência na formação acadêmica e carência de conhecimentos sobre etapas do processo de enfermagem.

Neste contexto, foram identificadas as categorias “Percebendo a SAE como uma metodologia científica que fundamenta e efetiva o cuidado à criança” e “Lacunas no processo de SAE comprometendo a assistência de enfermagem à criança”. Essas categorias representam, de fato, o cenário da prática de enfermagem.

A SAE é percebida pelos profissionais como uma metodologia de trabalho, fundamentada nos conhecimentos científicos e nas teorias de enfermagem. Por essa razão, organiza e direciona a assistência de enfermagem, sendo possível a identificação das reais necessidades para a delimitação do diagnóstico de enfermagem e prescrição dos cuidados. A

organização da assistência para a efetividade do cuidado tem início desde a etapa de acolhimento da criança, com o planejamento da agenda de atendimento. Assim, apesar da compreensão de toda dinâmica e dos benefícios do processo de enfermagem, foram discutidos pontos para serem melhor analisados e superados. Estes pontos comprometem a assistência à criança e envolve a realização parcial das etapas do processo de enfermagem e o comprometimento da consulta à criança e puericultura, com o programa bolsa família.

Os aspectos que ratificam o impacto das condições decorrentes do fenômeno estão representados pelas categorias “Considerando que a SAE ressalta a atuação de enfermagem e garante a continuidade do cuidado à criança” e “Lidando com fatores que comprometem a operacionalização da SAE na atenção à criança na eSF”. Para os enfermeiros, a SAE concretiza a categoria profissional, com medidas que dão ênfase ao enfermeiro no campo de trabalho.

O processo de enfermagem viabiliza a continuidade da assistência, assegura respaldo legal e confere autonomia, valorização e visibilidade à equipe de enfermagem. Todavia, alguns aspectos explanados pelos enfermeiros precisam ser reavaliados para impedir que todo esse processo seja afetado. Nesse contexto, vale ressaltar que os profissionais apontaram situações vivenciadas no ambiente de trabalho que requerem providências para serem superadas.

Toda essa elucidação acerca da enfermagem constitui a percepção dos enfermeiros da eSF, gestão municipal e entidade de classe. Como se pode observar, as relações apresentadas se relacionam com a realidade vivenciada pelos enfermeiros. Assim, com a delimitação das causas, do contexto e das condições intervenientes, foi possível definir estratégias de ação a serem desenvolvidas e as consequências que as interligam.

As estratégias de ação correspondem às medidas a serem implementadas para lidar com o fenômeno. Portanto, buscou-se trilhar caminhos para a superação das dificuldades vivenciadas e para a operacionalização da SAE no cuidado à criança. As medidas estão representadas pelas categorias “Adotando atitude para a operacionalização da SAE e concretização do cuidado à criança” e “Buscando medidas para a operacionalização da SAE na atenção à criança”.

