



**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 EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO**

**AUGUSTO CEZAR ANTUNES DE ARAUJO FILHO**

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA**

**TERESINA  
2015**

**AUGUSTO CEZAR ANTUNES DE ARAUJO FILHO**

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Relatório final de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha.  
Área de Concentração: Enfermagem no Contexto Social Brasileiro.  
Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e em Enfermagem.

**TERESINA  
2015**

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

Araújo Filho, Augusto Cezar Antunes de.  
A658i      A integralidade do cuidado à criança na atenção básica / Augusto  
Cezar Antunes de Araújo Filho. -- Teresina, 2015.  
116 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí,  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Silvana Santiago da Rocha.  
Bibliografia

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

CDD 362.1

**AUGUSTO CEZAR ANTUNES DE ARAUJO FILHO**

**A INTEGRALIDADE DO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA**

Relatório final de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 10 de dezembro de 2015.

Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha  
Orientadora/Presidente – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert  
1ª Examinadora – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia  
2ª Examinadora – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Suplente

Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa  
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

*Dedico este trabalho aos meus pais, Augusto Cezar Antunes e Socorro Lages, meus maiores exemplos de vida e amor, e, também aos meus irmãos, Karol Lages e Alexandre Lages, pelos momentos de alegria e apoio.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por me permitir concluir mais esta etapa, através de sua infinita bondade. Além disso, por ser minha fonte de sabedoria e força, e, ainda, por me fazer forte nos momentos de dificuldade.

À Universidade Federal do Piauí, na pessoa do Magnífico Reitor, Prof. Dr. José Arimatéia Dantas Lopes, por ter me proporcionado crescer profissionalmente desde a graduação.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, inicialmente na pessoa da Profa. Dra. Inez Sampaio Nery e, posteriormente, da Profa. Dra. Maria do Livramento Fortes Figueiredo, pela dedicação na condução deste Programa de Pós-Graduação.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha, por compartilhar seu saber comigo. Obrigado pela confiança no meu trabalho, por sua competência, sensibilidade, dedicação, atenção e sabedoria em me conduzir pelos caminhos deste estudo. Além disso, agradeço pelos ensinamentos que vão além da vida acadêmica e profissional. Muito obrigado pelo apoio e carinho!

Às professoras que compõem o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por contribuírem para o meu processo de formação, através dos valiosos conhecimentos compartilhados e pelo estímulo à pesquisa, especialmente, à Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia e à Profa. Dra. Telma Maria Evangelista de Araújo. Agradeço ainda à Profa. MsC. Fernanda Maria de Jesus Sousa Pires de Moura pela torcida.

Aos componentes da Banca Examinadora de qualificação e defesa, Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert, Profa. Dra. Márcia Teles de Oliveira Gouveia e Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa, por sua disponibilidade e atenção na leitura deste trabalho, e, além disso, por suas maravilhosas contribuições e reflexões.

Aos meus pais, Augusto Cezar Antunes de Araujo e Maria do Perpetuo Socorro Lages de Araujo, por terem cumprido com maestria o papel de primeiros professores. Meus queridos pais, esta conquista é de vocês, é para vocês! Muito obrigado, vocês foram essenciais nesta jornada, por serem meus verdadeiros

exemplos de amor, de determinação e de vida! Obrigado por tudo que fizeram e fazem por mim, vocês são pais maravilhosos! Amo vocês!

À minha irmã, Anna Karolina Lages de Araujo, minha colega de turma de mestrado, com quem compartilhei dúvidas, angústias, mas também, alegrias! Obrigado, minha companheira de luta, pelo incentivo e apoio durante toda a minha trajetória! Você é um dos meus exemplos de vida!

Ao meu irmão, Alexandre Cristian Lages de Araujo, pelo seu jeito calmo de ser. Obrigado por sua amizade e fraternidade, meu irmão! Você foi importante para eu chegar até aqui!

Aos amigos e colegas, pelos momentos de alegria compartilhados e pela torcida de sempre. Muito obrigado!

Aos meus familiares, que de alguma forma, mesmo que distantes, torceram e acreditaram em mim!

Aos colegas da turma de mestrado, pela convivência e pela oportunidade de engrandecimento através das discussões e experiências vividas.

A todos os servidores do Departamento de Enfermagem, pela disponibilidade e colaboração em atender e ajudar sempre. Em especial à Ruth Barros e ao Rafael.

Às enfermeiras que participaram deste estudo, pela receptividade, interesse e confiança que tornaram possível realizar este trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro através da bolsa de estudos.

A todos que contribuíram de alguma forma para que eu concretizasse mais este sonho, muito obrigado!

[...]

*Em razão disso, não te deixes vencer pelos obstáculos.*

*A resignação humilde, a misturar lágrimas e sorrisos, anseios e ideais, consolações e esperanças, constrói sobre a criatura invisível auréola de glória que se exterioriza em ondas de simpatia e felicidade.*

*Quando o carro de tua vida estiver transitando pelo vale da aflição, recorda a paciência e continua trabalhando, confiando e servindo com Jesus.*

(Provas decisivas - Lameira de Andrade)

## RESUMO

A criança consiste em um ser singular e em desenvolvimento, e, portanto, necessita de uma atenção integral e qualificada. Diante disso, a atenção à saúde da criança no Brasil sofreu e vem sofrendo várias alterações. Desde a década de 70 vários programas e estratégias foram instituídas com a finalidade de prestar uma atenção qualificada e integral à criança, e, logo, reduzir a morbimortalidade infantil. O objetivo deste estudo foi analisar como os enfermeiros da estratégia Saúde da Família desenvolvem a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido na estratégia Saúde da Família de Teresina, Piauí, com a participação de 14 enfermeiras que atuam sob a responsabilidade da Regional de Saúde Centro/Norte. Foi utilizada como técnica de coleta de dados a entrevista com roteiro semiestruturado, no período de janeiro a abril de 2015, abordando questões sobre a integralidade do cuidado à criança e dados sociodemográficos e profissionais das participantes. O estudo foi autorizado pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob o certificado de aprovação 39012314.4.0000.5214, e cumpriu todos os preceitos éticos dispostos na Resolução nº 466/12, a qual trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Com a análise dos discursos, através da técnica de análise de conteúdo de Bardin, emergiram três categorias: a integralidade do cuidado na atenção básica, estratégias para o desenvolvimento da integralidade do cuidado à criança e dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da integralidade na saúde da criança. Os resultados revelaram que a integralidade é entendida como o olhar para a totalidade do ser, como o cuidado que é prestado ao indivíduo observando o contexto em que ele vive e como o cuidado compartilhado envolvendo os profissionais tanto da atenção primária quanto de outros níveis de atenção. Verificou-se que o cuidado integral à criança é embasado pelas linhas de cuidado, propostas pelo Ministério da Saúde, na agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil. Destaca-se ainda que o Programa Saúde na Escola também é utilizado como ferramenta para promover o cuidado integral infantil. Evidenciou-se, além disso, que existem alguns problemas que dificultam o desenvolvimento da integralidade do cuidado à criança, como: a estrutura física inadequada da unidade básica de saúde, a indisponibilidade de alguns recursos e materiais, o déficit de recursos humanos, a ausência de capacitações e treinamentos voltados à saúde da criança, a desarticulação na rede de atenção à saúde, os aspectos culturais que envolvem o cuidado infantil no domicílio e a não implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica. Diante disso, considera-se que este estudo contribui para a melhoria da assistência à criança na atenção básica, visto que relaciona os problemas que prejudicam o desenvolvimento da integralidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Assistência Integral à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Criança. Enfermagem.

## ABSTRACT

The child is in a unique being and under development, and therefore needs a comprehensive and skilled care. Therefore, health care of children in Brazil suffered and has undergone several changes. Since the 70's various programs and strategies have been established in order to provide a qualified and comprehensive care to the child, and thus reducing infant mortality. The objective of this study was to analyzing how nurses of the Family Health Strategy develop comprehensive care in child nursing consultation. This is a descriptive study with a qualitative approach, developed in the Family Health Strategy of Teresina, Piauí, with the participation of 14 nurses working under the responsibility of Regional Health Center / North. It was used as a technique of data collection the interview with semi-structured guide, in the period January-April 2015, addressing issues about comprehensive care for children and sociodemographic and professional data of the participants. The study was authorized by the Teresina Municipal Health Foundation, approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, under the certificate of approval 39012314.4.0000.5214, and fulfilled all ethical precepts willing Resolution No. 466/12. To analyzing the statements by Bardin content analysis technique there were revealed three categories: complete care in primary care, strategies for the development of comprehensive care for children and difficulties in the development of integrity in child health. The results revealed that comprehensiveness is understood as a look at the totality of being, as care that is provided to the individual observing the context in which he lives and how shared care involving professionals both from primary care as other levels of care. It was found that the comprehensive care of children is grounded by care lines proposed by the Ministry of Health, in the datebook for comprehensive child health and reducing child mortality. It is noteworthy also that the School Health Program is also used as a tool to promote child comprehensive care. It was evident, moreover, that there are some problems that hinder the development of comprehensive care to the child, such as: inadequate physical structure of the basic health unit, the unavailability of some resources and materials, the shortage of human resources, the absence of skills and training turned to children's health, the dismantling health care network, the cultural aspects that involve child care at home and the non-implementation of Systematization of Nursing Care in primary care. Therefore, it is considered that this study contributes to the improvement of child care in primary care, as it lists the problems that hinder the development of comprehensive care.

**Keywords:** Comprehensive Health Care. Primary Health Care. Children's Health. Nursing.

## RESUMEN

El niño es un ser único y en desarrollo, y por lo tanto requiere una atención integral y especializada. Por lo tanto, la atención de la salud de los niños en Brasil sufrió y ha sufrido varios cambios. Desde los años 70 diversos programas y estrategias se han establecido con el fin de proporcionar una atención cualificada e integral al niño, y reduciendo así la mortalidad infantil. El objetivo de este estudio fue analizar cómo las enfermeras de la Estrategia Salud de la Familia desarrollan una atención integral en consulta de enfermería infantil. Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, desarrollado en la Estrategia Salud de la Familia de Teresina, Piauí, con la participación de 14 enfermeras que trabajan bajo la responsabilidad de la Regional de Salud Centro / Norte. Fue utilizado como una técnica de recolección de datos la entrevista semi-estructurada, en el período enero-abril de 2015, abordar las cuestiones de la atención integral de los niños y los datos sociodemográficos y profesionales de los participantes. El estudio fue autorizado por la Fundación Municipal de Salud de Teresina, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Piauí, en el certificado de aprobación 39012314.4.0000.5214, y cumplió todos los preceptos éticos en la Resolución N° 466/12. Con el análisis de los discursos, con la técnica de análisis de contenido de Bardin reveló tres categorías: atención integral en la atención primaria, las estrategias para el desarrollo de la atención integral de los niños y las dificultades en el desarrollo de la integridad en la salud infantil. Los resultados revelaron que la integridad es entendida como un vistazo a la totalidad del ser, como la atención que se proporciona a la persona que busca en el contexto en que vive y cómo la atención compartida con la participación de profesionales tanto de atención primaria como de otros niveles de atención. Se encontró que la atención integral de los niños se basa en líneas de atención propuestas por el Ministerio de Salud, la agenda para la salud integral del niño y la reducción de la mortalidad infantil. Es de destacar también que el Programa de Salud Escolar se utiliza como una herramienta para promover la atención integral del niño. Era evidente, además, que hay algunos problemas que impiden el desarrollo de la atención integral al niño, tales como: inadecuada estructura física de la unidad básica de salud, la falta de disponibilidad de algunos recursos y materiales, la escasez de recursos humanos, la ausencia de habilidades y de formación orientados a la salud de los niños, el desmontaje de la red asistencial, los aspectos culturales que implican el cuidado de niños en casa y la no implementación de la sistematización de la atención de enfermería en la atención primaria. Por lo tanto, se considera que este estudio contribuye a la mejora de la atención infantil en la atención primaria, ya que enumera los problemas que dificultan el desarrollo de la atención integral.

**Palabras claves:** Atención Integral de Salud. Atención Primaria de Salud. Salud Infantil. Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Quantitativo das subcategorias abordadas pelas enfermeiras em seus relatos.....	44
<b>Figura 2</b> – Quantitativo das linhas de cuidado relatadas pelas enfermeiras em seus discursos.....	63

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Perfil individual sociodemográfico e profissional das participantes do estudo.....	43
--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância  
AME – Aleitamento Materno Exclusivo  
APS – Atenção Primária à Saúde  
CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética  
CEP – Comitê de Ética na Pesquisa  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente  
eSF - estratégia Saúde da Família  
ESF – Equipe de Saúde da Família  
FMS – Fundação Municipal de Saúde  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança  
PAISMC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança  
PNTN – Programa Nacional de Triagem Neonatal  
PSF – Programa de Saúde da Família  
RAS – Rede de Atenção à Saúde  
RN – Recém-nascido  
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UFPI – Universidade Federal do Piauí  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
VD – Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 Contextualização do problema e objeto de estudo .....	14
1.2 Questões norteadoras .....	20
1.3 Objetivo .....	21
1.4 Justificativa.....	21
<b>2 REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	<b>23</b>
2.1 Concepções teóricas do cuidado .....	23
2.2 O cuidado de enfermagem à criança na atenção básica .....	26
2.3 A integralidade do cuidado na atenção à saúde .....	31
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>37</b>
3.1 Tipo de estudo .....	37
3.2 Local de estudo .....	37
3.3 Participantes do estudo.....	38
3.4 Produção dos dados .....	39
3.5 Análises dos dados.....	40
3.6 Aspectos éticos e legais .....	42
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>43</b>
4.1 A integralidade do cuidado na atenção básica.....	44
4.1.1 Como o olhar para a totalidade do ser .....	45
4.1.2 Como o cuidado no contexto de inserção do indivíduo .....	48
4.1.3 Como o cuidado compartilhado entre profissionais .....	51
4.2 Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da integralidade na saúde da criança.....	54
4.3 Estratégias para o desenvolvimento da integralidade do cuidado à criança .....	62
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>85</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>89</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Contextualização do problema e objeto de estudo

Por muito tempo a criança foi tratada da mesma forma que os adultos, visto que não eram considerados os aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil, ou seja, essa fase peculiar não era percebida como uma etapa do ciclo vital, a qual possui necessidades singulares. No entanto, com o passar dos anos, a criança deixou de ser vista como um objeto e passou a ser vista como um ser biopsicossocial, com particularidades significativas que exigiram transformações sociais, econômicas e políticas (ARAÚJO *et al.*, 2014b; SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Assim, evidenciou-se que a criança constitui um ser em desenvolvimento, que possui fragilidade para realizar o autocuidado, se proteger e se defender, e, por isso, necessita de atores que cuidem e zelem pela sua qualidade de vida e pela garantia desses direitos. Diante disso, as práticas de saúde necessitam ser modificadas no intuito de responsabilizar tanto os profissionais quanto os indivíduos pela saúde da criança, visando, assim, maior integralidade da atenção à saúde e exercício do direito à saúde (ANDRADE *et al.*, 2013a; ANDRADE *et al.*, 2013b).

Por isso, a atenção à saúde da criança no Brasil vem passando por diversas alterações, retendo influências de períodos históricos, dos progressos do conhecimento técnico-científico, das diretrizes das políticas sociais e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade (FIGUEIREDO; MELLO, 2007). Na década de 1970, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, o qual tinha como objeto reduzir a mortalidade entre as crianças e as mães. Tal programa tinha caráter vertical, o qual possuía metas, normas e ações com características preventivas, mas que eram decididas em nível central e desconsideravam a diversidade regional existente no país (ARAÚJO *et al.*, 2014b).

Visando melhorar a assistência à saúde da criança no país e em busca de uma atenção integral, na década de 1980, o Ministério da Saúde evidenciou a necessidade de acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento das crianças e elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da

Criança (PAISMC), por meio do qual referiu que os serviços de saúde deveriam estar preparados para resolver todos os problemas referentes à saúde materno-infantil. Diante disso, estabeleceram-se ações básicas que compreendiam: o aleitamento materno, a orientação familiar alimentar em situação de desmame, estratégias para controle das infecções respiratórias agudas, imunização básica, controle das doenças diarreicas e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (ARAÚJO *et al.*, 2014b).

O sistema de saúde brasileiro permaneceu, por muitos anos, conjugando a saúde da criança à saúde materna pela Política de Atenção à Saúde Materno-Infantil. Entretanto, em 1984, foi intensificada a atuação na promoção da saúde de crianças até cinco anos de idade, por meio da criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), o qual foi um grande marco assistencial, pois foi criado com o objetivo de promover a saúde, através de atenção integral, da universalização e qualificação da assistência, priorizando as crianças pertencentes a grupos de risco (ARAÚJO *et al.*, 2014b; NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008; SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Ainda na década de 1980, a Constituição Brasileira de 1988, trouxe como uma de suas prioridades a proteção dos direitos da criança e do adolescente, uma vez que considera a saúde como uma de suas necessidades básicas e um direito de todo cidadão. Na década de 1990, foi criada a Lei n. 8069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual trata do direito à vida e à saúde e regulamenta que a criança e o adolescente possuem direito à proteção da integridade física e psicológica, ao lazer e bem estar, à vida e à saúde, que devem ser amparados pela família, comunidade e Estado, através de políticas públicas que possibilitem o nascimento e desenvolvimento com saúde e harmonia, em condições dignas. De maneira geral, nessas duas décadas ocorreram muitas conquistas sociais no âmbito da saúde, as quais visavam auxiliar na transformação do modelo de saúde existente, assim como, na atenção à criança (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005; ARAÚJO *et al.*, 2014b).

É relevante ressaltar que, desde a década de 1990, o Brasil representa um país participante da Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança (FROTA *et al.*, 2010).

Ademais, nos anos 90, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS), n. 8080, de 19 de setembro de 1990, foi estabelecida e trata sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Para Antunes e Guedes (2010, p. 21):

A legislação que instituiu o SUS deixa claro que o Estado tem como responsabilidade básica o dever de promover a saúde, adotando políticas que possibilitem à população condições dignas de vida e, conseqüentemente, de saúde, controle de ações de saúde desenvolvidas no setor público ou privado, de modo a garantir qualidade de atenção à saúde e satisfação popular.

Logo, compreende-se que o SUS estabelece uma política pública, a qual institui como princípio fundamental o direito universal à saúde. Diante disso, percebe-se que com o SUS houve uma reconfiguração da relação sociedade e Estado em busca de desencadear uma ampliação na quantidade de serviços de saúde e, também, na melhoria da atenção prestada (ELIAS, 2004; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Segundo Linard e colaboradores (2011), o SUS representa uma conquista para a assistência à saúde brasileira, visto que possui princípios organizativos os quais se manifestam na tentativa de garantir o acesso de toda a população aos serviços de saúde e a participação dos indivíduos na formulação e execução de políticas públicas de saúde. As ações e serviços de saúde que são oferecidos pela própria rede e os convênios que abarcam o SUS obedecem aos princípios da universalidade do acesso, da igualdade da assistência e da integralidade.

Após o advento do SUS, algumas estratégias foram formuladas e congregadas à política de saúde do Brasil, com a finalidade de proporcionar sua prática e desenvolver atividades mais integradas e extensas (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008; LINARD *et al.*, 2011). Em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), com os quais a saúde da criança foi efetivamente potencializada; a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), em 1996; em 2004, a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil; em 2008 a Rede Amamenta Brasil; em 2009, a estratégia,

Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, e, por fim, em 2011, a Rede Cegonha (ARAÚJO *et al.*, 2014b).

O PSF surgiu com a finalidade de reorganizar as ações de saúde no SUS, buscando a descentralização dos serviços e para proporcionar uma atenção voltada às necessidades da população. Em seu desenvolvimento, a estratégia Saúde da Família (eSF) ganhou destaque, visto que busca valorizar as necessidades de saúde da população, a responsabilização pelo cuidado, além de preocupar-se com uma assistência totalizadora do cuidado, ou seja, a eSF veio reestruturar as ações de atenção à saúde e substituir o modelo tradicional, levando em consideração a família e o contexto no qual ela vive, e, desta forma, propiciar uma melhor qualidade de vida da comunidade (LINARD *et al.*, 2011; COSTA; MIRANDA, 2008).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil ressalta a importância do cuidado integral e multiprofissional, pois possui como finalidade organizar a atenção à criança e proporcionar a identificação de ações prioritárias à saúde infantil pelos gestores e profissionais de saúde. Diante disso, esse documento propõe a definição de diretrizes para identificar linhas de cuidado, no qual são denominadas como: nascimento saudável, crescimento e desenvolvimento, distúrbios nutricionais e doenças prevalentes na infância. Tais linhas devem ser desenvolvidas nos serviços de saúde de todos os níveis de atenção, visando respostas mais satisfatórias para essa população (FROTA *et al.*, 2010).

Diante disso, com o objetivo de fornecer elementos que proporcionassem a implantação de uma política de atenção integral à primeira infância no SUS e promover, junto a outros segmentos sociais, parcerias necessárias para a implantação de políticas públicas de proteção à primeira infância, a Estratégia Brasileirinhos foi instituída (BRASIL, 2010).

A Rede Cegonha, por sua vez, instituída pela Portaria n. 1459, de 24 de junho de 2011, consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher e à criança uma melhor atenção à saúde, visando reduzir a morbimortalidade no período gravídico-puerperal. Em relação à saúde da mulher, garante-se o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. No que diz respeito à criança, o direito ao nascimento seguro e ao

crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011; CAVALCANTI *et al.*, 2013).

Ressalta-se que tais ações foram pensadas no sentido de propiciar o desenvolvimento da integralidade em saúde. Entretanto, segundo Costa (2004), para que a integralidade aconteça é necessária a articulação entre as práticas de prevenção e assistência, submergindo necessariamente a integração entre serviços e instituições de saúde, assim como interação entre os profissionais, ou seja, entende-se que a integralidade valoriza, portanto, a integração de serviços por meio das redes de atenção à saúde, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em vista que nenhuma delas possui totalmente os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde nos diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Para Gelbcke e colaboradores (2011) o modo como hoje se organiza a produção de atos de saúde, seria suplantado pela integralidade, onde passariam de atos centrados em procedimentos para ações que buscam focar nas necessidades dos sujeitos, envolvendo para isso a articulação dos diferentes atores que produzem tal cuidado. Assim, se fortalece a ideia não só da multidisciplinaridade, mas da interdisciplinaridade, em que as expressões individuais e coletivas sejam possíveis, e que se reconheça e respeite a multiplicidade e a diversidade entre os sujeitos.

Sabemos que a fase inicial da vida compõe uma das etapas mais relevantes para a saúde infantil, pois é nela que ocorrem processos vitais no crescimento e desenvolvimento, em que a criança começa a descobrir o mundo que a cerca, adquire experiências e habilidades cada vez mais apuradas e elabora valores de referência. A infância, além de ser uma fase biologicamente mais vulnerável, é um estágio da vida onde ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas. Diante disso, requer um acompanhamento periódico, sistemático e integral.

A integralidade do cuidado à criança possui condições que auxiliam na efetivação deste acompanhamento sistemático, uma vez que possui atitudes que compreendem ações de prevenção e assistência a agravos, visando alcançar objetivos que priorizam, além da diminuição da mortalidade infantil, a redução de danos a crianças em vulnerabilidade social, o atendimento à situação de agravos ou doenças, a reabilitação e o compromisso de se prover uma melhor qualidade de vida

para esse ser em desenvolvimento (SOUZA *et al.*, 2013a). Esse acompanhamento para avaliação do crescimento e desenvolvimento, imunização, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, para identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção eficaz e apropriada, é efetivado através da puericultura (FALBO *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2009; VASCONCELOS *et al.*, 2010).

A puericultura é uma atividade desenvolvida pelos enfermeiros na eSF, na qual o profissional pode interferir, se necessário, frente às reais necessidades da criança, praticando novas formas de cuidar (CAMPOS *et al.*, 2011). Para Assis e colaboradores (2011), esta atividade é um instrumento necessário na construção do SUS e, além disso, oportuniza mudanças no processo de trabalho do enfermeiro, visto que se busca cuidar na perspectiva da integralidade, considerando o indivíduo como sujeito e não como objeto do cuidado, o qual possui autonomia, sentimentos e necessidades de atenção.

Segundo Ximenes Neto *et al.* (2011) a puericultura deve oportunizar condições necessárias para o desenvolvimento de funções inerentes ao ser humano, ou seja, proporcionar um desenvolvimento saudável. Para isso, de acordo com Gautério, Irala e Cezar-Vaz (2012), durante a consulta de puericultura devem ser levados em consideração os fatores socioambientais.

Nesta perspectiva, considera-se que, para proporcionar um cuidado integral e humanizado, é necessário considerar a criança no contexto social, econômico, cultural e familiar em que está inserida, na perspectiva de reduzir a incidência de enfermidades, executando e avaliando cuidados que cooperem para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (FALBO *et al.*, 2012; VASCONCELOS *et al.*, 2012; LIMA *et al.*, 2009; SAPAROLLI; ADAMI, 2007).

Assim, conforme Lima e colaboradores (2013), a detecção precoce de problemas de saúde, a prescrição de cuidados adequados à realidade da criança e de sua família, ou seja, cuidados fundamentados nas reais necessidades são ações que fazem parte da atuação do enfermeiro durante a puericultura. Por isso, segundo Oliveira *et al.* (2013), a atuação do enfermeiro possui fundamental importância, porquanto esse profissional desempenha ações de promoção da saúde as quais auxiliam na detecção precoce das alterações na saúde da criança.

Entretanto, em estudo realizado no município de Picos, Piauí, verificou-se que existem algumas fragilidades na promoção da saúde, principalmente relacionadas à educação em saúde e acompanhamento subsequente da criança. Observou-se que a atuação dos enfermeiros, durante a consulta de puericultura, encontra-se relacionada, especialmente, à realização do histórico de enfermagem e do exame físico (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O município de Teresina, Piauí, cenário deste estudo, possui uma realidade diferente à de Picos-PI, visto que os enfermeiros atuantes na estratégia Saúde da Família de Teresina atuam, principalmente, em ações voltadas à prevenção de agravos e promoção da saúde. De acordo com um estudo realizado em Teresina-PI, em 2005, os enfermeiros da estratégia Saúde da Família de Teresina assumem um papel de vigilância à saúde, com o intuito de reduzir os agravos e intervir precocemente em situações que podem gerar doenças (ROCHA, 2005).

De acordo com Lima *et al.* (2013), a puericultura produz bons resultados quando bem realizada. Este estudo destaca a importância da puericultura demonstrando a redução da mortalidade infantil no Brasil, em um período de 10 anos, em que houve queda dos óbitos entre crianças menores de um ano, de 29,7 para 15,6 por cada mil nascidas vivas. Além disso, ressalta a realidade do nordeste brasileiro, que apesar de ser a região com maior indicador, apresentou o decréscimo mais significativo entre as regiões, de 44,7 para 18,5 óbitos. Segundo Oliveira *et al.* (2013), a consulta de puericultura repercute na melhoria de dados epidemiológicos, visto que é capaz de promover mudanças individuais e coletivas.

## **1.2 Questões norteadoras**

Mediante o objeto de investigação descrito, instalaram-se as seguintes questões que nortearam este estudo: Como o enfermeiro desenvolve a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança? Quais as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros para uma atenção integral à saúde da criança? Quais os pontos positivos decorrentes da realização desse tipo de cuidado?

### **1.3 Objetivo**

Analisar como os enfermeiros da estratégia Saúde da Família desenvolvem a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança em Teresina-PI.

### **1.4 Justificativa**

O cuidado integral à criança gera a melhoria das condições de vida desse grupo populacional, por isso este estudo busca investigar como os enfermeiros desenvolvem a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança, com a finalidade de obter subsídios para a melhoria da prática de Enfermagem e, conseqüentemente, diminuir a morbimortalidade decorrente da fragilidade desses indivíduos.

A aproximação com a temática aconteceu após vivências na estratégia Saúde da Família, com aulas práticas e estágios supervisionados realizados, respectivamente, nas disciplinas de Saúde da Criança e do Adolescente e Estágio Curricular I, do curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI), Campus Ministro Petrônio Portella, onde percebi que o enfermeiro necessita estar envolvido no cuidado integral durante a prática da consulta de enfermagem para poder proporcionar uma melhoria na qualidade de vida das crianças que recebem esse cuidado, mas, para isso devem desenvolver ações de cuidado que busquem a promoção e prevenção da saúde.

Percebemos, também, que os enfermeiros atualmente ainda encontram crianças que vivem em contextos altamente vulneráveis, os quais, por sua vez, podem prejudicar o crescimento e desenvolvimento infantil. Portanto, entendemos que a realização deste estudo poderá trazer contribuições, uma vez que auxiliará os enfermeiros a refletirem sobre o cuidado integral que deve ser dispensado às crianças na estratégia Saúde da Família, tendo em vista as características peculiares desse período da vida e os aspectos positivos de uma atenção que foge ao modelo biomédico, o qual ainda encontra-se arraigado nas práticas de saúde.

Através de dados do Sistema de Informação de Atenção Básica, disponibilizados pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina, a Regional de

Saúde Centro/Norte acompanhou de janeiro a julho de 2015, 3835 crianças de zero a 23 meses e 29 dias. Destas crianças, 566 estão na faixa etária entre zero e 3 meses e 29 dias, em que 81,98% encontra-se em Aleitamento Materno Exclusivo. Destaca-se ainda que das crianças entre zero, e, 11 meses e 29 dias, 95,81% encontra-se com a imunização atualizada; 94,18% das crianças entre 12 e 23 meses e 29 dias encontra-se com a vacinação em dia.

Diante disso, fomos impulsionados a conhecer mais profundamente como esse cuidado integral à criança está sendo realizado na atenção básica e quais as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na sua realização, visando através do objetivo deste estudo alcançar resultados que propiciem a melhoria da prática, com a finalidade de obter melhores índices na saúde das crianças brasileiras.

## 2 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 2.1 Concepções teóricas do cuidado

Segundo Collière (1989) há o cuidado desde que existe a vida, pois é necessário “tomar conta” para que a vida possa permanecer. Os homens, assim como todos os seres vivos, sempre necessitaram de cuidados, porque cuidar, tomar de conta é um ato de vida que possui como finalidade permitir continuação à vida, desenvolver-se, e assim, lutar contra a morte, seja ela do indivíduo, grupo ou espécie. Pois cuidar, de acordo com Coelho e Fonseca (2005), também faz recuar a morte, uma vez que se cuida com a defesa pela vida, visto que, por muitos anos, a precariedade das condições da existência humana fazia com que a morte fosse onipresente e aterradora.

De acordo com Boff (2007), o indivíduo sem cuidado deixa de ser humano, pois se não receber cuidado, desde o nascer até a morte, este perde sua estrutura, definha, perde sentido e morre. Para ele, o cuidado é algo maior que um ato e uma atitude entre outras. O cuidado, assim, é entendido como o modo de ser essencial, ou seja, é uma forma do próprio ser estruturar-se e dar-se a conhecer. Além disso, o modo de ser cuidado revela o ser humano, pois cada vez que um indivíduo se empenha na função de cuidador busca satisfazer uma necessidade sua e do outro, projeta para o futuro tanto sua qualidade de vida quanto a do outro, constantemente procurando a realização existencial que é o exercício do cuidado (SILVA *et al.*, 2005).

Visualiza-se o cuidado na perspectiva em que foi destacada pelos autores, como algo fundamental para o crescimento e desenvolvimento humano, como alguma coisa necessária para que a vida se estabeleça, pois desde o nascimento, o ser humano precisa de cuidados.

Stamm (2002) atribui que do ponto de vista existencial, o cuidado é a prioridade, pois acontece antes de qualquer atitude e situação do ser humano, o que significa dizer que ele se encontra em toda atitude e situação de fato. Assim, de acordo com Coelho e Fonseca (2005), percebendo que o cuidado está vinculado a

realidades e são estas que devem embasá-lo, pesquisadores têm buscado pesquisar os significados do cuidar/cuidado.

Para Waldow (2001), o cuidar, visando manter ou melhorar a condição humana no processo de viver e morrer, pode ser entendido como comportamentos e ações que envolvem conhecimento, valores, habilidades e atitudes, cultivadas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas. Pois o conhecimento de hábitos, padrões e comportamentos auxiliam na forma como deve ser estabelecido o processo de cuidar. Assim, tal processo envolve crescimento e ocorre de forma independente da cura, representa a maneira como acontece (ou deveria ocorrer) o cuidar entre cuidador e receptor de cuidados.

Conforme Costa *et al.* (2012), o cuidado não pode ocorrer isoladamente, trata-se de uma ação entre o cuidador e o ser que é ou será cuidado. Cuidar é estar com o outro, em questões especiais da vida das pessoas e de suas relações sociais, como o nascimento, a promoção e a recuperação da saúde e a própria morte (SOUZA *et al.*, 2005). Assim, pode-se afirmar que o cuidado requer o conhecimento do ser cuidado, pois o cuidador deve possuir a capacidade de entender as necessidades do outro e respondê-las de maneira adequada. Pois, para garantir uma resposta de cuidado não é necessário apenas estar bem intencionado (WALDOW, 2001).

Assim, entende-se que deve haver um envolvimento entre o ser cuidado e o cuidador para que o cuidado se estabeleça, visto que o cuidador deve entender o indivíduo para o qual dispensa o cuidado a fim de conhecer suas necessidades e poder, deste modo, desenvolver um cuidado que seja mais adequado à sua realidade e que responda às suas necessidades.

De acordo com Silva *et al.* (2005), o ser humano não vive sem cuidado, pois este é a essência da vida humana, constituindo sua manifestação concreta na configuração da existência e o seu alimento imprescindível, ou seja, o cuidado é parte integrante do método de sobrevivência da vida humana. Por isso, de acordo com Waldow e Borges (2011), a afirmativa de que o cuidado é o que impõe a qualidade de humanidade às pessoas é uma afirmação lógica, já que o ser humano vive o significado de sua própria vida através do cuidado.

Damas, Munari e Siqueira (2004) afirmam que para a atmosfera do cuidado acontecer de maneira verdadeira e acolhedora, é necessário que o cuidador seja claro, demonstrando suas intenções através de palavras e ações. Tal atitude torna-se repleta de sensibilidade, delicadeza, solidariedade e profissionalismo, visto que deve excluir preconceitos de qualquer ordem e utilizar a relação interpessoal como base entre os seres humanos. Para Souza e colaboradores (2005), o cuidado manifesta-se na preservação do potencial saudável das pessoas e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si. Colocar-se no lugar dos outros, em diversas situações, quer em qualquer dimensão social ou pessoal, implica no processo do cuidar.

Por ser uma atitude de atenção e solicitude para com outrem, ao mesmo tempo em que representa preocupação e inquietação, já que o prestador de cuidado se sente envolvido afetivamente e com uma ligação ao indivíduo que recebe cuidados (DAMAS; MUNARI; SIQUEIRA, 2004). Para Waldow (2001), informalmente o cuidar se inicia ou se expressa, predominantemente, de duas maneiras, como um modo de sobrevivência e como expressividade de interesse e carinho. Logo, o cuidado envolve presença solidária e ajuda nos momentos de dificuldades, o que constitui experiência relevante para os envolvidos nesse processo (COELHO; FONSECA, 2005).

Destarte, segundo Waldow (2001), existe um comprometimento, uma responsabilização no cuidado humano, que não é apenas visando garantir aquilo que satisfaz, mas ajudar a construir uma sociedade baseada em princípios morais. Visto que o cuidado é uma atitude ética em que seres humanos percebem e reconhecem os direitos uns dos outros.

Entretanto, o cuidado não implica fundamentalmente em reciprocidade, a qual se encontra vinculada ao contexto e às condições particulares de quem recebe o cuidado, seja indivíduo, família ou comunidade, onde podem estar presentes a receptividade ou a resistência. Não é um processo composto por atividades isoladas, por isso é através do processo de cuidar e avaliação de suas respostas que o profissional pode rever suas atitudes frente ao compromisso ético e estético do cuidar e perceber a qualidade da interação estabelecida (COELHO; FONSECA, 2005).

Para Costa *et al.* (2012) o processo de cuidar/cuidado é entendido como uma forma de como acontece o cuidado, onde existe uma atitude relacional entre os participantes do processo, em que o cuidador tem um papel ativo, pois desenvolve ações e comportamentos de cuidar, e o ser cuidado possui passividade em função de sua situação.

Segundo Martines e Machado (2010), em uma primeira concepção o cuidado pode ser compreendido como tudo aquilo que se une sob a forma de ações ou intervenções, que contribuem para gerar, organizar ou (re)estabelecer esperança, autonomia, a liberdade de escolha, as relações humanas e o sentido da vida. Contudo, o cuidado humano não pode ser prescrito, não segue receitas, ou seja, não existem regras a seguir, nem manuais de cuidar ou ensinar a cuidar; o cuidado humano, por sua vez, é sentido, vivido, exercitado, consiste em uma maneira de viver, de ser e de expressão. Portanto, o cuidar é visualizado sob uma nova perspectiva, na qual o ser humano é valorizado em sua totalidade (WALDOW, 2001; WALDOW, 2004).

## **2.2 O cuidado de enfermagem à criança na atenção básica**

O cuidado é resultado da conexão de vários elementos que se misturam e se modificam continuamente. Quando direcionado à criança é bastante complexo, possui sua multidimensionalidade e é influenciado por muitos fatores e fenômenos que implicam em ações de cuidar distintas (SOUZA; ERDMANN, 2012).

A propósito desse cuidado em relação à saúde da criança encontra-se em modificação, visando transformar o modelo de atenção à saúde vigente, o qual foca apenas na patologia e na criança, para um modelo de articulação em redes, que visa incluir a família e proporcionar uma integralidade do cuidado, ou seja, as atuais diretrizes políticas brasileiras buscam a ampliação das práticas e a atuação dos serviços de saúde, direcionando-se para a integralidade do cuidado, as quais valorizam as necessidades individuais da criança e em que ela é visualizada como possuidora de direitos (MELLO *et al.*, 2012b; ARAÚJO *et al.*, 2014a).

Entretanto, para que isto aconteça de maneira eficaz, é necessário conhecer as características relacionadas à morbimortalidade que envolvem a saúde da

criança, visto que o processo saúde-doença deste indivíduo é determinado socialmente, porquanto suas condições de vida causam interferência em seu perfil epidemiológico. Logo, compreende-se que na assistência à criança deve-se perceber que o crescimento e desenvolvimento infantil são influenciados por fatores biológicos, sociais e familiares (MONTEIRO *et al.*, 2012; SILVA; VIERA, 2014).

Diante disso, segundo Monteiro e colaboradores (2012), observa-se a necessidade de não compreender a saúde infantil somente como a ausência de doenças, porém é imprescindível valorizar o contexto familiar e o meio em que ela encontra-se inserida, proporcionando, desta maneira, um olhar integral e, por conseguinte, uma atenção mais humanizada.

Destarte, na realização deste cuidado de forma integral, é relevante a comunicação com a família, propiciando a criação de espaços que oportunizem o planejamento e a participação dos pais nas ações que serão desenvolvidas, estabelecendo, conseqüentemente, sua corresponsabilização no cuidado. Para isso, é preciso, também, reforçar os papéis exercidos pelos profissionais de saúde (assistencial, gerencial e de educador) com a finalidade de tornar a criança/família sujeitos ativos e participativos no seu processo saúde-doença (MELLO *et al.*, 2012a; FINKLER *et al.*, 2014; MONTEIRO *et al.*, 2012).

Neste sentido, em estudo realizado em São Luís do Maranhão, Erdmann e Sousa (2009), destacam que para desenvolver um cuidado integral à criança é necessário desenvolver novas tecnologias de cuidado. Igualmente, relacionam a importância da ampliação do acolhimento nos serviços de saúde, da escuta qualificada, da responsabilização do cuidado, da capacidade de lidar com a dor e com o sofrimento e, ainda, de proporcionar autonomia aos indivíduos que recebem o cuidado.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o cuidado prestado à criança busca promover a saúde através de ações prioritárias de vigilância e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Tais ações e práticas recomendam intervir em problemas de saúde, condições de vida e nos riscos e danos à saúde, procurando reduzir a morbimortalidade e, ainda, melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional. Para tanto, torna-se indispensável analisar as inequidades sociais, o contexto sociocultural e familiar, a posição socioeconômica, as

vulnerabilidades que estão submetidas as crianças, suas necessidades e seus direitos (FINKLER *et al.*, 2014; MELLO *et al.*, 2012b; MELLO *et al.*, 2014).

Segundo Monteiro e colaboradores (2012), os princípios norteadores desta prática permitem o desenvolvimento de ações que incluem: o acesso universal, o acolhimento, a assistência integral, a equidade, a participação da família, favorecendo, desta forma, um modelo de atenção centrado no acompanhamento e na aproximação das famílias/crianças junto às equipes de saúde, estabelecendo um vínculo terapêutico e um atendimento mais humanizado.

Deste modo, entende-se que a puericultura é o meio oportuno para o acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento da criança, visando prevenir, proteger e promover a saúde, de modo que a criança se desenvolva plenamente. De acordo com Gautério, Irala e Cezar-Vaz (2012), com a puericultura é possível realizar o monitoramento, a avaliação e a intervenção no processo saúde/doença, revelando-se, assim, como uma importante ferramenta interacional e educativa. Contudo, para concretizar essa atividade de forma integral, o enfermeiro deve buscar compreender a criança em seu contexto socioeconômico, histórico, político e cultural, e, além disso, de maneira humana e equilibrada, intervir no seu espaço domiciliar (VERSIAN *et al.*, 2013; GOMES *et al.*, 2013).

Assim, a atenção domiciliar tem surgido como uma alternativa de cuidado na atenção primária, a qual visa ofertar uma atenção qualificada com o desenvolvimento de ações que potencializem a integralidade da atenção, a diversificação dos recursos e a articulação da equipe multidisciplinar (GOMES *et al.*, 2013). Neste sentido, a visita domiciliar (VD) ganha destaque na eSF, pois constitui uma das modalidades da atenção domiciliar em que os profissionais de saúde têm a possibilidade de conhecer o contexto em que os indivíduos encontram-se inseridos, oportunizando um projeto terapêutico mais eficiente e coerente com a realidade encontrada (BRITO *et al.*, 2013).

Nesse sentido, o enfermeiro deve tentar atender às demandas próprias desta fase do ciclo vital e frisar nas suas individualidades, as quais englobam: esforçar-se para compreender a singularidade dos indivíduos, a inclusão da família, o emprego de uma linguagem apropriada e abordagem lúdica, prática multiprofissional, reconhecer as crianças como possuidoras de direitos e fazer uso de estratégias

inclusivas (GOMES *et al.*, 2013; MELLO *et al.*, 2012a). De acordo com Rocha e Lima (2015), quando o enfermeiro presta cuidados à criança, tenta possibilitar o seguimento de suas potencialidades como ser-no-mundo, uma vez que ele acredita que a proteção da existência da criança é uma responsabilidade que deve ser assumida pelo profissional.