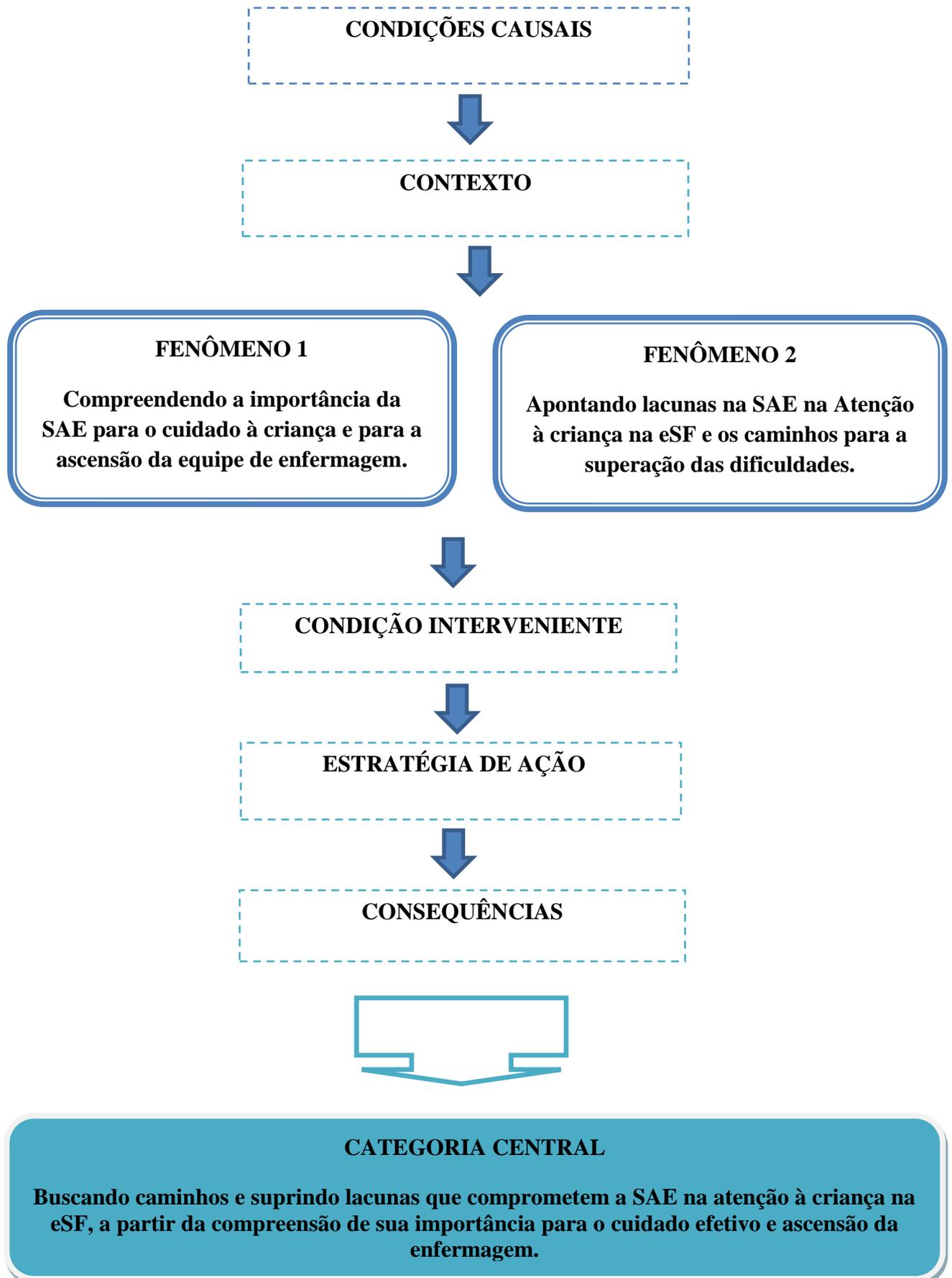
Com a definição das estratégias de ação, foram observadas as consequências que as ações geram para a prática do enfermeiro no campo de atuação, representada pelas categorias “Reconhecendo o valor da SAE no cuidado à criança e para a ênfase da enfermagem” e “Reconhecendo a necessidade de intervenção nas diferentes instâncias para a formalização da SAE na Atenção Básica”.

A inter-relação das consequências dos fenômenos mostra que os enfermeiros reconhecem que a SAE qualifica o cuidado à criança, com a consulta de enfermagem e puericultura e evidencia a categoria profissional. Diante desta percepção, os enfermeiros demandam a intervenção das diferentes instâncias para a formalização da SAE na Atenção Básica.

A integração dos fenômenos e as consequências das estratégias de ação levaram à compreensão que as categorias apontam para a categoria central “Buscando caminhos e suprimindo lacunas que comprometem a SAE na atenção à criança na eSF, a partir da compreensão de sua importância para o cuidado efetivo e ascensão da enfermagem”. Desta maneira, todas as categorias foram interligadas ao fenômeno central.

A categoria central evidencia que os enfermeiros apresentam limitações e dificuldades para a operacionalização da SAE no cuidado à criança na Atenção Básica; no entanto, ficou evidente o interesse pela superação de todas as lacunas para a operacionalização do processo de enfermagem. Logo, é importante o compromisso com o exercício profissional e a integração da categoria profissional em todas as instâncias, para o êxito do processo.

Figura 3 - Categoria Central



6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo proporcionou a construção de um modelo teórico para compreender o processo da SAE na atenção à criança na eSF, em Teresina-PI. Para esse fim, utilizou-se como referencial metodológico a TFD, metodologia interpretativa enraizada nos dados coletados. No processo de codificação, os fenômenos e, por fim, a TFD emergiu, possibilitando potencializar a expansão dos conhecimentos acerca da temática.

O modelo teórico “Buscando caminhos e suprindo lacunas que comprometem a SAE na atenção à criança na eSF, a partir da compreensão de sua importância para o cuidado efetivo e ascensão da enfermagem” ratificou a realidade vivenciada pela categoria profissional. A maioria dos enfermeiros da eSF realizam o cuidado à criança parcialmente sistematizado, e atribuem essa lacuna às limitações na Atenção Básica, que envolvem: carências estruturais, ausência de impressos padronizados, sobrecarga de trabalho, deficiência na formação acadêmica, vulnerabilidades no trabalho, aspectos que submergem a Gestão municipal de Teresina e o COREN-PI.

Esse fato desperta a reflexão e análise crítica sobre o processo de enfermagem à criança na Atenção Básica, o que o pode gerar transformações e reestruturação a nível profissional, gerencial/ institucional e fiscalizador, no que concerne a prática profissional para o planejamento do cuidado à criança.

O estudo traz implicações para as ações de enfermagem destinadas à criança na Atenção Básica, visto que ilustra questões referentes ao desenvolvimento de competências que repercutem na redução da mortalidade e na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil saudável. Percebe-se, assim, que alguns aspectos que envolvem os enfermeiros da assistência, da Gestão da Atenção Básica e do COREN, como a atitude profissional, melhoria das condições de trabalho e apoio aos enfermeiros, devem ser aprimorados para suprir as lacunas que comprometem a SAE à criança na eSF. Dessa forma, a compreensão das deficiências refletirá em resultados positivos para a criança, família e enfermagem.

A TFD revelou que os enfermeiros, dos diferentes cenários, reconhecem as lacunas que comprometem a SAE no cuidado à criança na eSF, fator positivo, por favorecer o desenvolvimento de estratégias no âmbito de trabalho para a superação das dificuldades vivenciadas e contribuir na assistência a esse público. Sendo assim, considera-se viável apreciar a integração entre os envolvidos nesse processo, compreendendo a amplitude dos aspectos que emergiram com a construção do modelo teórico. Outra medida a ser considerada

seria a compreensão da responsabilidade compartilhada, uma vez que os caminhos para a superação das dificuldades abrangem a todos os participantes do estudo.

Constatou-se que, para os enfermeiros, a SAE à criança é um método para organizar e direcionar o cuidado, de forma qualificada, para a saúde desse grupo de atendimentos, pois, além desse benefício, o processo ressalta a atuação da enfermagem. Então, o estudo evidenciou a importância da SAE para o cuidado à criança e para a ascensão da equipe de enfermagem.