Entende-se como atribuições do enfermeiro a realização do exame físico da criança, buscando identificar dificuldades e necessidades, encaminhar ao pediatra e outros profissionais sempre que houver necessidade, realizar a busca ativa das crianças faltosas, preencher e explicar às mães o gráfico de peso e estatura, realizar a vigilância da imunização, incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses, realizar orientações acerca da alimentação complementar e sobre a prevenção de acidentes, avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor e identificar dúvidas e dificuldades das mães/família com o intuito de esclarecê-las (VIEIRA *et al.*, 2012; MELLO *et al.*, 2012b).

Portanto, percebe-se que esses profissionais proporcionam ainda ações de prevenção e promoção à saúde, pois tentam detectar de forma precoce as mais diversas alterações que possam ocorrer na criança (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Assim, a puericultura coopera no desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde, seja na sala de espera, seja na consulta de enfermagem, propiciando o acompanhamento do binômio mãe-filho (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

As ações de prevenção e promoção da saúde advêm de atividades de educação em saúde, as quais devem estar presentes em todas as ações do cuidado infantil, proporcionando o envolvimento dos familiares neste processo, visto que tais ações fortalecem o vínculo com o serviço de saúde, refletindo na extensão dos demais atributos, assegurando a sustentabilidade e efetividade da assistência em saúde, tornando-a mais efetiva (PEREIRA *et al.*, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2014a; MONTEIRO *et al.*, 2011).

Assim, em estudo desenvolvido por Sousa, Erdmann e Mochel (2011, p. 706), verifica-se que “as práticas de cuidado à criança correspondem a um conjunto de ações, interações, e intervenções que objetivam a manutenção e a promoção da saúde para garantir o processo dinâmico do crescimento e desenvolvimento infantil.”

Em estudo realizado em São Luís, Maranhão, por Sousa e Erdmann (2012, p. 799), constatou-se que o cuidado integral à criança:

Pede por uma ação política de sujeitos individuais e coletivos numa combinação de saberes e técnicas para atender as necessidades de crescimento e desenvolvimento da criança e não somente a doença; por uma articulação entre prevenção e assistência; por disponibilizar tecnologias de cuidado que envolva o atendimento individual, a família e a educação em saúde por meio de processos dinâmicos e participativos, atendimento domiciliar, visita domiciliar, ações de vigilância à saúde assim como todas aquelas que garantam o acolhimento.

Na perspectiva de oferecer um cuidado integral à criança, um estudo realizado por Andrade e colaboradores (2013b) em Passos, Minas Gerais, é necessário que exista uma valorização da comunicação entre profissionais e serviços, com a finalidade de proporcionar parcerias que ampliem a integralidade e intersetorialidade das ações em rede. Segundo estudo realizado por Braz *et al.* (2013), em Vitória da Conquista, Bahia, observou-se a necessidade de uma comunicação adequada entre paciente e profissional de saúde para que haja um desempenho eficaz da APS.

Alguns fatores limitadores da integralidade do cuidado à criança na atenção básica foram abordados em estudo, realizado em São Luís-MA, dentre eles a insuficiência de recursos para a saúde e para o cuidado à criança, a falta de insumos e, ainda, aspectos relacionados à estrutura física inadequada das unidades básicas. Um ponto destacado, por este estudo, foi também a ausência de encontro e comunicação entre profissionais da mesma equipe de saúde da família, comprometendo as ações de cuidado (SOUSA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

Percebe-se então, que o cuidado de enfermagem na atenção básica possui um papel fundamental, porquanto o enfermeiro desenvolve ações, previamente planejadas, com a finalidade de propiciar um cuidado provido, principalmente, de ações de promoção e prevenção da saúde, tentando melhorar a qualidade de vida das crianças e diminuir a sua morbimortalidade. Entretanto, torna-se imprescindível que este cuidado, na perspectiva da integralidade, valorize a comunicação entre profissionais e serviços de saúde, a fim de possibilitar um cuidado mais qualificado à

criança, e, do mesmo modo, melhorar as condições de trabalho dos profissionais para que atendam às necessidades peculiares da infância.

### **2.3 A integralidade do cuidado na atenção à saúde**

Desde os anos 70, o cenário da saúde brasileiro está sendo redefinido através de políticas públicas, as quais agregam valores e diretrizes, e desencadeiam, no contexto social, político e econômico, várias modificações relacionadas à saúde (VIANA; SABÓIA, 2014; SANTOS *et al.*, 2011). Entretanto, foram nas décadas de 80 e 90, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que a saúde do Brasil sofreu importantes transformações (SILVA *et al.*, 2013).

Apesar de encontrar-se vigente e ser amparado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8080/90, esse sistema enfrenta uma constante luta ideológica e política, com a finalidade de modificar o modelo assistencial biomédico, centrado na cura de doenças, direcionando-o para uma atenção integral (VIANA; SABÓIA, 2014; SILVA *et al.*, 2013). Diante disso, tem-se expandido e qualificado a atenção primária à saúde como modelo de reorientação político-organizacional da atenção à saúde, porquanto ela possui práticas de cuidado com naturezas diversas, através de ações que buscam promover, proteger e recuperar a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SANTOS *et al.*, 2011; ANDRADE *et al.*, 2013c; ARCE; SOUSA, 2013).

Ressalta-se que os atributos da atenção primária foram destacados pela primeira vez por Barbara Starfield, em 2002. Segundo Starfield (2002, p. 28), a atenção básica:

É aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros.

Deste modo, compreende-se a APS como o nível da atenção que possui a responsabilidade de ser a porta de entrada das necessidades e problemas da comunidade, o qual apresenta funções particulares e atributos singulares, no âmbito

do sistema de saúde, como a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a integralidade (ARCE; SOUSA, 2013). Assim, a APS tornou-se importante componente dos sistemas de saúde, quando se começou a analisar o seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como alicerce (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A integralidade, por sua vez, é um princípio doutrinário, constitucional e fundamental do SUS e constitui o direito que os indivíduos possuem de receber uma atenção baseada no conjunto de suas necessidades, e no dever do Estado de proporcionar serviços de saúde organizados para atender essas necessidades de maneira integral (SILVA *et al.*, 2013). Para Brito e colaboradores (2013), essa proposta da integralidade como um dos princípios doutrinários do SUS tem sido comumente utilizada, no entanto, ela perpassa a questão organizacional, pois revela o arcabouço ideológico da Reforma Sanitária Brasileira.

Desta forma, é compreendida como um alvo que deve ser alcançado durante a assistência à saúde, buscando, assim, atingir um novo modelo assistencial, o qual está em construção. Por isso, de acordo com Pinheiro e Guizardi (2013, p. 26):

Como construção e prática social, a integralidade ganha riqueza e expressão no campo da saúde, à medida que essa perspectiva busca superar a tradicional forma de fazer política por meio de modelos, os quais requerem condições ideais e que, portanto, nunca se realizam completamente.

Portanto, pode-se perceber que a integralidade é vista como um grande desafio no Brasil, visto que é necessário o remodelamento das práticas visando considerar a singularidade do indivíduo e evitar a redução do indivíduo à doença, buscando, deste modo, construir um cuidado centrado nas necessidades dos indivíduos e, conseqüentemente, uma ruptura com o modelo assistencial biomédico.

Para Pinheiro e Guizardi (2013, p. 24) “a contínua exigência de uma definição precisa e definitiva desse termo impõe-nos ao risco de torná-lo monológico e monofônico”. Por isso, conforme Mattos (2013), a integralidade é polissêmica, ou seja, possui vários sentidos, os quais são correlatos e encontram-se articulados entre si. Diante disso, o autor evidencia que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS, mas que existem três grandes conjuntos de sentidos para a

integralidade. O primeiro encontra-se relacionado às políticas de saúde, principalmente as específicas de saúde, que são as respostas aos problemas de saúde; o segundo está relacionado às boas práticas dos profissionais de saúde visando uma melhoria da qualidade de vida; e último, à organização dos serviços.

Segundo Souza *et al.* (2013a) a integralidade tem como princípios o trabalho em rede, a escuta atenta das necessidades dos indivíduos, a resolutividade e o vínculo com a população, não sendo considerada responsabilidade de apenas um profissional ou serviço de saúde. E é com esse pensamento que o trabalho em equipe na atenção básica se mostra como essencial, bem como a integração entre os serviços. De acordo com Pinheiro e Guizardi (2013, p. 24):

Produtora de relações, signos e significados, a integralidade como princípio e prática, tem ocupado os diferentes espaços das instituições e sociedade, sobretudo os espaços moleculares, das relações que se transformam em encontros e desencontros, características da política como ação concreta.

No âmbito da estratégia Saúde da Família, a integralidade se faz presente nos microprocessos de trabalho em saúde, uma vez que oportuniza a atuação de cada profissional na atenção à saúde com o foco de suprir as necessidades da população de acordo com o contexto sociocultural. Assim, a eSF torna-se um grande desafio, já que é necessária a ruptura com o modelo assistencial biomédico e a construção de uma nova prática, centrada no usuário (VIEGAS; PENNA, 2013; SILVA *et al.*, 2013).

Desta forma, entende-se que para a plenitude do cuidado integral é preciso identificar as necessidades de saúde dos indivíduos/população, e os fatores que podem ocasionar ou que ocasionaram doenças. Conseqüentemente, torna-se necessário formular ações conforme as necessidades humanas e de saúde, e, a partir disso, desenvolver práticas de cuidado remodeladas que propiciem articulações com as políticas públicas e com ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde de maneira humanizada, qualificada e integral.

Assim, assume-se a ideia de que a construção da integralidade se dá através da transformação do “olhar a realidade”, em que deve-se admitir que isto faz parte de um processo, o qual necessita de esforços incansáveis dos profissionais na

busca de novas formas de agir e interagir, que deve ser impulsionada pela sua consciência crítica e por suas vivências e subjetividades, e, que exista a capacidade e vontade de modificar a realidade ali encontrada (NUNES; SILVA, LINHARES, 2011). Portanto, segundo Guizardi e Pinheiro (2013) a construção da integralidade só é plausível quando o profissional mostra-se disponível para trabalhar a partir de um plano aberto configurado por possibilidades.

Corroborando com esta ideia, Brito e colaboradores (2013), abordam a integralidade como mudança no olhar dos profissionais de saúde, os quais devem modificar suas práticas, buscando identificar as demandas, mas, principalmente, as necessidades de saúde dos usuários, as quais permanecem, muitas vezes, ocultas e escondidas porque o modelo biomédico ainda encontra-se hegemônico nas práticas de saúde. Destarte, entende-se que a diversidade dos olhares lançados pelos diversos profissionais da eSF pode facilitar a atenção integral aos indivíduos/famílias e favorecer uma ação interdisciplinar e multiprofissional (NUNES; SILVA; LINHARES, 2011; VIEGAS; PENNA, 2013).

Segundo Viegas e Penna (2013), neste sentido, cada profissional deve utilizar suas potencialidades, sua criatividade, articulando com a equipe, em esforços coordenados para a produção e promoção do cuidado em prol do usuário. Torna-se indispensável, além disso, o desenvolvimento de uma prática comunicativa, a qual permita uma resposta do entendimento por parte dos usuários. Necessita-se, além disso, pensar em uma prática intersubjetiva que leve em conta o conhecimento sobre os modos e as relações de vida dos indivíduos/família, considerando, portanto, toda a complexidade dos indivíduos/família e da comunidade, ou seja, a multidimensionalidade do ser (SANTOS *et al.*, 2011; NUNES, SILVA, LINHARES, 2011; ORO; MATOS, 2011).

Considera-se, assim, que a integralidade do cuidado só pode ser obtida através da articulação em rede, porquanto é indispensável que os diversos operadores das tecnologias de saúde colaborem entre si, articulando-se entre os vários níveis de atenção, partindo da rede básica e direcionando-se às tecnologias que possibilitarão a produção do cuidado. Contudo, é importante considerar que promover a integralidade implica no remodelamento dos serviços de saúde e na

análise crítica dos processos de trabalho (VIEGAS; PENNA, 2013; KANTORSKI *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2013).

Diante disso, Brito e colaboradores (2013) corroboram que a formatação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) está assentada no princípio da integralidade, pois seu objetivo visa à integração dos serviços de saúde e a interdependência dos atores e organizações, entendendo que nenhum serviço dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde da população em seus diversos ciclos de vida. A RAS vai sendo delineada em diferentes pontos de atenção por meio de distintos equipamentos com densidades tecnológicas diferentes, nelas distribuídos de modo a resultar em qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade.

Portanto, a integralidade surge como meio para a organização contínua do processo de trabalho em instituições de saúde, em que é necessária a transformação de práticas centradas no processo saúde-doença para uma prática centrada no usuário, a qual busque atender as suas necessidades de saúde (FRACOLLI *et al.*, 2011). Logo, entende-se que, exercer a integralidade, incide na necessidade de repensar as práticas e a estrutura organizacional dos serviços de saúde, que, ainda hoje, caracterizam-se pela descontinuidade assistencial.

É preciso, no cotidiano das instituições de saúde, redefinir práticas, buscar a responsabilização do cuidado pelo usuário, proporcionar o encontro entre cuidadores e quem é cuidado, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia. Assim, entende-se que a construção de um cuidado, centrado no usuário, demanda a valorização das subjetividades inerentes ao processo de trabalho em saúde e as particularidades dos sujeitos, ou seja, entende-se que seja importante superar a estrutura organizacional vigente da assistência à saúde (GELBCKE *et al.*, 2011; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Nesta perspectiva, para a integralidade do cuidado à criança advir, compreende-se que seja necessária a interação entre os serviços de saúde dos mais variados níveis de atenção. Destaca-se, também, a importância da realização de ações voltadas à promoção da saúde e à prevenção de agravos, considerando as reais necessidades da criança. Além disso, torna-se imprescindível a assistência em intercorrências, contribuindo para que esta tenha condições para desenvolver todo o

seu potencial (BRAZ *et al.*, 2013). Segundo Souza e colaboradores (2013a), ações voltadas para o cuidado integral à criança fazem parte das atividades assistenciais do enfermeiro na APS e contribuem para a melhoria da qualidade de vida desse grupo populacional.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Tendo em vista as características peculiares à integralidade optou-se por uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritiva, visando conseguir alcançar o objetivo proposto. Essa abordagem, segundo Minayo (2008), responde a questões particulares, onde trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que condiz a um nível de realidade não visível, que precisa ser exposta e interpretada, e, ainda, que não pode e não deve ser quantificado.

As pesquisas descritivas possuem como objetivo fundamental o detalhamento das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre as variáveis. Assim, o trabalho descritivo tende a conhecer os princípios, o modo de agir, os valores de uma população (GIL, 2010).

#### **3.2 Local de estudo**

O estudo foi realizado em Teresina, capital do Estado do Piauí, localizado na Região Nordeste do Brasil. Este município possui uma área de 1.391,981 Km<sup>2</sup>, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 844.245 habitantes, para o ano de 2015. Destaca-se que 134.871 estão na faixa etária de 0 a 10 anos (IBGE, 2010).

Atualmente o município atua com 262 equipes de atenção básica, sendo elas 21 equipes de saúde da família, 239 equipes de saúde da família com saúde bucal e 2 equipes de agentes comunitários de saúde. Tais equipes encontram-se distribuídas em três Coordenadorias Regionais de Saúde: a Sul, a Leste/Sudeste e a Centro/Norte, cada uma com um número específico de equipes, 81, 99 e 82, respectivamente. Além disso, cada coordenadoria conta com uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

É importante ressaltar que a Coordenadoria Regional de Saúde Centro/Norte foi elencada, através de sorteio, para compor o local de investigação. Esta

coordenadoria possui 76 Equipes de Saúde da Família (ESF) na zona urbana e seis na zona rural, dispostas em 28 Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), os quais 22 em área urbana e seis em área rural. Salienta-se que o estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana, vinculadas à Regional Centro/Norte, visto a dificuldade de acesso aos centros de saúde da zona rural.

Destaca-se que foram utilizadas oito entre as vinte e duas UBS da zona urbana da Coordenadoria Regional Centro/Norte de Teresina. Além disso, utilizou-se 14 das 76 ESF dispostas em área urbana. As Unidades Básicas de Saúde utilizadas, neste estudo, encontram-se em bairros que são afligidos por problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, em que a violência e a pobreza são características peculiares das áreas de abrangência das UBS deste estudo.

### **3.3 Participantes do estudo**

Foram entrevistadas 14 enfermeiras das Unidades Básicas de Saúde, sob a responsabilidade da Coordenadoria Regional de Saúde Centro/Norte. Ressalta-se que as participantes foram identificadas pela palavra Depoente seguida de uma numeração ordinal, referente à realização das entrevistas, visando a manutenção do anonimato.

Como critério de inclusão foi estabelecido ter, no mínimo, seis meses de atuação na eSF, por entender que a partir desse período o profissional já possui vivência suficiente nas atividades desempenhadas junto à saúde da criança e, portanto, pode discorrer acerca da temática. Além disso, considerou-se apenas os pertencentes ao quadro ativo de funcionários no momento da coleta de dados. Nesta perspectiva, foram excluídos do estudo os enfermeiros que estavam afastados por férias, licença médica ou licença sem vencimento, e que não atuavam em atividades assistenciais diretas e relacionadas com o cuidado à criança.

As ESF da Coordenadoria Regional de Saúde Centro/Norte possuem um enfermeiro por equipe. Deste modo, essa Coordenadoria conta com 82 enfermeiros vinculados à estratégia Saúde da Família. Entretanto, no momento da coleta, alguns estavam afastados do ambiente de trabalho por algum motivo, sendo eliminados da amostra, e uma enfermeira recusou-se a participar do estudo, pois afirmou não

saber comentar sobre a temática em questão. É importante destacar que foi utilizada a saturação dos discursos para fechar o tamanho da amostra, a qual, de acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008), é uma ferramenta utilizada em pesquisas qualitativas para estabelecer o fechamento da amostra, em que se interrompe a captação de novos componentes quando os dados passam a apresentar certa repetição. Diante disso, a amostra final contou com a participação de 14 enfermeiras da estratégia Saúde da Família.

Em um estudo desenvolvido por Fontanella *et al.* (2011), é proposta uma técnica de tratamento de dados, a qual possibilita a constatação da saturação teórica. Ressalta-se que nesta pesquisa utilizou-se este método para o fechamento da amostra e seguiram-se os seguintes passos para a efetivação: disponibilizar os registros de dados "brutos"; "imersão" em cada registro; compilar as análises individuais (de cada pesquisador, para cada entrevista); reunir os temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria; codificar ou nominar os dados; alocar (numa tabela) os temas e tipos de enunciados; constatar a saturação teórica para cada pré-categoria ou nova categoria; e, por fim, "visualizar" a saturação (APÊNDICE A).

### **3.4 Produção dos dados**

Como estratégia para a produção dos dados, utilizou-se a técnica de entrevista, conduzida por um roteiro semiestruturado (APÊNDICE B). As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a abril de 2015. De acordo com Minayo (2008), a entrevista pode ser realizada verbalmente ou por escrito, tem por objetivo a construção de informações relacionadas a um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador de temas igualmente pertinentes com vista a alcançar seu objetivo. A entrevista semiestruturada, no que lhe diz respeito, combina perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de falar sobre um tema sem se prender à indagação formulada. Segundo Cervo, Bernian e Silva (2007), pesquisadores recorrem à entrevista sempre que possuem a necessidade de obter dados que não podem ser encontrados em fontes ou em registros documentais, mas que podem ser fornecidos por determinadas pessoas.

As entrevistas foram conduzidas no sentido de levar os participantes a se expressarem livremente, expondo suas opiniões e pensamentos sobre o tema, o qual contém dados para caracterização dos participantes quanto à profissão e questões-guia do estudo: “Como o(a) senhor(a) entende a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança?”, “Como o(a) senhor(a) procura desenvolver a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança?” e “Quais as dificuldades encontradas pelo(a) senhor(a) na atenção integral à saúde da criança?”.

Em um primeiro momento foi realizada uma aproximação de forma individual com o enfermeiro. Nesta aproximação eram realizados esclarecimentos sobre o estudo, acerca do seu objetivo e de como ele se desenvolveria. Em seguida, verificava-se o interesse do enfermeiro em participar do estudo. Após confirmar o interesse em participar, as entrevistas eram agendadas, com data, local e horário, previamente definidos, de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros, de forma que não houvesse prejuízo em suas atividades assistenciais. As entrevistas tiveram duração mínima de 10 minutos e máxima de 35 minutos e foram realizadas pelo próprio pesquisador, no próprio local e horário de trabalho das enfermeiras, mais precisamente no consultório de enfermagem, em ambiente privativo, no qual o acesso era restrito ao pesquisador e à entrevistada. Ressalta-se que, em alguns momentos, houve a necessidade de intervir na entrevista, visando o direcionamento das falas para o objetivo do estudo.

Por fim, todas as entrevistas foram registradas em aparelho digital, pelo fato de facilmente armazenar e reproduzir as falas dos entrevistados no computador, e, também, visando o arquivamento de forma segura e prática com o intuito de facilitar a escuta para posteriores análises e consultas.