Em suma, diante do estudo realizado, acredita-se que a realização da pesquisa com a TFD possibilitou a construção de conhecimentos ainda pouco explorados em profundidade e complexidade. Com isso, por ter elucidado a visão dos enfermeiros envolvidos no processo da SAE à criança na Atenção Básica, de diferentes cenários de atuação, pretende-se que o trabalho possa contribuir no investimento de estratégias para a prática de um cuidado sistematizado e em ferramentas de avaliação da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABE, R.; FERRARI, R. A. P. Puericultura: problemas maternos-infantis detectados pelos enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família, **Rev. Min. Enferm.**, v.12, n. 4, p. 523-30, 2008.
- ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**. n. 29, v. 2, p. 84–95, 2011.
- ALVES, C.R.L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 583-595, 2009.
- AMORIM, F. C. M. **O ensino do processo de enfermagem sob a ótica docente**. (Dissertação). Teresina/ PI. Universidade Federal do Piauí (UFPI) 2009.
- APOSTÓLICO, M. R.; HINO, P.; EGRY, E. Y. As possibilidades de enfrentamento da violência infantil na consulta de enfermagem sistematizada. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 2. p. 320-7, 2013.
- ASSIS, L. C.; EINLOFT, L.; PRATES, C. S. Consulta de enfermagem pediátrica: a percepção dos acompanhantes no pós-atendimento. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.8, n.1, p. 21-9, São Paulo, julho de 2008.
- ASSIS et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.1, p. 38-46, 2011.
- BACKES, D.S. et al. Significado da atuação da equipe da Estratégia de Saúde da Família em uma comunidade socialmente vulnerável. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 5, p. 1151-115, 2012.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Teoria Fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, v. III, n. 3, p. 177-185, 2011.
- BARBOZA, C. L.; BARRETO, M. S.; MARCON, S. S. Registros de puericultura na atenção básica: estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing.**, v. 11 , n. 2, 2012.
- BEZERRA, S. G.; MARANHÃO, D. G. Consulta de enfermagem à criança na Atenção Básica à Saúde. **Rev Enferm UNISA**. v. 10, n. 1. p. 73-7, 2009.
- BORSATO, F.G. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em um Hospital Universitário. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 4, p. 527-533, 2011.
- BOUSSO, R.S.; POLES, K.; CRUZ, D.A.L.M. Conceitos e teorias na enfermagem. **Revista Esc. Enferm. USP**, v. 48, n. 1, p. 144-148, 2014.
- BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 5.209 de 17 de setembro de 2004**. Regulamenta a lei nº 10.836 de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá

outras providências, 2004. Brasília. Disponível em: <
<http://ftp.datasus.gov.br/ftpbolsa/download/DecretoPBF.pdf>>. Acesso em 10 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Disponível em: <
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em 10 mai. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>>. Acesso em 10 mai. 2014.

_____. Fundação Municipal de Saúde. Coordenação de Ações Estratégicas. Gerência de Atenção Básica. **Protocolo de Enfermagem na Atenção Básica e Ambulatórios do Município de Teresina**. Teresina, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em 15 out. 2014.

_____. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União nº 112; 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica / - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. 2. reimpressão. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.

CARVALHAL et al. Agenda de compromissos para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de alagoas. **Rev Bras Promoc Saude**, v. 26, n. 4, p. 530-38, 2013.

CARVALHO, A.C.T.R. et al. Refletindo sobre a prática da sistematização da assistência de enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Rev. pesq. cuid. fundam. [online]**, UFRJ, v.5, n. 2, p. 3723-29, 2013.

CARVALHO, P. A.; VERISSIMO, M. O. R. Comunicação e educação nas consultas de crianças com infecções respiratórias agudas. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 4 , p. 847-854, 2011.

CASAFUS, K. C. U.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; BOCCHI, S. C. M. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. **Esc Anna Nery**. Rio, v. 17, n. 2, p. 313-321. 2013.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada**: guia prático para a análise qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Resolução n° 272**, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. Brasília, 2002.

_____. **Resolução n° 358**, de 15 de outubro de 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. Brasília, 2009.

_____. **Manual de Fiscalização dos Conselhos Regionais**, 2011, 60 p.

_____. **Resolução n° 429**, de 30 de maio de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília, 2012

COSTA, E. O.; GERMANO, R. M.; MEDEIROS, S. M. A fiscalização do exercício profissional do Conselho Federal de Enfermagem. **Rev Min Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 208-212, 2014.

COSTA, K. N. F. M. ; FERNANDES, M. G. M. ; NÓBREGA, M.S.L. . Requisitos para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. In: MOURA, ECC; NERY, IS; SILVA, GRF. (Org.). Fases e faces do cuidar em enfermagem: do Piauí ao nordeste brasileiro. 1ed.Teresina: EDUFIP, 2010, v. 1, p. 297-311.

DANTAS, C.C et al. Teoria Fundamentada nos dados – aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem [online] USP**, v.17, n.4, p. 139-46, 2009.