### **3.5 Análise dos dados**

Nesta etapa, pretendeu-se analisar o conteúdo das falas com o intuito de investigar como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família desenvolvem a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança. Assim, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, proposta por Bardin (2009), a qual é mais

frequentemente utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa.

Essa técnica de pesquisa permite a análise das comunicações, que por meio da descrição objetiva e sistemática do conteúdo das mensagens, possibilita obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos que possam ser interpretados (BARDIN, 2009).

Os discursos dos participantes do estudo foram transcritos no sentido de permitir uma leitura mais espontânea. Após a transcrição dos dados começou-se a análise de conteúdo em si. Para isso, utilizamos o que orienta Bardin (2009), o qual organiza em três pólos cronológicos a análise de conteúdo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, em que foi o período das intuições e que teve por objetivo operacionalizar e sistematizar as primeiras ideias, garantindo dessa forma a condução de todo o processo de análise. Segundo Bardin (2009), é nesta fase que ocorre o primeiro contato com o material que será analisado, através da leitura flutuante. Esta leitura consiste em tomar contato direto e exaustivo com o material, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo, a qual nos permite ser invadidos por impressões e orientações (BARDIN, 2009).

Na segunda fase, denominada como exploração do material, ocorre a análise propriamente dita, que constitui essencialmente em operações de codificação, que, por sua vez, consiste na transformação dos dados brutos das entrevistas, através do recorte, permitindo atingir uma representação do conteúdo.

Por fim, na última fase, esses resultados em bruto foram tratados de maneira a serem significativos e válidos, passando a ser denominados por unidades de registro, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo. Após isso, tais unidades deram origem às três categorias de análise: “A integralidade do cuidado na atenção básica”; “Estratégias para o desenvolvimento da integralidade do cuidado à criança”; “Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da integralidade na saúde da criança”.

### **3.6 Aspectos éticos e legais**

O estudo foi aprovado pela Fundação Municipal de Saúde (FMS) de Teresina (ANEXO A). Após autorização pela FMS o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) que obteve aprovação por meio do parecer nº. 912.160, e o seguinte Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº. 39012314.4.0000.5214 (ANEXO B).

Destaca-se que foram obedecidos pelos pesquisadores os princípios da ética, sigilo e confidencialidade. Aos participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO C), garantindo a confidencialidade, a privacidade, e, ainda, a não utilização das informações em prejuízo dos participantes da pesquisa, conforme Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde, que trata dos procedimentos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, foram respeitados todos os direitos dos participantes, inclusive de que será mantido sigilo das informações observadas, já que os dados obtidos encontram-se resguardados (ANEXO D).

#### 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente será apresentada uma pequena caracterização dos participantes do estudo. Ressalta-se que neste capítulo serão descritas as categorias originadas por meio dos depoimentos das enfermeiras, que foram construídas através das temáticas que tiveram maior representatividade, aprofundando-se na subjetividade dos discursos. Destaca-se que os achados foram analisados e articulados com concepções temáticas sobre a integralidade do cuidado à criança na atenção básica e à luz de conceitos que utilizaram esse referencial.

Em relação à caracterização dos participantes destaca-se que os 14 eram do sexo feminino. Quanto à idade, houve uma variação entre 26 e 60 anos. No que se refere ao tempo de graduação, o período variou entre quatro e 33 anos; e ao tempo de serviço, variou entre dois e 17 anos. Quanto à capacitação específica na atenção à saúde da criança, oito enfermeiros relataram que não possuíam. Ressalta-se, ainda, que 10 participantes possuem algum tipo de pós-graduação em saúde da família e/ou saúde pública (Quadro 1).

**Quadro 1.** Perfil individual sociodemográfico e profissional dos participantes do estudo, Teresina, 2015.

Depoente	Faixa etária (anos)	Sexo	Tempo de graduada (anos)	Tempo de trabalho na eSF (anos)	Capacitação específica na saúde da criança	Pós-graduados em saúde da família e/ou saúde pública
01	49	F	22	13	Sim	Sim
02	34	F	7	7	Não	Sim
03	55	F	25	13	Sim	Sim
04	44	F	18	15	Não	Sim
05	49	F	22	12	Sim	Não
06	60	F	33	13	Sim	Sim
07	33	F	4	3	Não	Não
08	43	F	19	17	Não	Sim
09	48	F	19	14	Sim	Sim
10	46	F	21	15	Não	Sim
11	26	F	5	2	Não	Sim
12	36	F	9	4	Não	Não
13	37	F	11	5	Não	Não
14	40	F	15	13	Sim	Sim

\*Legenda: F – Feminino.

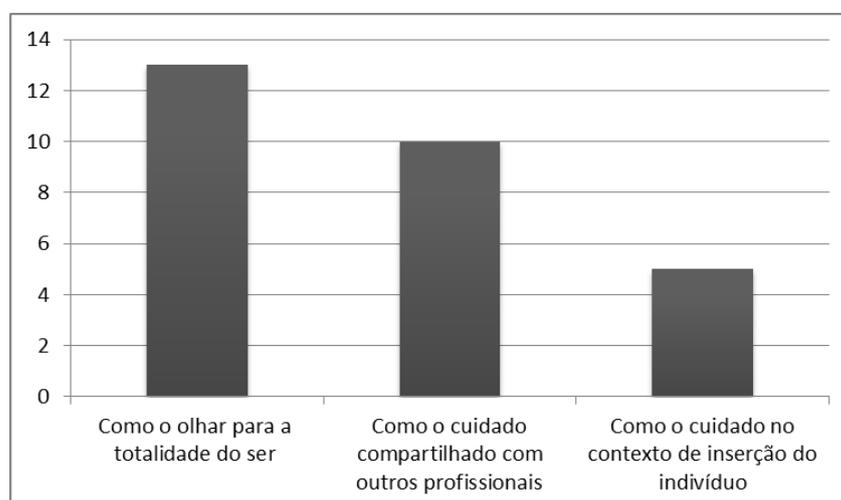
A partir dos discursos dos participantes e através da análise cuidadosa dos conteúdos expressados pelas enfermeiras foi possível elaborar as seguintes categorias: “A integralidade do cuidado na atenção básica”; “Estratégias para o desenvolvimento da integralidade do cuidado à criança”; “Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da integralidade na saúde da criança”.

#### 4.1 A integralidade do cuidado na atenção básica

Pela dimensão e polissemia, peculiares da integralidade do cuidado, que foram constatadas nas falas das enfermeiras, esta categoria, que tem o intuito de revelar os significados e concepções das enfermeiras foi dividida em três subcategorias, a saber: “A integralidade do cuidado na atenção básica como o olhar para a totalidade do ser”; “A integralidade do cuidado na atenção básica como o cuidado no contexto de inserção do indivíduo”; e “A integralidade do cuidado na atenção básica como o cuidado compartilhado entre profissionais”.

É extremamente relevante destacar que as enfermeiras expressaram, em seus discursos, que entendem a integralidade do cuidado, principalmente, como o olhar para a totalidade do ser, seguida da ideia de integralidade como o cuidado compartilhado com outros profissionais e, por fim, como o cuidado no contexto de inserção do indivíduo (FIGURA 1).

**Figura 1.** Quantitativo das subcategorias abordadas pelas enfermeiras em seus relatos, Teresina, 2015.



#### 4.1.1 Como o olhar para a totalidade do ser

A integralidade do cuidado também é compreendida como a visão holística aplicada no cuidado, a qual proporciona o reconhecimento das necessidades do outro (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011). Neste estudo algumas concepções de integralidade do cuidado, referidas pelas enfermeiras, apontam para essa mudança do olhar, em que o indivíduo é considerado em sua totalidade, como podemos evidenciar nas falas a seguir:

*Eu entendo assim, a gente vê, é ver como um todo, né? Não só a criança, mas acho que todo paciente que a gente procura atender. (Depoente 01)*

*É ver a pessoa como um todo, entendeu? Você ver de maneira holística. É você ver a criança, a criança não é um adulto pequeno, a criança é uma criança, ela tem todas as necessidades que uma criança pode ter. (Depoente 08)*

*Avaliar ela (a criança) como um todo, né, não só atender a queixa específica, mas também não perder a oportunidade de avaliar outras situações. (Depoente 11)*

*A integralidade, como o próprio nome diz, integral, então é ver a criança como um todo. Então, não especificamente a questão da queixa, né, a qual a criança vem até a unidade de saúde. (Depoente 13)*

Verifica-se nas falas anteriores que as enfermeiras tentam desvendar a necessidade que o outro possui. Queiróz e Penna (2011) entendem que a integralidade é maneira de perceber as necessidades que os indivíduos possuem. Neste sentido, os autores expõem que o profissional deve ter a capacidade de identificar que cada ser possui uma necessidade diferente e, portanto, priorizar os que necessitam de uma maior atenção, propiciando, assim, a equidade.

Segundo Santos e colaboradores (2011), para o cuidado integral acontecer de forma plena, o enfermeiro deve ser capaz de identificar as necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade, pois tal atitude proporcionará a orientação das ações que deverão ser desenvolvidas com a finalidade de melhorar as respostas para essas necessidades, propiciando resultados mais satisfatórios no contexto da

promoção da saúde e prevenção de agravos. Esta preocupação de perceber as necessidades das crianças e a tentativa de resolvê-las foi citada pelas enfermeiras:

*Você vai ver se essa criança, o que ela precisa naquele momento, tanto na parte do exame físico, da questão mesmo da saúde especificamente ali, se tem intercorrência ou não, mas em outros ângulos. (Depoente 03)*

*Eu vejo assim, a maior necessidade da criança, tá certo? [...] Não é só a questão do exame físico, né? Porque o exame físico você vai avaliar ali, se necessitar você aborda né, além de tá fazendo o diagnóstico, você vai prescrever os cuidados. Eu vejo como a necessidade que aquela criança tá tendo e eu tenho que tá repassando isso pra mãe. (Depoente 12)*

Verificamos pelos discursos que as profissionais entendem a integralidade como forma de identificar e compreender as necessidades das crianças com a finalidade de propiciar uma atenção mais integral. Neste sentido, destaca-se a importância de compreender as necessidades das crianças e suas famílias com a finalidade de desenvolver um plano de cuidados que se adeque à realidade daquele indivíduo, e, conseqüentemente, proporcionar uma atenção mais individualizada e integral.

De acordo com Fontoura e Mayer (2006), deve-se buscar a ampliação do olhar para o usuário com o intuito de estabelecer e ampliar as percepções das suas necessidades, e, conseqüentemente, adotar ações que possibilitem uma resposta eficaz. Segundo Pires, Rodrigues e Nascimento (2010), o profissional deve sempre estar atento às necessidades dos usuários, buscando identifica-las, compreendê-las e resolvê-las. Neste sentido, Queiróz e Penna (2011), destacam que o modelo biomédico, o qual é centrado na doença e na cura, deve ser superado para que a integralidade aconteça.

De acordo com Souza *et al.* (2013b), quando a integralidade é vista como um princípio, constitui o direito que o indivíduo possui em ter suas necessidades atendidas através da assistência à saúde, e, nessa perspectiva, o Estado deve proporcionar as condições satisfatórias para que a assistência integral à população seja realizada.

Segundo Fontoura e Mayer (2006), como conceito estrutural e constituinte, a integralidade desenvolvida nas ações que produzem o cuidado possui uma perspectiva centrada no usuário e busca uma visão que abranja a ideia da totalidade do indivíduo, ou seja, que fuja à fragmentação do ser com a finalidade de propiciar uma assistência de qualidade, a qual atenda o indivíduo como um todo, respeitando seus direitos e valores.

Analisando as falas dos participantes sobre a integralidade do cuidado, constatamos que os enfermeiros entrevistados em sua maioria consideram-na como o olhar para a multidimensionalidade do ser, ou seja, uma oposição à visão reducionista do ser, como podemos verificar nos trechos abaixo:

*[...] Ver a criança de uma forma, não por pedaços, vamos dizer assim, mas como de uma maneira geral. (Depoente 03)*

*Então, eu acho que o cuidado integral, ele vê em todos os aspectos, físico, psíquico, né, vê a pessoa não só como corpo, mas corpo e alma, né? (Depoente 06)*

*[...] Você vai ver a criança de uma forma mais generalizada, né, você não vai ver a criança como, às vezes, um especialista vê, só o ouvido, só o nariz, você vê ela de uma forma integral. (Depoente 14)*

Observa-se que quando se trata de integralidade tenta-se enxergar o paciente em sua totalidade, levando em consideração a singularidade de cada ser. Diante disso, ressalta-se a importância de compreender o ser em sua multidimensionalidade para a prestação de um cuidado mais humanizado, individualizado e integral, pois, nesta perspectiva, o indivíduo é visto como um ser e não como objeto do cuidado.

De acordo com Linard, Castro e Cruz (2011) o profissional não pode visualizar o indivíduo como partes distintas, mas deve considera-lo como um ser biopsicossocial. Neste sentido, essa mudança de visão acerca do indivíduo produz um cuidado mais específico e individualizado e anula, por conseguinte, a prática do cuidado fragmentado. Segundo Oro e Matos (2011), a integralidade sugere a capacidade do profissional em compreender o indivíduo em sua multidimensionalidade. Diante disso, distancia-se da redução do paciente quanto à

doença ou queixa, tanto ao sistema biológico, levando em consideração suas necessidades, desejos e sua autonomia, perante sua situação de saúde.

#### 4.1.2 Como o cuidado no contexto de inserção do indivíduo

Nunes, Silva e Linhares (2011), corroboram com a ideia que, do ponto de vista da integralidade, não se pode minimizar o indivíduo à doença. Entretanto, ressaltam que o profissional deve buscar constituir uma prática intersubjetiva, a qual considera os modos de vida do ser.

Para Machado *et al.* (2007, p. 336), “a integralidade do cuidado deve perceber o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere”. Partindo desse pressuposto, verificou-se nos trechos das enfermeiras que elas consideram o meio em que a criança vive, as suas relações familiares e sociais:

*O cuidado integral eu vejo assim, que a gente tem que ver além da criança em si, a família também, que faz parte dessa orientação. (Depoente 03)*

*A gente tem que tá observando desde a questão da observação do contexto familiar, da aceitação, do cuidado que está sendo dispensado a essa criança. (Depoente 04)*

*Porque a integralidade a gente tem que considerar tanto a saúde mental, como a física, né, e o ambiente em que a criança vive. (Depoente 07)*

*É você ver a criança ali [...] desde o seu convívio na comunidade, com os pais, a situação de saúde, de saneamento básico da casa, de escola, né? (Depoente 09)*

Percebe-se que o ambiente e a relação da criança com a família e a comunidade foram pontos destacados pelas participantes do estudo como tentativa de conseguir absorver a realidade na qual a criança vive e, conseqüentemente, fornecer uma assistência mais adequada à sua realidade. Compreende-se assim que a saúde da criança encontra-se relacionada a diversos fatores, e, por isso, o enfermeiro deve conhecer o meio no qual ela está inserida e interagir com as

famílias e a comunidade com o intuito de reconhecer as suas dificuldades e vulnerabilidades e, deste modo, proporcionar uma assistência que atenda às necessidades verificadas.

De acordo com Rocha (2005), é necessário conhecer a realidade em que as famílias vivem para ofertar um cuidado mais significativo, visto que diversos problemas que afetam a saúde da criança estão relacionados a indicadores econômicos e sociais.

Na perspectiva de Pires, Rodrigues e Nascimento (2010) a integralidade na atenção básica é percebida quando na atenção à saúde considera-se o modo de vida do usuário e as necessidades que ele possui, ou seja, considera-se, assim, o ambiente e a cultura dos indivíduos. Neste sentido, para esses autores, quando se considera a integralidade como princípio norteador, não se pode minimizar o indivíduo aos momentos vividos no serviço de saúde, mas considerá-lo em seu contexto social.

Corroborando com esta ideia, Queiróz e Penna (2011, p. 65) consideram que o “cuidado necessitado é determinado não somente por questões físicas, mas depende do meio social e cultural em que se vive”. Deste modo, Linard, Castro e Cruz (2011) afirmam que para cuidar integralmente devem ser considerados os aspectos emocionais, econômicos e culturais de um indivíduo, com o intuito de proporcionar uma maior interação entre profissional e paciente, e, assim, promover a escuta de suas necessidades. Neste sentido, Viegas e Penna (2013) afirmam que conhecer o contexto em que o indivíduo vive oportuniza a realização de um diagnóstico situacional e, por conseguinte, a definição de um plano terapêutico que atenda às suas singularidades.

Em outra perspectiva da integralidade, Sousa e Erdmann (2009); Leandro e Christoffel (2011); Gaíva, Dias e Siqueira (2012) e Jorge *et al.* (2014), consideram que o cuidar da criança deve acontecer de maneira articulada e ser sempre uma cooperação entre profissional, mãe e família, em que este processo deve ser permeado por confiança e pela proposta de atenção participativa, na qual a família torna-se copartícipe do cuidado, buscando, desta forma, um cuidado mais integral.

Segundo Gaíva, Dias e Siqueira (2012) a inserção da família no cuidar da criança por meio da articulação entre saber científico e popular auxilia no

desenvolvimento de um cuidado cada vez mais integral. Neste sentido, Andrade e colaboradores (2013a) afirmam que, na assistência à saúde da criança, é imprescindível considerar os pais, a família e a comunidade, pois, caso contrário, pode-se limitar o impacto da atenção ofertada. Diante disso pode-se observar nos discursos de algumas enfermeiras que há uma preocupação em observar as necessidades e orientar a família diante delas, e não somente avaliar a criança:

*Procura sempre envolver a família, né, com relação esses cuidados a criança. Se o pai tá lá fora, às vezes a mãe entra, acho que eles tem até receio, não são acostumados, a gente vai lá “olha, venha, entre também, vamos ouvir”. (Depoente 03)*

*[...] E aí, pra isso, você tem que ser além do binômio mãe-filho, ver a questão da família. (Depoente 14)*

Observa-se que o envolvimento dos pais e da família no cuidado ofertado e a tentativa de visualizar as questões familiares foram relacionados pelas enfermeiras como um significado de integralidade, pois entende-se que o cuidado prestado à criança depende do envolvimento dos pais, da família e da comunidade, visto que eles serão responsáveis pela continuidade do cuidado no domicílio e no contexto em que a criança encontra-se inserida.

Nesta perspectiva, Leandro e Christoffel (2011), afirmam que o cuidado dispensado deve solucionar as necessidades e as características individuais da mãe, da criança e da família, pois segundo Sousa, Erdmann e Mochel (2011), a inexistência de comunicação entre os profissionais e destes com as crianças e suas famílias constitui um empecilho para a construção do cuidado integral.

Assim, Leandro e Christoffel (2011) afirmam a necessidade da escuta atenta, por parte dos profissionais, com a finalidade de identificar e compreender os problemas, acolher e aconselhar. Ressaltam ainda que o aconselhamento não deve impor o que fazer, mas apoiar e orientar de forma clara para auxiliar nas decisões que precisam ser tomadas. Segundo Braz *et al.* (2013), o alcance de bons resultados na saúde da criança depende da qualidade da comunicação que existe entre profissional e família.

Neste sentido, torna-se imperioso que os enfermeiros repensem suas práticas com a finalidade de aumentar o vínculo com a população, e, conseqüentemente,

efetivar a adesão às medidas de promoção e prevenção, a corresponsabilização do cuidado e a construção de terapêuticas adequadas à realidade relatada pelos pacientes, visto que as ações de promoção e prevenção só fazem sentido quando atendem às necessidades reais das famílias e possuem relação com seu contexto social, econômico e cultural.

#### 4.1.3 Como o cuidado compartilhado entre profissionais

Conforme Montenegro, Penna e Brito (2010) o trabalho interdisciplinar é importante para o desenvolvimento da atenção integral à saúde. Contudo, para que a integralidade aconteça é necessário que diversos profissionais atuem conforme suas competências e responsabilidades com o intuito de realizar uma conexão entre os saberes de uma equipe multidisciplinar no cuidado à saúde (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011). Podemos visualizar nas falas que as participantes deste estudo consideram imprescindível a integração entre os profissionais, que fazem parte da equipe na atenção básica, para que o cuidado integral se estabeleça:

*Em todos os atendimentos a gente procura fazer isso, porque o agente (comunitário de saúde) tá ali, se eu precisar do auxiliar de enfermagem é, também. Então o dentista a gente também procura é, entrar em contato com ele. [...] A gente tenta ver todos os profissionais que tão aqui pra poder acompanhar, se necessário. Sempre encaminho pra os dentistas, sempre, o médico também [...]. (Depoente 03)*

*[...] E aí quando eu percebo algum problema eu tenho muito cuidado de não deixar só na minha mão, eu sempre chamo a médica da equipe para ela atuar junto comigo. (Depoente 07)*

*A gente tem reuniões semanais, aí nessas reuniões a gente traz os problemas, a gente faz, tipo assim, a gente procura falar dos casos, a gente procura, sabe? Os ACS trazem os problemas, a gente traz, eu manifesto o meu pro médico e dentista. [...] Então a gente procura assim, aqui dentro das reuniões semanais, buscar soluções, ver o que a gente pode fazer no nosso alcance. (Depoente 09)*

*[...] Mensalmente a gente faz a reunião enfermeiro, médico, dentista e agente de saúde pra gente discutir algumas questões que não conseguem ser resolvidas, que eu não consigo resolver só com o agente de saúde. (Depoente 11)*

Podemos verificar com os depoimentos que os profissionais compreendem o cuidado integral como uma forma de cuidado compartilhado, em que se observa uma exaltação ao trabalho em equipe, o qual busque um diálogo entre todos os profissionais envolvidos no processo do cuidar. Revela-se, com os depoimentos, a importância da inclusão de todos os profissionais envolvidos no cuidar para a promoção de uma atenção mais integral, individualizada e de qualidade, ou seja, para que o indivíduo seja visto na sua totalidade é necessária uma diversidade de olhares voltados a ele.