FELICIANO, K. V. O. et al. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia de saúde da família. **Rev Bras Saúde Matern Infant** v. 8, n. 1. p. 45-53, 2008.

FERNANDES, M. C., et al. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 1. p. 11-5, 2010.

GASQUE, K. C. G. D. Indicador de atividade reflexiva e teoria fundamentada: o pensamento reflexivo na busca e no uso da informação. **TransInformação**, v. 23, n. 1, p.39-49, 2011.

GASQUE, K. C. G. D. Teoria fundamentada: nova perspectiva à pesquisa exploratória. In: MULLER, Suzana Pinheiro Machado (Org.). **Métodos para a pesquisa em ciências da informação**. Brasília: Thesaurus, 2007. P. 83-118.

GONÇALVES, L. R. R. et al. O desafio de implantar a sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica de discente. **Escola Anna Nery Rev. Enferm**, v. 11, n. 3, p. 459-65, 2007.

KLETEMBERG, D. F. et al. O processo de enfermagem e a Lei do exercício profissional. **Revista Brasileira de Enfermagem.**, v. 63, n. 1, p. 26-32, 2010.

KOBAYASHI, R. M.; LEITE, M. M. J. Desenvolvendo competências profissionais dos enfermeiros em serviço, **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 2, p. 243-249, 2010.

LEITE, J.L. et al. Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev Esc Enferm USP [online]**, v.46, n. 3, p. 772-7, 2012.

LIMA, A. F. C.; MELO, T. O. Percepção de enfermeiros em relação à implementação da informatização da documentação clínica de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 175-183, 2012.

LIMA, S. C. D. et al. Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. pesqui. Cuid. Fundam (online)**, v.5, n.3, p.194-202, 2013.

LUCIANO, T. S. et al. Mapeamento cruzado de diagnósticos de enfermagem em puericultura utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 250-256, 2014.

MACEDO, S.M.; SENA, M. C. S; MIRANDA, C.L.M. Consulta de enfermagem ao paciente com HIV: perspectivas e desafios sob a ótica de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, v.66,n.2,p.196-201, 2013.

MACHADO, M. F. A. S.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no Programa Saúde da Família por meio da participação habilitadora. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2133-2143, 2010.

MACHADO, M. L. P.; OLIVEIRA, D. L. L. C.; MANICA, S. T. Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**,v. 34, n. 4, p. 53-60, 2013.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O. Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade da implantação. **Rev. Bras. Enferm.**, v.65, n.2, p. 297-303, 2012.

MEDEIROS, A. L. et al. Sistematização da assistência de enfermagem como um processo de trabalho da enfermagem: uma reflexão crítica. **Rev Enferm. UFPE on line**, v. 4, n. 3, p. 1571-576, 2010.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem: dificuldades evidenciadas pela teoria fundamentada nos dados. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, p. 47-53, 2013.

MEDEIROS, A. L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R. W. L. Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada. **Rev. Gaúcha Enferm.**v. 33, n. 3, p. 174-181, 2012.

MENEZES, S. R. T; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 4, p. 953-8, 2011.

MOLINOS, B.G.; et al. Violência com profissionais da Atenção Básica: estudo no interior da Amazônia Brasileira. **Cogitare Enferm.** v. 17, n. 2, p. 239-47, 2012.

MONTEIRO, F.P.G; et al. Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. **Ciencia y Enfermeria**, v.1, p.97-110, 2014.

NANDA, I. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014.** Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2013. 606 p.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 2, p. 222 – 229, 2010.

NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, K.L. **Fundamentos do Cuidar em Enfermagem.** 2 ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. p. 232

NOBREGA, R. V.; NOBREGA, M. M. L.; SILVA K. L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. **Rev. Bras. Enferm**, v. 64, n. 2, p. 501-510, 2011.

OLIVEIRA, F.F.S . et al. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Rene**, v.14, n.4, p. 694-703,2013.