De acordo com Braga e Sena (2010), para que o cuidado integral e de qualidade se estabeleça é necessário que os profissionais dialoguem entre si frequentemente para ofertar uma assistência mais efetiva. Assim, a interdisciplinaridade configura-se como um ponto importante para que a atenção em saúde se concretize, pois, para que a integralidade aconteça, é necessário que haja uma complementaridade mútua entre os profissionais no sentido de proporcionar um engrandecimento do conhecimento do outro com a finalidade de solucionar a necessidade que o indivíduo possui (MONTENEGRO; PENNA; BRITO, 2010).

Neste sentido, Linard, Castro e Cruz (2011) afirmam que visando a solução das necessidades dos indivíduos, a interdisciplinaridade não pretende unificar os conhecimentos, mas complementar o saber através da troca de informações e conhecimentos entre os diversos profissionais. Diante disso, torna-se imperativa a colaboração entre os profissionais de saúde, visto que a integralidade da atenção resulta da articulação das ações dos diversos profissionais, as quais devem ser fundamentadas no trabalho em equipe e em ações interdisciplinares (VIEGAS; PENNA, 2013).

Como princípio doutrinário do SUS, a integralidade busca inserir as crianças em uma rede de cuidados, a qual é hierarquizada e possui níveis crescentes de complexidade, com o intuito de responder às suas necessidades específicas. Desta forma, busca-se aumentar a resolutividade da atenção por meio da articulação entre os diferentes níveis de atenção. Algumas entrevistadas entendem a integralidade desta forma, como podemos constatar através dos depoimentos:

*E, também a questão do referenciamento, se a gente não conseguir fazer, sair da nossa competência aqui, né, a gente encaminhar e ter esse devido atendimento nas especialidades, no atendimento secundário e terciário, se for necessário. (Depoente 07)*

*Quando a gente vê que não dá, a gente encaminha e fica fazendo aquele acompanhamento junto com a especialista, por exemplo. (Depoente 09)*

*Quando a criança, ela precisa, né, de algum cuidado especializado, vamos supor: a gente tem uma criança que ela tem algum problema de catarata, ela tem algum problema de estrabismo ou ela tem algum problema que seja cirúrgico, né, como é que é feito esse cuidado com redes? Nós encaminhamos que aqui a gente tem o sistema do e-SUS e aí tem as marcações de consulta online. (Depoente 14)*

O sentido de integralidade atribuído pelas participantes do estudo encontra-se em concordância com Fracolli e colaboradores (2011), visto que estes autores consideram-na como ações e serviços, que buscam a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, desenvolvidos nos diversos níveis de atenção. Segundo Linard *et al.* (2011) só é possível garantir a integralidade quando o indivíduo possui acesso aos diversos níveis de atenção e complexidade, procurando, desta forma, proporcionar a promoção, prevenção, restauração da saúde e a reabilitação dos indivíduos. Portanto, para Linard, Castro e Cruz (2011) a integralidade da assistência acontece quando se possibilita a continuidade do cuidado por meio da articulação entre os diferentes níveis de atenção, quando necessário, perpassando desde a atenção primária até a terciária.

Percebe-se, com os discursos, que as enfermeiras entendem a necessidade da articulação da atenção primária com os outros níveis de atenção à saúde visando a resolutividade das necessidades das crianças e proporcionar um cuidado mais integral. Desta forma, entende-se que a integralidade depende da articulação hierarquizada entre os serviços de saúde, em que o nível primário representado pela unidade básica de saúde deve ser a porta de entrada do SUS e, portanto, responsável pelo encaminhamento dos usuários para outros níveis de atenção.

Neste sentido, Fracolli *et al.* (2011) consideram que a integralidade depende de um esforço intersetorial, ou seja, não pode ser construída em um único lugar, visto que as tecnologias em saúde necessárias para a atenção do indivíduo encontram-se dispersas entre os serviços de saúde. Nesta perspectiva, Lima e

colaboradores (2012, p. 946) afirmam que “a integralidade, enquanto sentido ampliado constitui objetivo de rede, exigindo articulação entre a micro e a macropolítica”.

#### **4.2 Dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento da integralidade na saúde da criança**

De acordo com Sousa, Erdmann e Mochel (2011), a necessidade de uma infraestrutura adequada encontra-se relacionada à tentativa de modificar o modelo assistencial vigente, visando assim, proporcionar uma assistência eficaz através da disponibilidade de um ambiente apropriado para a prestação dos serviços de saúde. Nas falas das participantes podemos constatar que a estrutura física inadequada é considerada um ponto que prejudica o atendimento à criança:

*[...] a questão de, a própria estrutura física aqui, né, às vezes não é adequada assim pra gente dá atendimento mesmo à criança, né? (Depoente 01)*

*A própria estrutura física também deixa a desejar, às vezes, até a questão da individualidade do paciente, né, ele chega, é uma porta que não tem chave pra você fechar, pra você avaliar bem essa mãe e essa criança, né? (Depoente 04)*

*No momento, assim, na verdade desde quando eu entrei esse posto nunca teve estrutura pra, porque quando eu entrei tinha quatro equipes, e aí a gente sempre tinha que um dia da semana, uma equipe, tinha que atender lá no pátio, né? (Depoente 07)*

*Agora mesmo tão suspensas as puericulturas, porque você tá vendo, a gente tá aqui num quintal, né? Não tem consultório [...]. (Depoente 10)*

De acordo com Montenegro, Penna e Brito (2010), a vulnerabilidade da integralidade está associada à falta de capacidade dos serviços em oferecer condições básicas para o trabalho, quantidade de material suficiente ou de espaço físico adequado, os quais são indispensáveis para o atendimento em saúde. Segundo Sousa, Erdmann e Mochel (2011, p. 268), “o ambiente físico do trabalho deve aliar funcionalidade, acolhimento e conforto relacionados, em especial, aos aspectos de iluminação, ventilação, e áreas de circulação”.

Corroboram com esta ideia, Modes e Gaíva (2013) afirmam que para existir uma assistência de qualidade é necessário que os profissionais tenham acesso a uma estrutura adequada, as quais abrangem área física e instalações. Além disso, esses autores ressaltam a importância de possuir materiais, equipamentos disponíveis para a realização da atenção e, ainda, que o número de profissionais seja compatível com a realidade da unidade de saúde. Nos discursos das enfermeiras podemos constatar que faltam recursos para o desenvolvimento da atenção à saúde fora do perímetro da unidade de saúde:

*Você vai fazer uma visita domiciliar, você tem que ir no seu próprio carro, porque não tem um carro designado pra você, pra você sentir-se mais segura, porque tem lá a marca que é da Fundação Municipal de Saúde, né, um carro a serviço e não o seu próprio carro, né? (Depoente 04)*

*[...] A gente tem um dia pra visitar, mas é só um dia. Então assim, eu acho isso aí um pouquinho chato, porque se eu quiser visitar um outro dia, que eu tenho mais tempo, eu não posso, porque eu não tenho o carro da prefeitura. O ideal é que a gente faça essas visitas no carro, com uma pessoa, com um motorista, a gente tem amis respaldo, mais segurança. (Depoente 09)*

*Tem semana que tem carro pra ir visitar, tem semana que não tem, o bebê que nasce naquela semana ele já perde essa visita, que a gente não tem carro pra visitar. (Depoente 11)*

Pode-se evidenciar nos discursos que a indisponibilidade de alguns recursos inviabiliza o cuidado integral, visto que algumas ações nos serviços de saúde necessitam da oferta de alguns materiais e equipamentos. Segundo Sousa, Erdmann e Mochel (2011), dispor de recursos físicos e estruturais é uma condição real para que os profissionais de saúde possam exercer suas ações com o compromisso proposto pelo novo modelo assistencial. Além disso, em seu estudo, esses mesmos autores constataram que os profissionais criticam tanto a estrutura física das unidades e reclamam por melhores condições, como a disponibilidade de materiais, equipamentos e/ou instrumentos básicos para a realização das suas atividades.

Segundo Silva *et al.* (2013), a falta de estrutura no serviço de saúde é um fator que impossibilita o desenvolvimento da integralidade. Neste sentido, Brito e

colaboradores (2013) afirmam que o cuidado na APS é prejudicado quando existem deficiências em relação à disponibilidade de transporte, equipamentos e profissionais. Podemos constatar tal realidade também neste estudo, conforme os fragmentos a seguir:

*Às vezes falta material mesmo, né, aqui. Tipo, às vezes, balança, nós passamos muito tempo aqui sem balança, né, pra gente tá fazendo esse cuidado. (Depoente 01)*

*Muitas vezes eu já tive de comprar fita métrica, tive que brigar por causa de um lençol limpo, que não bota na mesa, entendeu? (Depoente 06)*

*Outra coisa, material de trabalho, a gente não tem abaixador de língua, a gente não tem, às vezes não tem o pano da maca pra cobrir, entendeu? Tem muita coisa de rotina de trabalho que a gente não tem. [...] Falta muito material, falta vacina, semana passada a gente tava sem vacina. Então, às vezes, isso dificulta um pouco manter essa integralidade. (Depoente 11)*

Para Montenegro, Penna e Brito (2010), apesar de algumas condições serem consideradas básicas, como, quantidade suficiente de material ou de espaço físico, são essenciais para o desempenho da assistência à saúde, visto que demonstram como os serviços de saúde estão configurados em relação ao modelo de atenção e como respondem às necessidades de saúde que os indivíduos possuem. Diante disso, Sousa, Erdmann e Mochel (2011) afirmam que a produção da saúde torna-se difícil quando existe, no cotidiano dos serviços de saúde, uma deficiência nos recursos.

Conforme Modes e Gaíva (2013), a atenção integral e resolutiva dispensada à criança pode ser prejudicada quando existe um déficit de materiais e equipamentos, podendo, portanto, interferir nas ações relacionadas ao cuidado, por exemplo, nas educativas e de prevenção de agravos.

Outro fator importante que contribui significativamente, de acordo com Silva *et al.* (2013), para a diminuição da qualidade dos serviços prestados é a falta de recursos humanos. Podemos observar nos discursos das participantes do estudo que o déficit, nos recursos humanos, prejudica a atenção integral e de qualidade:

*Também com relação ao profissional auxiliar de enfermagem que eu também tô com problema, porque às vezes a profissional, agora mesmo, tá afastada, a fundação não manda outra, eu fico cobrindo, cobrindo assim, porque eu tenho que fazer algumas atividades que seria ela que ia fazer. (Depoente 03)*

*[...] As dificuldades que a gente tem é recursos humanos, por exemplo, a equipe deveria ser maior, com psicopedagogo, com psicólogo, com fisioterapeuta na área (da UBS). (Depoente 05)*

*Então assim, deveria ter mais pessoas, até a porta de entrada, né, seria bem interessante pra tá dando um atendimento de mais qualidade e integral, né, ao usuário. (Depoente 12)*

Podemos constatar, analisando os discursos, que o déficit nos recursos humanos pode prejudicar no desenvolvimento de um cuidado integral, visto que as profissionais apontam a necessidade de outros profissionais para a melhoria da qualidade do cuidado integral e, também, porque a deficiência nos recursos humanos causa sobrecarga de trabalho em alguns profissionais.

Segundo Fernandes, Machado e Anschau (2009) a deficiência de recursos humanos pode acarretar na sobrecarga de atividades e estresse entre membros da equipe. Além disso, pode gerar descontentamento e desmotivação, e, conseqüentemente, influenciar negativamente na qualidade do cuidado prestado. Para Silva e colaboradores (2013) a integralidade depende tanto das condições de trabalho a que está submetido o trabalhador como da afinidade com o trabalho.

Segundo Bicudo *et al.* (2010), os municípios encontram dificuldades em relação à deficiência de recursos humanos e financeiros devido a descentralização das ações em saúde, além disso, apresentam problemas relacionados à ausência de capacitação do profissionais. Tal problema também foi identificado pelas participantes do estudo:

*Seria exatamente essa falta de maiores treinamentos para que a gente fique mais segura em tudo que faz, essa falta de apoio dos gestores da atenção, a própria assim, talvez ainda falte nas equipes uma educação que passe informações mais consistentes para a população. (Depoente 06)*

*Assim, treinamento que a gente não tem, você aprende no dia-a-dia. A gente sai da faculdade muito bruto, e a fundação não prepara pra atender especificamente saúde da criança. (Depoente 11)*

Fica evidente que a ausência de capacitações e treinamentos voltados à saúde da criança torna dificultoso o atendimento integral à criança na atenção básica. Nesta perspectiva verifica-se a relevância de capacitações dos profissionais com a finalidade de diminuir os empecilhos na assistência à saúde e, por conseguinte, consolidar uma atenção de qualidade.

Conforme Pinho, Siqueira e Pinho (2006), o aperfeiçoamento profissional deveria acontecer por meio de seminários, debates e da educação continuada nas unidades de saúde. Segundo Bicudo *et al.* (2010), a capacitação da equipe de saúde constitui uma forma de proporcionar uma melhor assistência à saúde da criança, oportunizando um impacto positivo nas ações de promoção à saúde. Neste sentido, este estudo ressalta que a educação permanente em saúde consiste em uma maneira de propiciar essa capacitação.

Assim, Oliveira *et al.* (2013) visualizaram, em seu estudo, a necessidade de capacitar os enfermeiros para o aperfeiçoamento do cuidado, visando contribuir com a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem voltada à promoção da saúde da criança. Neste sentido, Silva *et al.* (2013) afirmam que a educação permanente torna-se imprescindível, visto que auxiliam na reflexão dos profissionais em relação à atenção nos diversos níveis de atenção e levando em consideração a multidimensionalidade do ser visando um atendimento integral.

Analisando os discursos das enfermeiras constatou-se que existem obstáculos na articulação da atenção básica com a rede de atenção à saúde da criança, em que problemas relacionados à referência e contrarreferência são ressaltados pelas profissionais. No estudo realizado por Bicudo e colaboradores (2010) também foi verificada esta mesma dificuldade, proporcionando um distanciamento da resolutividade na atenção ao indivíduo.

*A criança, digamos que seja uma criança que necessite de uma intervenção cirúrgica, essa criança ela vai passar muito tempo buscando essa referência, há demora na resposta, né? (Depoente 04)*

*Profissional, a gente tem dificuldades, às vezes, com encaminhamento para especialistas, por exemplo, neuropediatra, né,*

*alguns casos assim de especialista a gente tem poucos na rede. (Depoente 08)*

*O problema, que eu acho dificultoso, é quando a gente tem necessidade, por exemplo, de você enviar uma criança pra uma unidade de referência, no hospital infantil, né [...]. (Depoente 13)*

Observa-se que existe uma desarticulação entre a atenção primária e os demais níveis de atenção à saúde, visto que há dificuldade no referenciamento para unidades especializadas e hospitais. Segundo Lima *et al.* (2012) a articulação da rede de saúde da família com os outros níveis encontra-se ineficaz pois, às vezes, não consegue-se encaminhar os pacientes para os serviços especializados e hospitais.

De acordo com Cursino e Fujimori (2012), a atenção básica tem problema em exercer o seu papel de porta de entrada para o SUS, visto que, muitas vezes, só consegue ser a porta de entrada para a unidade de saúde, demonstrando isolamento organizacional e físico em relação à rede de referência e, neste sentido, distancia a integralidade da assistência à criança. Destarte, torna-se um desafio garantir ações que oportunizem a articulação entre a atenção básica e os outros níveis de atenção, visando a integralidade da assistência.

De acordo com Lima *et al.* (2012), um empecilho para o cuidado integral é a deficiência na comunicação entre os serviços de saúde, visto que os encaminhamentos podem até acontecer, mas a contrarreferência parece não acontecer.

*Então, essa também a questão da referência e da contrarreferência, ela ainda é um ponto negativo pra criança. (Depoente 04)*

*A atenção especializada, principalmente, os especialistas, eles pecam nessa questão, de não fazerem direitinho a questão da contrarreferência, de uma ficha padrão que venha pra gente, né? (Depoente 14)*

Segundo Giovanella *et al.* (2009) entre os obstáculos que assolam as redes de atenção à saúde está a oferta insuficiente de atenção especializada. Diante disso, Sousa, Erdmann e Mochel (2011) afirmam que a inexistência da articulação

entre os diversos níveis de atenção constitui uma dificuldade no cuidado integral à criança na atenção básica.

Conforme Queiróz e Penna (2011) a referência e a contrarreferência proporcionam a coordenação dos cuidados prestados. Portanto, torna-se imperativo uma integração entre profissionais e serviços a fim de tornar a integralidade mais evidente na atenção à saúde. Nesta perspectiva, Andrade *et al.* (2013b) torna-se essencial pensar no apoio matricial como forma de melhorar a qualidade do sistema em relação à referência e à contrarreferência por meio de uma comunicação eficaz entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado, através do compartilhamento de responsabilidades.

Outro obstáculo encontrado pelas enfermeiras deste estudo para a realização do atendimento integral foi a questão cultural das mães/famílias, em que o cuidado à criança no domicílio ainda é envolvido por crenças e valores perpassados de geração para geração. Diante disso, Sousa e Erdmann (2012) ressaltam que a comunicação desenvolvida pelos profissionais no cuidado à criança deve observar a cultura e os valores da família, e, deve ainda, respeitar e considerar as diferenças.

*Essa questão do umbigo, ainda tem muita questão que ela diz “não, mas foi minha avó que pediu pra botar o fumo no umbigo, porque estava sangrando. (Depoente 04)*

*Eu pensei que era coisa de livro, mas eu tenho paciente que leva em rezador, sabe? E aí são coisas que a gente tem que observar, e tem que “leve no rezador, mas faça isso aqui também”, aí orienta, tem que ter a orientação. (Depoente 07)*

Evidenciou-se que o cuidado integral desenvolvido pelas participantes do estudo considera o aspecto cultural que envolve o cuidado à criança no domicílio. Segundo Ratti, Pereira e Centa (2005), conhecer a família e sua cultura, é fundamental para os profissionais da atenção básica, visto que só assim o cuidado atinge seus objetivos e proporciona qualidade de vida e cidadania.

Para Sousa e Erdmann (2012) valores, crenças, normas e práticas formadas por uma comunidade e que são perpassados de uma geração para outra constituem a cultura. Diante disso, esses autores ressaltam que aspectos relacionados às crenças desafiam as ações dos profissionais, e, que por isso, devem modificar suas

práticas no sentido de buscar novas formas de cuidar e de lidar com essa dimensão no cotidiano do cuidado em saúde da criança.

Outro ponto que dificulta o exercício do cuidado integral na atenção básica, na visão das entrevistadas, foi a não implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica. Conforme Bachion, Ramos e Antunes (2010), a SAE favorece a integralidade do cuidado, visto que propõe a indivisibilidade do indivíduo e contribui para a continuidade das ações.

*E a gente ainda não tem a SAE implantada na atenção básica, né, é um ponto negativo. (Depoente 08)*

*O que a gente tem deficiência ainda, que a gente já tentou ver se a gente implanta, a SAE aqui dentro, né, que é uma dificuldade. (Depoente 14)*

Observa-se que existe uma preocupação por parte das enfermeiras pelo fato de a Sistematização da Assistência de Enfermagem ainda não estar implantada na atenção básica. Tal realidade prejudica o desenvolvimento de uma atenção integral, pois, segundo Bachion, Ramos e Antunes (2010), através da SAE, o enfermeiro encontra condições para planejar a melhor assistência possível e oportunizar, desta forma, um cuidado integral, visto que identifica as reais necessidades do paciente.

Neste sentido, Varela e colaboradores (2012) afirmam que a SAE é relevante para o desenvolvimento do cuidado do enfermeiro no contexto da atenção básica, visto que tanto a SAE quanto a atenção básica propõem que o indivíduo seja entendido como sujeito e não como objeto. Deste modo, corroboram que é importante tentar desenvolver uma assistência que se conjugue aos princípios do SUS, procurando, nesta perspectiva, a articulação de ações que viabilizem um cuidado individualizado, pautado na cientificidade, o qual acontece por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

De acordo com um estudo realizado por Bezerra (2015), em Teresina-PI, os enfermeiros compreendem a Sistematização da Assistência de Enfermagem como um método para organizar e direcionar o cuidado, tornando-se um instrumento importante para o cuidado à criança. Entretanto, assim como neste estudo,

evidenciou-se que os enfermeiros apresentam limitações e dificuldades para a operacionalização da SAE no cuidado à criança na atenção básica.

### **4.3 Estratégias para o desenvolvimento da integralidade do cuidado à criança**

O cuidado na saúde da criança possui diversos princípios norteadores, dentre eles destacamos a assistência integral, a qual, de acordo com a Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, consiste na abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas que possibilite uma resposta satisfatória no cuidado (BRASIL, 2004). Ressalta a importância de integrar os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade.