OLIVEIRA, K. F. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na Rede Hospitalar de Uberaba-MG. **Revista de Enfermagem Referência**, v. III, n. 8, 2012. (b)

OLIVEIRA, S.K.P.O. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Rev Bras Enferm.**, v.65, n.1, p. 155-61, 2012. (a)

OLIVEIRA, M. A. de C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, Sept, 2013.

OPAS. Organização Panamericana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate.** Brasília: OPAS; 2011

PEDROSA, K. K. A.; SOUZA, M. F. G.; MONTEIRO, A. I. O enfermeiro e o registro de enfermagem em um hospital público de ensino. **Rev. Rene**, v. 12, n. 3, p. 568 – 573, 2011.

PIAUÍ, Secretaria de Estado da Saúde. Coordenação de Análise de Sistema. **Relatório de vigilância epidemiológica.** Boletim epidemiológico sobre mortalidade. 2013.

PIMPÃO, F. D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 18, n. 3, p.405-10, 2010.

PINHEIRO, G. M. L.; ALVAREZ, A. M.; PIRES, D. E. P. A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2105-2115, 2012.

PSAILA, K. et al. Discontinuities between maternity and child and family health services: health professional's perceptions. **BMC Health Serv Res.** v. 14, n. 4, 2014.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 114-126, 2012.

RIBEIRO, J. C.; RUOFF, A. B.; BAPTISTA, C. L. B. M. Computerization of Nursing Care System: advances in care management **J. Health Inform.**, v. 6, n. 3, p. 75-80, 2014.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm USP. [online]**. v.46, n.3, p.641-9, 2012.

ROECKER, S. et al. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Texto Context Enferm.** v.22, n.1, p.157-65, 2013.

SANTOS, S. M. R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 124-30, 2008.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Rev Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 1, p. 92 – 98, 2010.

SHIMIZU, H.E., JUNIOR, D.A.C. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.17, n.9, p. 2405-414, 2012.

SILVA, A. G. I. et al. Dificuldades dos estudantes de enfermagem na aprendizagem do diagnóstico de enfermagem, na perspectiva da metacognição. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 3, p. 465-471, 2011 (a).

SILVA, C. C. et al. O ensino da Sistematização da Assistência na perspectiva de professores e alunos. **Rev Eletr. Enf**, v. 13, n. 2, p. 174 – 181, 2011 (b).

SILVA, J. A. et al. Avaliação da qualidade das anotações de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Esc Anna Nery**, v. 16, n. 3, p. 576-581, 2012.

SILVA, J. P.; GARANHANI, M. L.; GUARIENTES, M. H. D. M. Sistematização da assistência de enfermagem e o pensamento complexo na formação do enfermeiro: análise documental. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 2, p. 128-134, 2014.

SILVA, M. M., MOREIRA, M.G. Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros. **Acta Paul Enferm. [online]**, v. 24, n. 2, p. 172-8, 2011.

SMITH, J.; SWALLOW, V.; COYNE, I. Involving Parents in Managing Their Child's Long-Term Condition—A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 30, p.143–159, 2015.

SOUZA, R. S. et al. Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 2, p. 331-339, 2013.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. Qualificando o cuidado à criança na Atenção Primária de Saúde, **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 5, p. 795 – 802, 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed., Porto Alegre, Artmed, 2008.

VARELA, G. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na estratégia da família: limites e possibilidades. **Rev. Rene**, v. 13, n. 4, p. 816-824, 2012.

VIEIRA, V. C. L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**,v. 17, n. 1, p. 119-125, 2012.

TAROZZI, M. **O que é a GROUNDED THEORY?** Metodologia de Pesquisa e de Teoria Fundamentada nos Dados.Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

DEL PRADO DE LA TORRE, L.M; SALVADOR ALVAREZ, M.; DE LOS REYES LOSADA, A.; CARTAYA ORTIZ, E.. Calidad de la Consulta de Puericultura en escolares. **MEDISAN [online]**. v.15, n.6, p. 780-188, 2011.

TRUPPEL, T.C et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 02, p. 221-7, 2009.

YURI, TRONCHIN. Qualidade assistencial na Divisão de enfermagem Materno-Infantil de um Hospital Universitário na ótica de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 331-8, 2010.

ANEXOS

ANEXO A – TCLE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Criança na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador responsável: Profª Draª.Silvana Santiago da Rocha

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí/ Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (86) 3215-5558

Pesquisador participante: Alessandra Kelly Freire Bezerra

Telefones para contato: (86) 9993-5637

Local da coleta dos dados: Unidades Básicas de Saúde

Prezado Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Para participar dessa pesquisa, você responderá às perguntas desse formulário e participará da entrevista de forma totalmente voluntária. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pela pesquisa qualquer dúvida que tiver. Depois de esclarecido (a) a respeito das informações a seguir, no caso de autorizar sua participação como participante da pesquisa, assine este documento que está em duas vias. Uma via é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Para melhor esclarecimento, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, o sujeito da pesquisa é o (a) participante pesquisado (a), individual ou coletivamente, de caráter voluntário, sendo vedada qualquer forma de remuneração.

Você pode recusar sua participação de imediato ou a qualquer tempo, sem que com isto haja qualquer penalidade.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Objetivo:

Construir um modelo teórico que explicita as estratégias dos enfermeiros para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica, em Teresina-PI.

Procedimentos: Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder às perguntas formuladas pelo pesquisador. As referidas perguntas serão gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra para comporem as discussões e conclusões do presente estudo.

Benefícios: A pesquisa poderá servir de subsídios para discussão e aprofundamento sobre a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família, e estimular o desenvolvimento de ações e políticas, assim como proporcionar melhoria da qualidade do cuidado ofertado ao paciente e construção de ferramentas de avaliação da assistência de enfermagem prestada ao paciente.

Riscos: A resposta às perguntas formuladas não representam qualquer risco ou desconforto de ordem física ou psicológica para você. Os riscos serão minimizados com a preservação do sigilo da identidade e com o direito de sair do estudo, a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Compromisso de garantia de acesso: Em qualquer etapa da pesquisa, você terá acesso aos pesquisadores responsáveis e participantes pela presente pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Garantia de Sigilo: As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Nome e assinatura do (s) pesquisador (es) participante (s)

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____,
RG _____, CPF _____
residente _____,

abaixo assinado, concordo em participar como sujeito de pesquisa no projeto intitulado “**Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Criança na Estratégia Saúde da Família**”. Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como de que não há nenhum risco para mim. Também fui informado a respeito dos benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me leve a qualquer penalidade. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa a qualquer momento. Concordo, voluntariamente, em participar desta pesquisa.

Teresina, _____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do participante ou responsável

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante da pesquisa.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Somente para o pesquisador responsável pelo contato e tomada do TCLE

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante da pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Teresina, ____ de _____ de _____.

Silvana Santiago da Rocha

Pesquisadora Responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI / Campus Universitário Ministro Petrônio Portella -
Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI
tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXO B –AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

APÊNDICE – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Teresina, 15 de Janeiro de 2014.

Ilustríssimo Senhor Luiz Gonzaga Lobão Castelo Branco

Presidente da Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Eu, Profª Drª. Silvana Santiago da Rocha, responsável principal pelo projeto de Mestrado, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa na Fundação Municipal de Saúde de Teresina, no setor de Vigilância em Saúde, para o trabalho de pesquisa sob o título “**Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Criança na Estratégia Saúde da Família**”, juntamente com a aluna de mestrado Alessandra Kelly Freire Bezerra.

Este projeto de pesquisa atendendo ao disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, tem como objetivo construir um modelo teórico que explicita as estratégias dos enfermeiros para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica no município de Teresina, Piauí.

ANEXO B –AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo interpretativista que utilizará a Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Esta atividade não apresenta riscos aos sujeitos participantes, que serão os enfermeiros da estratégia Saúde da Família (SF) da Diretoria Regional de Saúde (DRS) Leste/Sudeste que aceitarem voluntariamente participar do estudo conforme assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os dados deverão ser coletados no período de fevereiro a junho de 2014.