Além disso, a agenda aponta linhas de cuidado para a promoção da atenção integral à saúde da criança e a redução da mortalidade infantil. Segundo Brasil (2004) pensou-se nas linhas de cuidado como estratégia de organização da assistência à saúde, visando melhorar a articulação entre os níveis de atenção à saúde, reduzindo o distanciamento entre a atenção básica e a hospitalar, e, deste modo, garantir a continuidade do cuidado integral, proporcionando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. As linhas de cuidado são:

- 1) Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada;
- 2) Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido;
- 3) Triagem neonatal: teste do pezinho;
- 4) Incentivo ao aleitamento materno;
- 5) Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- 6) Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil;
- 7) Combate à desnutrição e anemias carenciais;
- 8) Imunização;
- 9) Atenção às doenças prevalentes;
- 10) Atenção à saúde bucal;
- 11) Atenção à saúde mental;

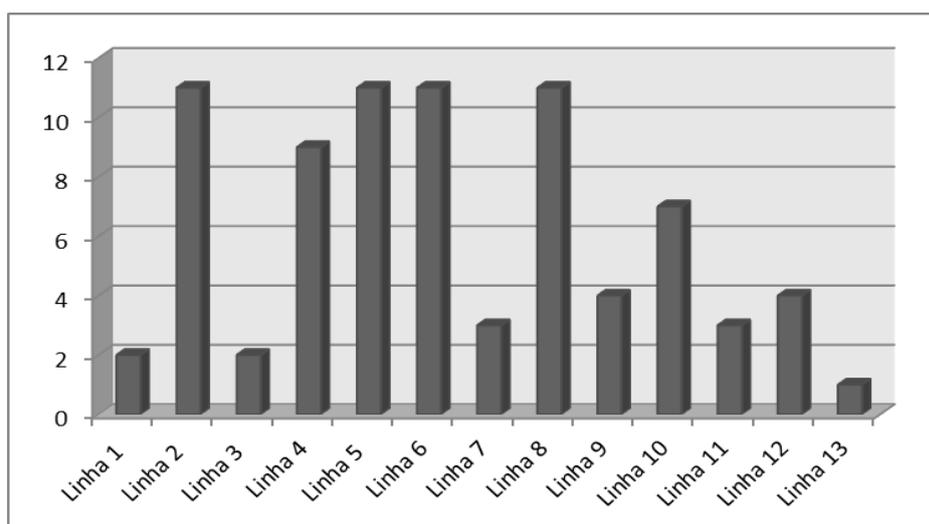
12) Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil;

13) Atenção à criança portadora de deficiência.

Ao analisar as entrevistas das enfermeiras participantes do estudo pode-se compreender que elas baseiam o cuidado integral prestado às crianças, principalmente, nestas linhas de cuidado. Entretanto, é importante ressaltar que, apesar de embasarem seu cuidado nesta proposta, nem todas as enfermeiras contemplaram em seus discursos todas as linhas de cuidado. Observou-se que algumas tiveram maior representatividade como estratégias para o desenvolvimento da integralidade do cuidado à criança na atenção básica, dentro do contexto analisado, que foram as voltadas à atenção à gestante e ao recém-nascido; ao aleitamento materno; ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; alimentação saudável; imunização; atenção à saúde bucal.

Diante disso, os resultados desta categoria serão apresentados levando em consideração todas as linhas de cuidado, mas dando destaque às que tiveram maior frequência nos depoimentos das participantes.

**Figura 2.** Quantitativo das linhas de cuidado relatadas pelas enfermeiras em seus discursos, Teresina, 2015



De acordo com Erdmann e Sousa (2009), a atenção à saúde da criança é organizada em três eixos principais que compreendem ações de anticoncepção e concepção, atenção ao parto e puerpério, cuidados com o recém-nascido (RN),

acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, triagem neonatal, aleitamento materno, doenças prevalentes na infância e atividades de saúde coletiva em instituições de educação infantil.

Compreende-se, deste modo, que a atenção à saúde da criança inicia-se a partir da atenção à saúde da mulher de forma humanizada e qualificada. Neste sentido, analisando os discursos das participantes da pesquisa, observou-se que são realizadas ações relacionadas à anticoncepção e a concepção, eixo proposto por Erdmann e Sousa (2009), o qual corresponde a uma linha de cuidado proposta por Brasil (2004), que possuem relação à atenção integral à saúde infantil.

*[...] A gente já vê também a questão do lado da mãe, que já é a visão do planejamento familiar. E nessa questão aí, a gente já pede a uma boa parte, “e aí, cadê o pai?”, né? Seria importante que ele estivesse aqui, já pra gente falar, pra que vocês possam planejar como é que vocês vão pensar em um novo filho, né? (Depoente 04)*

*Então sempre eu peço o prontuário da criança e da mãe, quando é criança menor de um ano, e aí por que eu peço o da mãe? Pra ver como está. Se elas são crianças menores de seis meses a gente vai ver como é que tá, às vezes até tá com um mês a primeira consulta, que ela vem na unidade, como é que tá a questão do retorno às atividades sexuais, o planejamento familiar. (Depoente 06)*

Os trechos relatados pelas enfermeiras deste estudo revelam que existe uma preocupação com a saúde da mulher relacionada à saúde sexual e reprodutiva. Pode-se perceber, ainda, que consideram necessário o envolvimento tanto da mulher quanto do homem para que essa atenção à saúde reprodutiva aconteça, ou seja, consideram necessário que o casal tome conhecimento sobre os métodos contraceptivos para que escolham o mais apropriado à sua realidade.

Neste sentido, Shimizu e Lima (2009) ressaltam a importância de sensibilizar o casal para a elaboração de um projeto de vida sexual, sendo responsável por decidir acerca do método contraceptivo que será utilizado e como os filhos serão concebidos.

Outro ponto destacado pela agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil foi a assistência ao pré-natal, parto e puerpério, e ao recém-nascido. Segundo Brasil (2004) a reorganização do sistema depende da melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção à gestante

e ao recém-nascido, em que seja imperativo integrar os níveis de atenção, configurando, desta forma, uma rede de atenção articulada que responda às necessidades da gestante e do recém-nascido.

Barbosa, Gomes e Dias (2011) destacam que os enfermeiros devem ser sensibilizados quanto à humanização da assistência e compreender a importância de humanizar e qualificar a atenção à gestante, visando, neste sentido, uma ampliação na adesão ao pré-natal, possibilitando, conseqüentemente, uma melhoria na qualidade da atenção prestada, o que influenciará diretamente na melhoria da saúde materno-infantil.

Com base nisso, observa-se que as enfermeiras deste estudo tentam humanizar e qualificar a atenção à gestante, com o intuito de proporcionar uma atenção integral, visto que procuram desenvolver um cuidado precoce das gestantes e o suprimento de suas necessidades. Além disso, verifica-se que consideram importante desenvolver orientações acerca dos cuidados com o período gravídico-puerperal.

Segundo Guerreiro e colaboradores (2012), uma atenção pré-natal qualificada e humanizada acontece através de condutas acolhedoras e que não faz uso de intervenções desnecessárias. Além disso, destacam que o acolhimento, desde a entrada até a saída da unidade básica de saúde, o fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade são fundamentais para um pré-natal satisfatório.

*Todas as gestantes da minha área, a não ser que o agente não me diga, mas a gente tenta captar o mais rápido essa gestante, se ela chega aqui, uma gestante, mesmo que seja em um dia de quarta-feira, que não seja atendimento, eu já procuro dar início os exames dela, eu já procuro atender, eu não deixo pra depois, eu procuro orientar essa gestante desde o início. (Depoente 03)*

Observa-se que as participantes do estudo abordam a importância do início precoce da assistência pré-natal, o que requer uma organização do processo de trabalho com a finalidade de realizar a confirmação da gravidez, os exames de pré-natal e ações de promoção e prevenção da saúde o mais rápido possível, visando uma melhoria na assistência à saúde materno-infantil e, portanto, nos indicadores de saúde.

Para Guerreiro *et al.* (2012), uma atenção pré-natal de qualidade é aquela que inicia precocemente, e acontece de maneira periódica, completa e que possui uma ampla cobertura. Destacam que o início do acompanhamento, no primeiro trimestre, possibilita o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, e, ainda, diagnósticos precoces. Além disso, o acompanhamento precoce favorece a identificação de situações de alto risco, possibilitando um melhor planejamento do cuidado.

Através dos trechos analisados foi possível compreender que o cuidado integral à criança, ofertado pelas entrevistadas, tem início no pré-natal. Neste sentido, Ximenes Neto *et al.* (2008) ressaltam que as ações de saúde desenvolvidas durante o pré-natal buscam tanto prevenir, identificar e/ou solucionar intercorrências materno-fetais, como orientar a gestante em relação à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

*Desde o pré-natal, porque a gente já vai orientar a mãe como cuidar da criança, como, o quê que a criança na hora que nasce, como é que ela vai se apresentar, tem que dar na primeira hora o aleitamento materno, tem que botar pra mamar, tem que orientar a mãe desde o início os cuidados com o umbigo, com a questão porque dessa amamentação, né? Com a questão da higiene, então pelo pré-natal a gente já começa essa orientação. (Depoente 03)*

*Eu entendo assim que esse cuidado integral à criança, né, começa até mesmo no pré-natal. [...] Então isso aí pra mim, já começa daí, no pré-natal, porque aqui a gente faz o pré-natal e já inicia depois a puericultura. (Depoente 10)*

Por meio da análise dos discursos, observa-se que as enfermeiras que acompanham a gestante já desenvolvem ações de caráter preventivo com vistas à saúde da criança, orientando a mulher quanto aos cuidados com o bebê, ou seja, percebe-se que a consulta de pré-natal consiste em um momento de aquisição ou troca de conhecimentos, em que a enfermeira busca orientar a gestante quanto aos cuidados com o recém-nascido.

Este achado corrobora com o de um estudo realizado em Teresina-PI, por Rocha (2005), em que o cuidar da criança é entendido como cuidar, primeiramente, da mãe, pois, segundo o estudo, os enfermeiros entendem que poderão proporcionar um melhor cuidado à criança no domicílio se as mães estiverem bem

capacitadas, ou seja, se tiverem recebido e fizerem uso das orientações realizadas durante as consultas de enfermagem.

Nesta perspectiva, Shimizu e Lima (2009) destacam que a consulta de enfermagem no pré-natal proporciona um espaço importante que auxilia a gestante no desenvolvimento de conhecimentos necessários para a realização dos cuidados com o recém-nascido, contribuindo, sobretudo para a diminuição das dúvidas, medos e mitos que, normalmente, encontram-se refugiados nas mães.

Portanto, considera-se fundamental que o enfermeiro desenvolva atividades que proporcionem o desenvolvimento de conhecimentos das gestantes e mães, através das orientações, buscando ampliar a autonomia da mãe e torná-la corresponsável pelo cuidado infantil, e, por conseguinte, melhorar esse cuidado no contexto domiciliar.

Outro ponto, destacado pelas participantes deste estudo, para promover a atenção integral à saúde do recém-nascido foi a visita puerperal. De acordo com Rodrigues *et al.* (2011), a visita puerperal ao RN possui a finalidade de observá-lo e avaliá-lo, e, além disso, orientar a mãe sobre os cuidados essenciais com o bebê nos primórdios de sua vida.

*A mãe quando tá próximo de ganhar o bebê a gente já orienta “olha, se você puder ir, no posto, pelo menos na primeira semana, pra gente tá avaliando o RN, pra dar as orientações, né, dos primeiros cuidados, venha”, se não a gente vai na casa pra fazer a consulta do puerpério, tá certo? (Depoente 11)*

*[...] A gente faz a visita do puerpério e durante essa visita a gente já começa o cuidado integral à criança, quando a gente pede o cartão de vacina, que a gente olha a caderneta da criança e a gente vê o peso, vê se nasceu normopeso, se nasceu de baixo peso, vê essa questão da altura, do índice de Apgar, vê também a questão do perímetro cefálico, crescimento e desenvolvimento da criança, questão de vacinas, questão do cuidado com o coto umbilical, aleitamento materno, higiene da criança [...]. (Depoente 14)*

Pode-se observar que o cuidado prestado ao RN, pelas profissionais entrevistadas, encontra-se relacionado, principalmente, às orientações sobre os cuidados com o RN que são dispensadas à mãe. Verifica-se com os discursos que a primeira semana de saúde integral é desenvolvida pelas enfermeiras com o objetivo

de promover uma melhor atenção ao recém-nascido, à mãe e à família, visando reduzir a morbimortalidade materno-infantil.

A visita puerperal deve ser realizada no primeiro momento da assistência à criança, constituindo o trinômio "mãe-filho-família", quando são observados e abordados fatores relacionados à puérpera, ao bebê e à família (MELLO; ANDRADE, 2006).

Por isso, considera-se importante que o enfermeiro realize a visita domiciliar puerperal, pois ela possibilita o reconhecimento das reais condições de vida e saúde em que se encontram o RN, a puérpera e sua família. Além disso, é possível observar os hábitos e costumes, ou seja, os aspectos culturais que envolvem o cuidado à criança no domicílio.

Destaca-se, portanto, que as enfermeiras deste estudo desenvolvem seu cuidado no puerpério de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, visto que possuem uma preocupação em desenvolver a visita puerperal no prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde e desempenham atividades relativas à saúde da mulher e do recém-nascido. Além disso, orientam e apoiam a mãe e a família com relação ao aleitamento materno exclusivo e os cuidados básicos com o RN.

Com relação aos cuidados com o RN dispensado na visita domiciliar de puerpério, pode-se observar que as participantes do estudo referem abordar acerca da triagem neonatal, também considerada como uma linha de cuidado para a atenção integral à saúde da criança, pelo Ministério da Saúde.

Segundo Brasil (2002), a Triagem Neonatal, Teste do Pezinho, foi incorporada ao SUS no ano de 1992, com uma legislação que determinava a obrigatoriedade do teste em todos os recém-nascidos vivos e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito. No ano de 2001, o Ministério da Saúde, reavaliou a Triagem Neonatal no SUS e criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), o qual tinha como principais objetivos: a ampliação da gama de patologias triadas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística), busca da cobertura de 100% dos nascidos vivos e uma abordagem mais ampla com o intuito de que o processo de Triagem Neonatal envolva várias etapas como: a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o

acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes. Diante disso, ressalta que o PNTN possui mecanismos para prevenir e reduzir a morbimortalidade infantil provocada pelas patologias triadas.

Verifica-se, através dos discursos das enfermeiras, uma preocupação com a realização dos testes que envolvem a triagem neonatal, visto que esses testes oportunizam o diagnóstico e tratamento precoce.

*Então, tudo, se as vacinas foram feitas, se os testes foram feitos, o teste do pezinho, da orelhinha, do coraçãozinho, (risos), de todos os testes que existem a gente procura saber se foi feito, se não foi, a gente solicita. (Depoente 03)*

*[...] Se fez o teste do pezinho, teste da orelhinha, do coraçãozinho, que hoje tem todos esses testes, não é? (Depoente 14)*

Observa-se que, no desenvolvimento do cuidado prestado ao recém-nascido, pautado na atenção integral ao ser, as enfermeiras investigam se os testes de triagem neonatal foram realizados. Assim, Ribeiro, Silva e Puccini (2010) ressaltam que a triagem neonatal é importante para investigar e detectar alterações que acarretam prejuízos no desenvolvimento da criança. Neste sentido, é necessária a busca de erros inatos do metabolismo, a inclusão rotineira da triagem auditiva e da identificação do reflexo vermelho nas maternidades, pois, além de existir a possibilidade de falhas nesses exames, existe a de doenças adquiridas e de alterações em outras funções do desenvolvimento.

De acordo com Carvalho *et al.* (2013) o profissional de enfermagem possui papel importante na triagem neonatal, visto que são responsáveis pela orientação, acompanhamento e supervisão dos exames neonatais, por isso percebe-se a necessidade da participação direta desse profissional com o binômio mãe-filho.

Segundo Sales e colaboradores (2015), a triagem neonatal tem como principal objetivo realizar o teste em tempo hábil, com a finalidade de iniciar o tratamento precocemente e, portanto, prevenir a deficiência mental e outras sequelas. Nesta perspectiva, destacam que o atraso em qualquer etapa do processo, seja coleta, recepção, cadastro, teste, resultado, entre outras, poderá ocasionar prejuízos irreversíveis para a saúde da criança acometida pela doença e sua família.

Seguindo as linhas de cuidado, propostas pelo Ministério da Saúde, em 2004, a que trata do incentivo ao aleitamento materno ganhou destaque nos discursos das participantes do estudo. As ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno têm se mostrado importantes para a melhoria da saúde da criança, visto que o leite humano é considerado ideal na alimentação do bebê, propiciando um crescimento e desenvolvimento saudável. Com o intuito de proporcionar uma boa qualidade de vida às crianças, as enfermeiras referem incentivar e orientar quanto à importância e benefícios do aleitamento materno exclusivo.

*[...] Nos seis primeiros meses a gente já incentiva 100% o aleitamento materno [...]. (Depoente 05)*

*[...] Dou muita ênfase nessa questão do aleitamento materno exclusivo sendo prioritário. [...] E se for menor de seis meses, como eu falei, a gente orienta o aleitamento materno exclusivo, não dê água, não dê nada, porque o melhor alimento que previne até a questão de doenças é o seu leite. (Depoente 13)*

Destaca-se que o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é orientado e estimulado pelas enfermeiras desde o pré-natal. Podemos constatar, através das entrevistas, que as enfermeiras possuem como foco na atenção à saúde da criança com até seis meses de idade, o aleitamento materno exclusivo.

De acordo com Frota e colaboradores (2009), a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e, posteriormente, as crianças devem começar a receber alimentação complementar adequada, mas manter o leite materno até os dois anos. Segundo Pereira *et al.* (2010), apesar dos esforços, a prevalência do aleitamento materno exclusivo em nosso país ainda é baixa. Nesta perspectiva, torna-se essencial o desenvolvimento de novas abordagens, valorizando não só ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mas deve-se considerar o contexto de processo de trabalho em que elas acontecem.

O aleitamento materno promove a saúde dos dentes e o correto crescimento dos ossos da face, prevenindo problemas ortodônticos e da fala (BRASIL, 2004). Neste sentido, as enfermeiras desta pesquisa entendem que a saúde bucal

encontra-se entre os eixos de atenção que merecem ser desenvolvidos para que o cuidado integral seja atingido.

*A criança vem e há necessidade da intervenção odontológica, a gente já faz também esse encaminhamento (para o dentista). (Depoente 04)*

*[...] A questão da higiene oral, da dentição, tudo isso a gente também, a gente observa e, sendo necessário, a gente encaminha para o dentista. (Depoente 08)*

*Toda consulta, eu ou ela (a médica) avalia a situação da higiene oral, tá precária, já encaminha direto pra dentista, a gente já tem uma marcação direto [...]. (Depoente 11)*

Constata-se que, ao perceber uma higiene precária e problemas relacionados à saúde bucal, as enfermeiras encaminham as crianças ao dentista. Entretanto, considera-se importante que o enfermeiro haja nesses casos, fazendo uso da educação em saúde para atingir resultados satisfatórios. Assim, Brasil (2006), ressalta que as ações de cuidado no primeiro ano de vida devem ser realizadas no contexto do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde como um todo, de forma a evitar a criação de programas de saúde bucal específicos para este grupo etário, para evitar que ocorram de forma vertical e isolada da área médico-enfermagem.

Neste sentido, Brasil (2004) ressalta que deve-se tentar conhecer, através de trabalhos em grupos, consultas, visitas e observação, qual a importância atribuída pela gestante à sua saúde bucal e quais os seus hábitos de vida, principalmente alimentares e de higiene, visto que a saúde bucal da criança começa com o cuidado à saúde da mulher. Diante disso, destaca-se que o trabalho de prevenção deve estar direcionado à gestante, aos pais e às pessoas que cuidam da criança (BRASIL, 2006).

Na gestação, são importantes os cuidados com a alimentação, ingestão de medicamentos, consumo de álcool, fumo e drogas e sua relação com o desenvolvimento dos dentes/boca da criança, inclusive riscos de ingestão excessiva de medicamentos com flúor (BRASIL, 2004), pois, de acordo com Prestes e colaboradores (2013), o estado da saúde bucal durante a gestação tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê.

Após o nascimento, é necessário destacar aspectos como a importância do aleitamento e dos hábitos alimentares que serão adquiridos pela criança. A introdução de alimentos, após a fase de aleitamento materno exclusivo, deve ser feita de maneira criteriosa. Destaca-se, portanto, que a higiene e a alimentação são fatores importantes para a promoção da saúde bucal (BRASIL, 2004).

As enfermeiras demonstram preocupar-se com a alimentação das crianças, orientando o consumo de alimentos saudáveis. Para Brasil (2004), uma alimentação saudável inicia-se com o aleitamento materno. Entretanto, além de incentivar e apoiar o aleitamento materno, os profissionais devem se preparar para orientar quanto ao início do desmame, ou seja, quanto à transição do aleitamento para a introdução de novos alimentos.

*Dou as orientações à mãe, sobre os cuidados com a criança, a alimentação saudável, que é importante que tenha também.*  
(Depoente 02)

*No caso de criança nós já fizemos atendimento com a nutricionista, pra ela tá fazendo essa avaliação, né, tá dando palestras, falando com a mãe, orientando as necessidades dos alimentos saudáveis [...].* (Depoente 08)

As participantes do estudo compreendem que a alimentação saudável deve ser trabalhada com as mães, através de orientações, seja pelo enfermeiro ou outro profissional de saúde. Diante disso, Brasil (2004) destaca que a avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis devem fazer parte de todo o atendimento da criança, no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e nas intercorrências.

Segundo Frota e colaboradores (2007), o estado nutricional de uma criança é excelente indicador de sua saúde global e, conseqüentemente, qualidade de vida, portanto, monitorar o crescimento e ganho ponderal permite avaliar se a criança está desenvolvendo plenamente seu potencial. A carência alimentar e a subnutrição na infância concentram a atenção dos especialistas na América Latina por mais de meio século. Uma das atribuições do profissional de saúde, no atendimento de uma criança, consiste em identificar a deficiência nutricional, se foi determinada pela falta

de acesso a uma alimentação adequada ou se secundária a uma infecção, erro metabólico, alimentar ou se pode estar relacionada com outras causas.

Neste sentido, Moura e colaboradores (2015) destacam a importância do enfermeiro no reconhecimento e compreensão dos fatores que facilitam e dificultam as práticas de cuidado à criança e, destacam o cuidado de enfermagem como relevante para a promoção da saúde da criança, com o intuito de potencializar a qualidade de vida e reduzir os agravos nutricionais nas crianças.

De acordo com Brasil (2005), a anemia ferropriva é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, que se encontra em expansão em todos os segmentos sociais, em que crianças menores de dois anos e gestantes são as mais atingidas. Esta deficiência acontece devido à insuficiência de ferro na dieta, e, como resultado dessa deficiência prolongada ocorre a anemia, um dos fatores que possui grande relevância em relação ao baixo peso ao nascer, à mortalidade materna e ao déficit cognitivo em crianças.

Com a perspectiva de reduzir as consequências desfavoráveis para a saúde materno-infantil o Ministério da Saúde criou, em 2005, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, o qual, juntamente com a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional, constituem o conjunto de estratégias voltadas para controle e redução da anemia por deficiência de ferro no Brasil.

Com este propósito, observamos que as depoentes deste estudo preocupam-se com as questões relacionadas ao combate à desnutrição e anemias carenciais, previstas pela agenda de compromissos para a saúde integral da criança, visto que demonstraram em seus relatos que já realizaram ou realizam a suplementação alimentar através da multimistura e a do ferro.

*[...] Nós trabalhamos até com a multimistura, né, numa época, pra melhor. Aí hoje a gente já não tem mais quase nada de criança de baixo peso. (Depoente 01)*

*[...] Depois ela já entra no programa do ferro [...]. (Depoente 05)*

*Fazemos a suplementação do ferro, do programa saúde do ferro, né. (Depoente 06)*

Conforme Brasil (2005) e Motta, Domingues e Colpo (2010), para que o programa tenha um impacto positivo na saúde materno-infantil, deve acontecer uma sensibilização das famílias com relação à importância da suplementação, bem como sobre a utilização do produto (dosagem, periodicidade, tempo de duração e conservação), garantindo a continuidade na utilização e, conseqüentemente, a diminuição do risco da deficiência de ferro e de anemia. Além disso, ressaltam a importância das ações educativas no intuito de promover uma alimentação saudável, a qual inicia com a manutenção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e do aleitamento complementar até os dois anos.

Neste sentido, Motta, Domingues e Colpo (2010) afirmam que este programa possui como finalidade sensibilizar e capacitar os profissionais que atuam no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, proporcionando a utilização correta dos suplementos e, ainda, incentivando o desenvolvimento de ações educativas que busquem promover uma alimentação saudável.

Sabe-se que na infância muitas potencialidades humanas se desenvolvem, por isso, problemas que ocorrem nesta fase podem provocar graves conseqüências para os indivíduos. Neste sentido, para que o crescimento e desenvolvimento infantil ocorram de forma saudável torna-se necessário que cuidados específicos sejam dispensados à criança, os quais devem ser capazes de promover seu bem estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor (VIEIRA *et al.*, 2012).

Segundo Brasil (2004) o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento compõe a avaliação integral à saúde da criança, vai desde o registro no Cartão da Criança, da avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação).

Neste ponto de vista, verificamos que as enfermeiras deste estudo realizam o cuidado à criança, relacionado ao crescimento e desenvolvimento, pautado na agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, conforme trechos a seguir:

*Então eu vejo toda a questão do crescimento e do desenvolvimento, né, do perímetro cefálico, torácico, a estatura, o peso, né? Dou as orientações à mãe sobre os cuidados com a criança, a alimentação saudável, que é importante que tenha também. Então tudo, engloba todo o cuidado, desde o bebê, a amamentação, até o crescimento e desenvolvimento pra ter uma saúde boa. (Depoente 02)*

*Eu considero que atender a criança com integralidade seria ver o crescimento, como é que essa criança tá realmente se desenvolvendo, como é que tá o seu peso, como é que tá a sua altura, se tá de acordo com sua idade. (Depoente 06)*

*[...] A gente pega o cartão da criança e faz as medidas, né, antropométricas, aí coloca peso, altura, perímetro cefálico, abdominal, tá certo, e torácico, tá bom? E a gente avalia no gráfico e tá orientando sobre “oh, tá fora do peso, tá abaixo do peso, tá acima”, então a gente faz essas orientações. Vê a questão da vacina, que é importante [...]. (Depoente 12)*

Percebe-se que as enfermeiras atuam através da vigilância do crescimento e desenvolvimento, procurando observar se a criança está dentro dos padrões por meio da verificação das medidas antropométricas. Além disso, com a finalidade de promover o crescimento e desenvolvimento abordam aspectos relacionados à amamentação, à higiene, à vacinação, aos cuidados com o bebê, por meio de ações de promoção e prevenção da saúde infantil.

As participantes compreendem que a verificação e avaliação das medidas antropométricas, na consulta de enfermagem, demonstram eficazmente a situação de saúde da criança, visto que proporcionam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Corroborando com a ideia exposta neste estudo, Oliveira e Cadette (2009) afirmam que durante a consulta de enfermagem o enfermeiro utiliza o gráfico, observa o desenvolvimento, o ganho ponderal e o de estatura, faz levantamentos do estado de saúde da criança a fim de mensurar se o crescimento encontra-se adequado.

*Às vezes, a gente tem cartão, de caderneta da criança, que vem de outros lugares, então ela tá lá branquinha, não é usado e a gente precisar usar os gráficos, precisa orientar a mãe o que é aquele gráfico, precisa dizer pra ela que, ela mesma, pode estimular a criança, precisa mostrar pra ela o que é que tem na caderneta que às vezes a mãe pega e não dá valor, não olha, não lê, e aí a gente diz “olhe, isso aqui só tem informação, se você tiver alguma dúvida, você*

*pode consultar isso aqui, você mesmo pode estimular as crianças de acordo com esses marcos”, eu sempre faço isso. (Depoente 07)*

Para Monteiro e colaboradores (2011) e Gaíva, Dias e Siqueira (2012) o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é considerado como eixo norteador da atenção integral à criança. Trata-se de um processo simples, que apresenta baixo custo e possui grande eficácia, o qual envolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde da criança, proporcionando um crescimento e desenvolvimento efetivo e a redução da mortalidade infantil (GAÍVA; DIAS; SIQUEIRA, 2012).

Conforme Abud e Gaíva (2015), o acompanhamento de dados antropométricos, através de curvas de crescimento uniformizadas, constitui teste de triagem na promoção da saúde, pois, por meio da análise das curvas individuais, principalmente a do peso, consistem em indicadores sensíveis do estado de saúde da criança.

Destarte, o enfermeiro deve compreender a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, visto que essa vigilância auxilia na detecção precoce dos problemas que afetam as crianças, como a desnutrição, a obesidade, déficits no peso, na estatura e no desenvolvimento neuropsicomotor, a fim de oportunizar uma intervenção mais adequada e eficaz, quando necessária.

Considerando a avaliação do crescimento e desenvolvimento como indicadores sensíveis do estado de saúde infantil, as enfermeiras deste estudo realizam busca ativa das faltosas com o intuito de melhorar o cuidado integral prestado à criança na atenção básica. Neste sentido, Brasil (2004) afirma que a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando as crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

*A gente tá buscando, quando vê que essa criança não veio pro acompanhamento, né, o agente de saúde tá indo atrás, trazer pra gente tá conversando com a mãe, e ver como é que tá todo, a questão da alimentação, de vacina, né, realmente de todos os*

*cuidados gerais da criança a gente tá procurando ficar bem de perto mesmo, mais de perto. (Depoente 01)*

*Quando não tem a demanda espontânea, a gente faz a busca ativa, a gente tenta acompanhar individualmente cada criança, tá? (Depoente 05)*

A busca ativa para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, desenvolvida pelas enfermeiras, tem um enfoque voltado para ações de promoção e prevenção da saúde, como a vacinação. Neste sentido, para Brasil (2004) a continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil nos serviços de saúde possibilita o aumento da cobertura de vacinação. Deste modo, Figueiredo *et al.* (2011), afirmam que a integração da vacinação com o cuidado da criança, no processo de crescimento e desenvolvimento, oportuniza o aumento da cobertura vacinal, pois contribui para ampliar o entendimento das famílias sobre essa ação.

Neste sentido, Abud e Gaíva (2014), consideram a vacinação como um grande avanço na saúde pública nos últimos anos, visto que é um procedimento barato e efetivo que previne doenças e reduz diretamente a mortalidade infantil. Nos relatos abaixo podemos observar que, as participantes do estudo, entendem a importância da vacinação para a saúde da criança, e, por isso, buscam sempre avaliar e orientar questões relacionadas à imunização durante a assistência prestada.

*Sempre pego o cartão da criança de vacinação, sempre oriento quais são as vacinas que tão faltando. (Depoente 03)*

*A gente recebe a mãe com a criança, a gente pede o cartão da criança, a gente avalia a questão das vacinas, vê se as vacinas não tão atrasadas, que possa ser encaminhada à sala de vacina ou outro serviço aqui dentro da unidade. (Depoente 08)*

*A gente orienta que não pode deixar de vacinar porque as vacinas são pra precaver doenças, então, pra criança adquirir resistência. (Depoente 13)*

Observa-se que as enfermeiras preocupam-se com a vacinação das crianças, porque compreendem que esta ação influencia diretamente na melhoria da saúde das crianças, visto que minimizam as doenças imunopreveníveis. Por isso, entende-

se que ações de busca ativa do estado vacinal das crianças e orientações às famílias e comunidades sejam importantes para o aumento da vacinação infantil, e, conseqüentemente, a redução da morbimortalidade por doenças que podem ser evitáveis por imunobiológicos.

Diante disso, percebe-se que as enfermeiras deste estudo corroboram, neste sentido, com Figueiredo *et al.* (2011), os quais consideram a imunização como um cuidado protetor para a saúde infantil. Esses autores ressaltam ainda que a vacinação deve ser articulada com a família, serviço de saúde e comunidade, visto que o envolvimento e responsabilização de todos auxiliam na minimização das perdas relacionadas à imunização das crianças.

Portanto, verifica-se a necessidade da criação do vínculo entre profissionais e cuidadores a fim de compreender os tabus relacionados à vacinação para que, diante disso, atuem em atividades que oportunizem o esclarecimento de suas dúvidas e preocupações acerca dessa ação de saúde. Neste sentido, Grant *et al.* (2011) afirmam que os determinantes de cobertura vacinal são modificáveis através de cuidados primários, no entanto, é necessário que exista uma relação entre o profissional de saúde e os cuidadores da criança.

Para Abud e Gaíva (2014), a imunização é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, sendo considerada uma ação de extrema relevância para a atenção integral à saúde da criança, a qual faz parte do cotidiano das ações da atenção básica. Nesta perspectiva, é importante ressaltar que o enfermeiro possui papel fundamental na assistência à saúde da criança na atenção básica, como organizador dos serviços e pelo contato direto com a criança e sua família, e, ainda, como supervisor da equipe de enfermagem, a qual possui a responsabilidade de controlar, conservar e administrar os imunobiológicos.

Conforme Cavalcante e colaboradores (2015) durante os primeiros anos de vida as crianças possuem uma imaturidade imunológica, e, por isso, seu sistema imunológico encontra-se fragilizado. Diante disso, segundo o estudo de Cavalcante *et al.*(2015), a Organização Mundial de Saúde considera a imunização como uma das medidas básicas relacionadas à melhoria das condições da saúde da criança, pois atua diretamente na redução da morbimortalidade infantil.

Além da vacinação, outras medidas podem ser adotadas no combate a essas doenças prevalentes na infância, como o aleitamento materno. Através dos trechos, pode-se constatar que as depoentes agregam a redução da morbidade, por doenças comuns na infância, ao aleitamento materno efetivo que só pode ser proporcionado através do cuidado integral de qualidade que é desenvolvido na atenção básica.

*É a criança, que quando não amamentada, a gente sabe que vai desenvolver vários tipos de infecção, diarreia e tudo [...]. (Depoente 04)*

*A gente diminuiu muito isso aí, diarreia, diminuiu IRA, infecção respiratória aguda, porque criança que amamenta até os seis meses ela tem, ela vai ter menos diarreia, ela vai ter menos infecção respiratória aguda, então a gente consegue mantendo essa integralidade [...]. (Depoente 11)*

Verifica-se com os discursos que as enfermeiras destacam a integralidade como um ponto importante para a melhoria da saúde da criança, visto que promove um cuidado individualizado, a partir das necessidades de cada ser, o qual proporciona a redução de doenças comuns na infância, como a infecção respiratória aguda, a diarreia, dentre outras.

Neste sentido, de acordo com Paranhos, Pina e Mello (2011), a estratégia atenção integrada às doenças prevalentes na infância foi elaborada com os seguintes objetivos: redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também, distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde quanto nos domicílios e na comunidade; o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância. Neste estudo, as enfermeiras referiram-se apenas às parasitoses intestinais, conforme trechos a seguir:

*Faço as orientações, e se, às vezes, se a criança tem alguma característica de verminose, a gente já passa o parasitário, né, intestinais. (Depoente 06)*

*[...] Como eu disse, da cabeça aos pés, observando todos os detalhes, [...] às vezes a criança está com verminose [...]. (Depoente 13)*

Constata-se que as participantes buscam investigar as parasitoses e realizar o tratamento medicamentoso. Entretanto, torna-se importante desenvolver atividades de educação em saúde, sensibilizar os pais com o cuidado dos filhos.

Segundo Paranhos, Pina e Mello (2011), a assistência pode ter impacto reduzido se não levar em consideração os pais/cuidadores, visto que exercem papel fundamental na recuperação, manutenção e proteção da saúde da criança no domicílio. De acordo com Monteiro *et al.* (2011), favorecer a participação dos cuidadores nessas ações favorece o cuidado da criança e ações de promoção da saúde.

Com relação à linha de cuidado que envolve a saúde mental, visualizou-se nas entrevistas que as enfermeiras demonstram cuidado com a questão psicológica da criança.

*É ver essa criança [...] não só a parte física, mas a parte psicológica, porque a gente atende não só aquele bebezinho, a gente atende até sete anos. (Depoente 08)*

*Aí eu procuro avaliar, principalmente, primeiro eu avalio o crescimento e desenvolvimento, aí avalio o psicológico, avalio o biológico [...]. (Depoente 11)*

Observa-se que as participantes entendem que promover a integralidade do cuidado é levar em consideração tanto o biológico como o psicológico, ou seja, as profissionais consideram que é importante não reduzir o paciente apenas ao físico.

Algumas participantes referiram, em seus discursos, voltar sua atenção à outra linha de cuidado, a qual está relacionada à prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil. Dentre os pontos mais destacados, a observação e a investigação de violência no contexto familiar foram bastante evidenciadas pelas enfermeiras, entretanto, ressalta-se que a prevenção de acidentes foi relatada apenas por uma e que o trabalho infantil não foi referido por nenhuma delas. Através dos relatos observa-se que as enfermeiras demonstram uma grande preocupação com a violência infantil.

*Então, a gente tem que ter cuidado com a violência, a violência sexual, a violência doméstica, a gente sabe que tem muitos pais que espancam as crianças. Então a gente também fala em relação a isso, porque às vezes a criança chega com a queixa fisiológica no consultório, e você vai conversando e conversando, encontra outras coisas, né? Às vezes até um abuso, a questão mesmo da violência física, tá? (Depoente 08)*

*Como eu disse, da cabeça aos pés, observando todos os detalhes, se há indícios de algum tipo de violência [...]. (Depoente 13)*

Além disso, verifica-se que as enfermeiras buscam identificar sinais e sintomas de violência infantil no desenvolvimento das consultas de enfermagem, principalmente através do diálogo. Para Nunes, Sarti e Ohara (2008) a visibilidade da violência contra a criança e o adolescente exige uma mudança de olhar por parte dos profissionais de saúde, pois, segundo esses autores, é preciso reconhecer que a violência é consequência de uma dinâmica relacional complexa, num âmbito de relações, dentro de um contexto.

Segundo Brasil (2004), as equipes de saúde deverão estar atentas para reconhecer situações de risco nas famílias (alcoolismo, abuso de drogas, desagregação familiar) além de verificar sinais e sintomas sugestivos de violência em todos os seus atendimentos e visitas domiciliares, tais como lesões físicas (equimoses, fraturas, queimaduras), alterações de comportamento, negligência (criança malcuidada, internações repetidas, desnutrição crônica, etc.), entre outros.

Neste sentido, foi possível constatar nos depoimentos das participantes que a investigação dos casos de violência não acontece apenas na consulta de enfermagem, dentro do consultório, mas observa-se que as enfermeiras preocupam-se em avaliar a relação familiar no momento da visita domiciliar.

*Na visita a gente já procura ver o todo, não só aquela pessoa que a gente vai visitar, mas, assim, de uma maneira geral, o domicílio, ver mais ou menos a questão do contexto que aquele indivíduo tá inserido. No consultório a gente sempre olha, assim de uma maneira geral [...] Então eu já observo, se a criança vem com alguma marca roxa, alguma queixa assim, alguma história de queda, alguma história desse jeito, eu já procuro tá investigando, assim, detalhes dessa coisa. Até porque a gente sabe que o grande número de violência, ela acontece entre quatro paredes, né, principalmente*

*contra as crianças. São os próprios pais, as pessoas que estão mais próximas das crianças, que era pra proteger, são os primeiros a praticar determinado tipo de violência. Então a gente tem que ficar bem atento em relação a isso. (Depoente 08)*

Revela-se, através do discurso, que a enfermeira entende que é no próprio ambiente domiciliar que acontece a maior parte das violências praticadas contra a criança. Nesse sentido, ressalta-se que é papel do enfermeiro atuar na prevenção desses casos, buscando diagnosticar as situações de risco e vulnerabilidade com o intuito de agir precocemente evitando danos maiores à saúde da criança.

Segundo Zanelatto *et al.* (2012) os profissionais da eSF precisam estar aptos para detectar e interpretar os sinais e sintomas entre crianças e adolescentes vítimas de violência, sendo relevante a escuta atenta ao realizar seu exame clínico. Além disso, os profissionais atuantes na atenção básica precisam ser subsidiados na perspectiva de conseguir programar sua atuação de maneira eficaz (BEZERRA; MONTEIRO, 2012). De acordo com Kuo *et al.* (2012), sem uma intervenção eficaz, as crianças expostas à violência podem sofrer consequências a longo prazo, como a diminuição da saúde e do bem-estar.

Apenas uma enfermeira referiu em seu discurso sobre cuidado integral a atenção à criança portadora de deficiência, que também constitui uma linha de cuidado. Neste sentido observa-se que as crianças portadoras de deficiência são esquecidas pelos enfermeiros da atenção básica na realidade investigada.

De acordo com Brasil (2004) a criança com necessidades especiais deve receber atenção integral e multiprofissional, possibilitando a detecção dos problemas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce, de habilitação e reabilitação, promoção de saúde e prevenção de impedimento físico, mental ou sensorial e de agravos secundários, minimizando as consequências da deficiência.

Porque temos o CEIR, que também a linha é direta, as crianças que tem algum problema de deficiência. (Depoente 05)

O cuidado integral à criança portadora de deficiência e a promoção da sua qualidade de vida pressupõe reabilitar a criança na sua capacidade funcional e

desempenho humano, proteger a sua saúde para que possa desempenhar o seu papel em todas as esferas da sua vida social. Neste sentido, a enfermeira entende que, para alcançar esse cuidado integral, necessita encaminhar para serviços especializados as crianças com deficiência (BRASIL, 2004).

Segundo Kuo *et al.* (2012), a carga de sofrimento para as crianças com transtornos mentais é alta e, muitas vezes, ocorre com problemas de saúde física crônicos. Além disso, esses autores ressaltam que problemas emocionais e comportamentais infantis são fatores que reduzem a qualidade de vida e sua chance de viver. Portanto, torna-se imprescindível que os enfermeiros da atenção básica de Teresina-PI desenvolvam melhor esta linha de cuidado, procurando investigar problemas mentais nas crianças a fim de intervir de forma precoce.

Por fim, com o intuito de prestar uma atenção melhor e integral à saúde da criança, as enfermeiras relataram que o Programa Saúde na Escola faz parte do cotidiano de trabalho, como podemos verificar nos depoimentos a seguir.