Qualquer informação adicional poderá ser obtida através do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí e pelos pesquisadores responsáveis através do e-mail cep.ufpi@ufpi.edu.br ou silvanasantiago27@gmail.com e telefones (86) 3215-5734 ou (86) 9993-5637.

A qualquer momento vossa senhoria poderá solicitar esclarecimento sobre o desenvolvimento do projeto de pesquisa que está sendo realizado e, sem qualquer tipo de cobrança, poderá retirar sua autorização. Os pesquisadores estão aptos a esclarecer estes pontos e, em caso de necessidade, dar indicações para solucionar ou contornar qualquer mal estar que possa surgir em decorrência da pesquisa.

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais.

Autorização Institucional

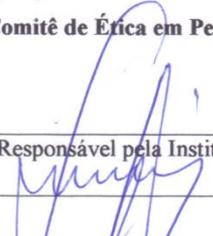
Eu, Luiz Gonzaga Lobão C. Branco, responsável pela instituição Fundação Municipal de Saúde de Teresina, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição COPARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à

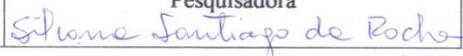
ANEXO B –AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do **Parecer de Aprovação** por um **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos**.

Responsável pela Instituição	Pesquisadora
------------------------------	--------------


Luiz Gonzaga Lobão C/Branco
Presidente
Fundação Municipal de Saúde



Universidade Federal do Piauí – UFPI/Campus Universitário Ministro Petrônio Portella
Centro de Ciências Da Saúde/Departamento de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Criança na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador: silvana santiago da rocha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22792213.3.0000.5214

Instituição Proponente: Universidade Federal do Piauí - UFPI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 667.625

Data da Relatoria: 29/05/2014

Apresentação do Projeto:

O protocolo de pesquisa apresenta-se de acordo com a em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Construir um modelo teórico que explicita as estratégias dos enfermeiros para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica em Teresina-PI.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos para os sujeitos do estudo serão mínimos, considerando que os enfermeiros podem sentir-se constrangidos em relação aos questionamentos e temer que as informações tornem-se de conhecimento público. No entanto, os riscos serão minimizados com a preservação do sigilo da identidade e com o direito de sair do estudo, a qualquer momento, sem prejuízo algum.

Benefícios:

A pesquisa poderá servir de subsídios para discussão e aprofundamento sobre a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família, e estimular o desenvolvimento de ações e políticas. Assim como, proporcionar melhoria da qualidade do

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 667.625

cuidado ofertado ao paciente, e construção de ferramentas de avaliação da assistência de enfermagem prestada ao paciente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como um método de trabalho norteado pelos conhecimentos científicos e humanísticos, que viabiliza a organização, planejamento e execução do cuidado prestado ao paciente, a partir de uma assistência holística e individualizada. O estudo objetiva construir um modelo teórico que explicita as estratégias dos enfermeiros para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica em Teresina-PI. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa do tipo interpretativista que utiliza a Grounded Theory (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão anexados ao protocolo de pesquisa.

Recomendações:

Sem recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa apto para ser desenvolvido.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

TERESINA, 29 de Maio de 2014

Assinado por:
Alcione Corrêa Alves
(Coordenador)

Prof. Dr. Alcione Correa Alves
Coordenador CEP/UFPI
Portaria PRPPG Nº 16/2012
SIAPE 1637106

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (863)215-5734 Fax: (863)215-5660 E-mail: cep.ufpi@ufpi.br

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À
CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Participante n°: _____

Data: ____/____/____

Sexo:

Feminino Masculino

Idade: _____

Tempo que desempenha atividades na Estratégia Saúde da Família: _____

Questões norteadoras:

1º grupo amostral: Como está o processo de Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção à criança na estratégia Saúde da Família (SF)?

2º grupo amostral: Qual o posicionamento da Gerência de Atenção Básica no que diz respeito à Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à criança na eSF? De qual forma pode contribuir para a Sistematização da Assistência de Enfermagem?

3º grupo amostral: Como o Conselho Regional de Enfermagem se posiciona frente à Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção à criança na estratégia Saúde da Família?