*Eu procuro fazer a cada dois meses uma atividade na escola. Como eu tenho duas creches na minha área, tem uma escola um pouco maior. A escola um pouco maior, como a R. (enfermeira) da outra equipe não tem escola, ela pega ela e eu preferi pegar as creches. (Depoente 11)*

*E o que eu vejo dentro da unidade, às vezes eu gosto de botar também fora. Como a gente tem a parceria também, né? Porque foi introduzido pelo Ministério o PSE, o Programa Saúde na Escola, então eu também faço esse trabalho com creches. (Depoente 13)*

Percebe-se que as participantes do estudo consideram importante expandir a atenção à saúde da criança para além dos muros da unidade básica, ou seja, elas entendem que é necessário ampliar as ações de saúde para creches e escolas. Verifica-se que as ações de saúde realizadas pelas enfermeiras são as mais diversificadas, conforme os trechos abaixo:

*Aí eu faço peso e altura, antropometria, escala de Snellen eu faço [...] Tem mês que eu faço peso e medida, no mês seguinte eu faço atividade de educação em saúde, escovação, levo a dentista e ela faz, higiene a gente faz muito e alimentação saudável, as que a gente faz mais. (Depoente 11)*

*A escala de Snellen que é pra ver a questão visual do aluno, a gente faz ela lá, a questão da antropometria, peso, altura, mas aí a gente vai além disso aí, a questão da cultura da paz, trabalhar as questões de violência na escola [...] A gente sempre trabalha a questão da higiene, vai o pessoal da odontologia, falar de saúde bucal pra eles também, vai escovação, aplicação de flúor, não é? A questão da pediculose, da verminose, né, o cartão de vacina, vitamina A [...].*  
(Depoente 14)

Pode-se verificar com os discursos que as enfermeiras seguem o que é preconizado pelo Ministério da Saúde ao desenvolver as atividades do Programa de Saúde na Escola, o qual foi instituído em 2007. De acordo com Brasil (2009) a escola configura-se como um espaço importante para o desenvolvimento de um programa de educação em saúde para crianças e adolescentes. A potencialização das ações de promoção da saúde no ambiente escolar acontece através da inserção e participação ativa dos profissionais da estratégia Saúde da Família neste contexto.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integralidade do cuidado, de acordo com os resultados deste estudo, contribui significativamente para o fortalecimento e qualificação da assistência à criança na atenção básica, visto que, através desta perspectiva, busca-se atender o indivíduo de forma integral e individualizada, procurando compreendê-lo como um ser biopsicossocial que possui necessidades.

Ressalta-se que tais resultados só puderam ser compreendidos devido ao percurso metodológico escolhido e da análise de conteúdo de Bardin. Neste sentido, considera-se que, através da metodologia abordada, foi possível alcançar o objetivo proposto e, conseqüentemente, sugerir pontos que auxiliem na melhoria da qualidade do cuidado prestado às crianças na atenção básica.

Após a análise dos discursos, pode-se perceber que a integralidade do cuidado à criança na atenção básica está voltada, principalmente, para uma mudança de olhar para o indivíduo, o qual necessita ser visualizado também por outros profissionais, assim como, no seu contexto de inserção. Com o intuito de alcançar a integralidade do cuidado à criança as enfermeiras fazem uso de algumas estratégias, mas encontram determinadas dificuldades no processo de cuidado. Ao longo deste capítulo serão comentados os pontos elencados mais relevantes, a fim de produzir melhorias no cuidado à criança na atenção básica.

Em relação à concepção de integralidade do cuidado pode-se observar que os enfermeiros entendem-na como o olhar para a totalidade do ser, como o cuidado no contexto de inserção dos indivíduos e como o cuidado compartilhado entre diversos profissionais. Tais concepções favorecem a melhoria da atenção à criança, porquanto deixam de lado o modelo biomédico, o qual é centrado na doença, e estimulam o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, voltadas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Assim, entende-se que é essencial uma mudança de olhar para a criança, em que ela seja visualizada como sujeito e não como objeto do cuidado. Deste modo, percebe-se que existe uma ruptura com o modelo biomédico e, conseqüentemente, com a visão reducionista do ser, buscando-se visualizar o indivíduo como ser, que necessita de um olhar para além da doença. Neste sentido, verifica-se que para

atingir a integralidade é necessário que o enfermeiro compreenda e atenda as necessidades das crianças e de suas famílias.

Nesta perspectiva, entende-se que seja necessário conhecer a realidade em que o indivíduo vive para que o enfermeiro consiga proporcionar um cuidado integral mais significativo. Portanto, este profissional deve fazer uso da visita domiciliar, a qual é um importante meio de reconhecer aspectos que não podem ser visualizados e que não são relatados durante a consulta de enfermagem de puericultura. Destarte, compreende-se que com a visita domiciliar o enfermeiro possui a capacidade de observar as condições de vida dos sujeitos e os determinantes que afetam diretamente o processo saúde-doença.

Além disso, verifica-se a necessidade de uma articulação entre diversos profissionais e entre os diversos níveis de atenção para atingir a integralidade do cuidado. Neste sentido, entende-se que seja importante a integração entre diversos profissionais, ou seja, que exista diálogo entre eles a fim de proporcionar um cuidado interdisciplinar que atenda às necessidades das crianças. Ademais, considera-se relevante proporcionar uma rede de cuidados hierarquizada e com crescentes níveis de complexidade, a qual atenda às reais necessidades das crianças.

Com a realização deste estudo pode-se perceber que a consulta de enfermagem de puericultura é um instrumento importante para que ações de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde infantil se efetivem. O desenvolvimento de ações de educação em saúde, durante a consulta de enfermagem de puericultura, é um fator que contribui para a redução da morbimortalidade infantil, visto que existe um empenho dos enfermeiros em orientar mães e familiares, os quais serão responsáveis por oferecer a continuidade do cuidado no domicílio. Estas orientações possuem o intuito de proporcionar um cuidado que garanta o crescimento e desenvolvimento pleno das crianças, ou seja, que oportunizem uma melhor qualidade de vida infantil.

No desenvolvimento da consulta de enfermagem de puericultura observou-se que as linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil são algumas das estratégias utilizadas na perspectiva de desenvolver a integralidade do cuidado à criança na

atenção básica. Entretanto, observou-se neste estudo que nem todas as linhas de cuidado foram abordadas com a mesma proporção, visto que algumas foram mais privilegiadas. Dentre elas, a linha de cuidado voltada à atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido, em que foi destacada a ação das enfermeiras, principalmente, relacionadas à captação precoce para a realização do pré-natal. Além disso, a visita domiciliar puerperal foi abordada como ação importante para a saúde materno-infantil, em que é possível prestar cuidados e orientações tanto relacionados à mãe como à criança.

Outras linhas que ganharam destaque foram a de incentivo ao aleitamento materno e a de alimentação saudável, visto que as enfermeiras deste estudo compreendem a importância dessas ações para o crescimento e desenvolvimento infantil saudável. Além disso, apostam na imunização como um fator protetor para a saúde da criança, uma vez que, com a vacinação, muitas doenças comuns durante a infância podem ser preveníveis. O incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foi um ponto destacado neste estudo, em que as enfermeiras buscam observar se as crianças encontram-se dentro dos padrões por meio da verificação das medidas antropométricas, ou seja, desenvolvem seu trabalho pautado na vigilância, a qual auxilia na detecção precoce de problemas que afetam a saúde das crianças. A atenção à saúde bucal também foi enfatizada nos discursos, em que foi possível observar que o papel do enfermeiro é analisar como se encontra a saúde bucal da criança, e, ao detectar algum problema, realizar encaminhamento ao dentista.

No desenvolvimento dessas estratégias, algumas dificuldades foram elencadas, como: a infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde, a indisponibilidade de recursos materiais e déficit de recursos humanos, assim como a falta de treinamentos específicos para a saúde da criança, questões relacionadas à articulação da rede de atenção à saúde da criança, o fator cultural das mães e da família e a não implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica. Apesar de existirem vários problemas que afetem o desenvolvimento da atenção integral à criança, as enfermeiras enfatizaram que mesmo com as dificuldades conseguem dar continuidade ao cuidado, buscando sempre proporcionar uma melhor assistência à criança.

Diante dos resultados deste estudo foi possível esclarecer como a integralidade do cuidado à criança se configura na atenção básica, visto que possibilitou abordar as estratégias utilizadas para o desenvolvimento e as dificuldades enfrentadas durante o processo do cuidar. Portanto, considera-se que este estudo contribui para a melhoria da assistência à criança na atenção básica uma vez que esclarece pontos necessários para a integralidade do cuidado à criança se estabeleça na atenção básica.

## REFERÊNCIAS

- ABUD, S.M.; GAÍVA, M.A.M. Registro dos dados de crescimento e desenvolvimento na caderneta da saúde da criança. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.36, n.2, p.97-105, 2015.
- ABUD, S.M.; GAÍVA, M.A.M. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.16, n.1, p. 61-67, 2014.
- ANDRADE, R.D *et al.* A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v.12, n.4, p. 719-727, 2013a.
- ANDRADE, R.D *et al.* Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 772-780, 2013b.
- ANDRADE, S.R. *et al.* Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 620-627, 2013c.
- ANTUNES, M.J.M.; GUEDES, M.V.C. Integralidade nos processos assistenciais na atenção básica. In: GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. (Org.). **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.19-28.
- ARAUJO, J.P. *et al.* Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.27, n.5, p.440-446, 2014a.
- ARAÚJO, J.P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. bras. enferm.**, v.67, n.6, p.1000-7, 2014b.
- ARCE, V.A.R.; SOUSA, M.F. Integralidade do cuidado: representações sociais das equipes de saúde da família do Distrito Federal. **Saúde soc**, São Paulo, v. 22, n.1, p.109-123, 2013.
- ASSIS, W.D. *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.
- BACHION, M.M.; RAMOS, F.R.S.; ANTUNES, M.J.M. Integralidade das ações de saúde e aplicação de terminologias à sistematização da prática de enfermagem. In: GARCIA, T.R.; EGRY, E.Y. (Org.). **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 327-335.

BARBOSA, T.L.A.; GOMES, L.M.X.; DIAS, O.V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 16, n.1, p.29-35, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BEZERRA, A.K.F. **Sistematização da assistência de enfermagem na atenção à criança na estratégia saúde da família**. 2015. 113 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Piauí, Teresina.

BEZERRA, K.P.; MONTEIRO, A.I. Violência intrafamiliar contra a criança: intervenção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v.13, n.2, p. 354-64, 2012.

BICUDO, D.O. *et al.* Organização da atenção básica à saúde da criança segundo profissionais: pesquisa qualitativa. **Online braz. j. nurs. (Online).**, Niterói, v.9, n.1, 2010.

BRAGA, P.P.; SENA, R.R. Cuidado e diálogo: as interações e a integralidade no cotidiano da assistência neonatal. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v.11, n. especial, p. 142-149, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. **Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

- BRAZ, J.C. *et al.* A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v.46, n.4, p. 416-423, 2013.
- BRITO, M.J.M. *et al.* Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p.603-610, 2013.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- 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**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011.
- CARVALHAL, L.M. *et al.* Agenda de compromisso para a saúde integral e redução da mortalidade infantil em um município de Alagoas. **Rev Bras Promoc Saúde.**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p.530-538, 2013.
- CAVALCANTE, C.C.F.S *et al.* Vacinas do esquema básico para o primeiro ano de vida em atraso em município do nordeste brasileiro. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**., Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.2034-2041, 2015.
- CAVALCANTI, P.C.S *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis (Rio J.)**., Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.1297-1316, 2013.
- CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson, 2007.
- COELHO, E.A.C.; FONSECA, R.M.G.S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.58, n.2, p. 214-217, 2005.
- COLLIÉRE, M.F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.
- COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.3, p.5-15, 2004.
- COSTA, C.R. *et al.* Significado de cuidar/cuidado sob a óptica dos estudantes de enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line.**, v.6, n.1, p.149-155, 2012.
- COSTA, R.K.S; MIRANDA, F.A.N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v.9, n.2, p.120-128, 2008.
- CURSINO, E.G.; FUJIMORI, E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v.20, n.esp1, p. 676-680, 2012.

DAMAS, K.C.A.; MUNARI, D.B.; SIQUEIRA, K.M. Cuidando do cuidador: reflexões sobre o aprendizado dessa habilidade. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.6, n.2, p. 272-278, 2004.

ELIAS, P.E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. **São Paulo perspect.**, São Paulo, v.18, n.3, p.41-46, 2004.

ERDMANN, A.L.; SOUSA, F.G.M. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **Mundo saúde**, São Paulo, v.33, n.2, p.150-160, 2009.

FALBO, B.C.P *et al.* Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.1, p. 148-54, 2012.

FERNANDES, L.C.L.; MACHADO, R.Z.; ANSCHAU, G.O. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1541-1552, 2009 .

FIGUEIREDO, G.L.A. *et al.* Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.19, n.3, 2011.

FIGUEIREDO, G.L.A.; MELLO, D.F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.15, n.6, p. 1171-1176, 2007.

FINKLER, A.L. *et al.* O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.27, n.6, p. 548-553, 2014.

FONTANELLA, B.J.B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.388-394, 2011.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.59, n.4, p.532-537, 2006.

FRACOLLI, L.A. *et al.* Conceito e prática da integralidade na Atenção Básica: a percepção das enfermeiras. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.45, n.5, p.1135-1141, 2011.

FROTA, M.A. *et al.* Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. **Rev. baiana saúde pública.**, Salvador, v.31, n.2, p.212-222, 2007.

FROTA, M.A. *et al.* Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v.10, n.3, p.61-67, 2009.

FROTA, M.A. *et al.* Reflexão sobre políticas públicas e estratégias na saúde integral da criança. **Enferm. foco (Brasília).**, Brasília, v.1, n.3, p.129-132, 2010.

GAÍVA, M.A.M.; DIAS, N.S.; SIQUEIRA, V.C.A. Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 17, n.4, p.730-737, 2012.

GAUTERIO, D.P.; IRALA, D.A.; CEZAR-VAZ, M.R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.3, p.508-513, 2012 .

GELBCKE, F.L. *et al.* A praxis da enfermeira e a integralidade no cuidado. **Enferm. foco (Brasília).**, Brasília, v.2, n.2, p.116-119, 2011.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.14, n.3, p.783-794, 2009.

GOMES, I.M. *et al.* Teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson no cuidado domiciliar de enfermagem a criança: uma reflexão. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.555-561, 2013.

GRANT, C.C. *et al.* Primary care practice and health professional determinants of immunisation coverage. **J. paediatr. child health.**, Melbourne, v.47, p.541-549, 2011.

GUERREIRO, E.M. *et al.* O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v.16, n.3, p.315-323, 2012.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2013. p.121-133.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.20, n.sup2, p.5331-5336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**.

Disponível em:

<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=2211001>

JORGE, K.J. *et al.* Formação para o cuidado à criança e adolescente na graduação em enfermagem: revisão integrativa. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v.8, n.6, p. 1764-1773, 2014.

KUO, A.A. *et al.* Primary care pediatrics and public health: meeting the needs of today's children. **Am J Public Health.**, v.102, n.12, p.e17-e23, 2012.

LEANDRO, J.S.; CHRISTOFFEL, M.M. Cuidado familiar de recém-nascidos no domicílio: um estudo de caso etnográfico. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. spe, p. 223-231, 2011 .

LIMA, G.G.T. *et al.* Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v.10, n.3, p.117-124, 2009.

LIMA, I.F.S. *et al.* Integralidade na percepção dos trabalhadores de uma unidade básica de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.46, n.4, p.944-952, 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).**, Rio de Janeiro, v.5, n.3, p.194-202, 2013.

LINARD, A.G.; CASTRO, M.M.; CRUZ, A.K.L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.3, p.546-553, 2011.

LINARD, A.G. *et al.* Princípios do Sistema único de Saúde: compreensão dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v.32, n.1, p.111-120, 2011.

KANTORSKI, L.P. *et al.* A integralidade no cotidiano de trabalho na estratégia saúde da família. **Rev. gaúch. enferm.**, Florianópolis, v.30, n.4, p.594-601, 2009.

MACHADO, M.F.A.S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.12, n.2, p.335-342, 2007.

MARTINES, M.R.V.; MACHADO, A.L. Produção de cuidado e subjetividade. **Rev bras. enferm.**, Brasília, v.63, n.2, p.328-333, 2010.

MATTOS, R.A. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2013. p.121-133.

MELLO, D. F.; ANDRADE, R. D. Atuação do enfermeiro junto à população materno-infantil em uma unidade de saúde da família, no município de Passos-MG. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 32, p. 88-93, 2006.

MELLO, D.F. *et al.* O cuidado cotidiano da criança na perspectiva Winnicottiana. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v.13, n. 4, p. 938-947, 2012a.

MELLO, D.F. *et al.* Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.65, n.4, p.675-679, 2012b.

MELLO, D.F. *et al.* Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.16, n.1, p.52-60, 2014.

MINAYO, M.C.S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MODES, P.S.S.A.; GAÍVA, M.A.M. Estrutura das unidades básicas de saúde para atenção à criança: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs. (Online).**, Niterói, v.12, n.3, 2013.

MONTEIRO, A.I. *et al.* A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v.12, n.1, p. 73-80, 2011.

MONTEIRO, A.I. *et al.* Humanização do atendimento à criança na atenção básica: visão dos profissionais. **Rev. RENE.**, Fortaleza, v.13, n. 4, p. 724-733, 2012.

MONTENEGRO, L.C.; PENNA, C.M.M.; BRITO, M.J.M. A integralidade sob a ótica dos profissionais dos serviços de saúde de Belo Horizonte. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v.44, n.3, p.649-56, 2010.

MOTTA, N.G.; DOMINGUES, K.A.; COLPO, E. Impacto do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em crianças do município de Santa Maria, RS. **Rev. AMRIGS.**, Porto Alegre, v. 54, n. 4, p. 393-398, 2010.

MOURA, M.A.P. *et al.* Facilidades e dificuldades dos enfermeiros no cuidar da alimentação infantil na atenção básica. **Mundo saúde.**, São Paulo, v.39, n.2, p.231-238, 2015.

NOVACZYK, A.B.; DIAS, N.S.; GAÍVA, M.A.M. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.10, n.4, p.1124-1137, 2008.

NUNES, C.B.; SARTI, C.A.; OHARA, C.V.S. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.16, n.1, p. 136-141, 2008.

NUNES, E.C.D.A.; SILVA, L.W.S.; LINHARES, E.F. Reveses e vieses da integralidade na práxis cuidativa de enfermagem à família. **Saúde Coletiva**, v.8, n.47, p.29-34, 2011.

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

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. esp, p.158-164, 2013.

OLIVEIRA, V.C.; CADETTE, M.M.M. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.22, n.3, p.301-306, 2009.

ORO, J.; MATOS, E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. **Enferm. foco (Brasília)**, Brasília, v.2, n.2, p.137-140, 2011.

PARANHOS, V.D.; PINA, J.C.; MELLO, D.F. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. **Rev. latinoam. enferm.**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, 2011.

PEREIRA, M.M. *et al.* Concepções e práticas dos profissionais da estratégia saúde da família sobre educação em saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.23, n.1, p. 167-175, 2014.

PEREIRA, R.S.V. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. **Cad. saúde pública.**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p.2343-2354, 2010.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2013. p.121-133.

PINHO, I.C.; SIQUEIRA, J.C.B.A.; PINHO, L.M.O. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v.8, n.1, p.42-51, 2006.

PIRES, V.M.M.M.; RODRIGUES, V.P.; NASCIMENTO, M.A.A. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p. 622-627, 2010.

PRESTES, A.C.G. *et al.* Saúde bucal materno-infantil: uma revisão integrativa. **RFO UPF**, Passo Fundo, v.18, n.1, 2013.

QUEIRÓZ, E.S.; PENNA, C.M.M. Conceitos e práticas de integralidade no município de Catas Altas - MG. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v.15, n.1, p.62-69, 2011.

RATTI, A.; PEREIRA, M.T.F.; CENTA, M.L. A relevância da cultura no cuidado às famílias. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.7, n.1, p. 60-68, 2005.

RIBEIRO, A.M.; SILVA, R.R.F.; PUCCINI, R.F. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v.28, n.2, p.208-214, 2010.

ROCHA, S.S. **Enfermeiras da estratégia saúde da família no cuidado à saúde das crianças de Teresina**. 2005. 146f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ, 2005.

ROCHA, S.S.; LIMA, J.V.F. Significados do cuidado de saúde à criança à luz da hermenêutica heideggeriana. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v.9, n.1, p. 98-104, 2015.

RODRIGUES, T.M.M. *et al.* A visita domiciliar do enfermeiro à puérpera e ao recém-nascido. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 4, n. 2, p. 21-26, 2011.

SALES, R.L.U.B. *et al.* Análise de indicadores de qualidade da triagem neonatal sanguínea. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v.9, n.2, p. 677-682, 2015.

SANTOS, E.I. *et al.* Integralidade nas práticas de cuidado do enfermeiro no contexto da atenção básica. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v.5, n.4, p.1054-1063, 2011.

SAPAROLLI, E.C.L.; ADAMI, N.P. Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.20, n.1, p.55-61, 2007.

SHIMIZU, H.E.; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.62, n.3, p.387-392, 2009.

SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M.; SOUZA, K.V. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.14, n.4, p.585-93, 2005.

SILVA, L.W.S. *et al.* O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.58, n.4, p.471-475, 2005.

SILVA, M.M. *et al.* Integralidade na saúde da família: limites e possibilidades na perspectiva da equipe. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v.12, n.1, p.155-163, 2013.

SILVA, R.M.M.; VIERA, C.S.. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.67, n. 5, p. 794-802, 2014 .

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L; MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v.20, n. esp, p.263-271, 2011.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L. Cuidando da criança na atenção básica de saúde: atitudes dos profissionais de saúde. **Mundo saúde.**, São Paulo, v.33, n.2, p.150-160, 2009.

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

SOUZA, M.H.N. *et al.* Integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.677-682, 2013a.

SOUZA, M.L. *et al.* O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto & contexto enferm.**, v.14, n.2, p.266-270, 2005.

SOUZA, R.S. *et al.* Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **REME rev. min. enferm.**, Belo Horizonte, v.17, n.2, p.331-339, 2013b.

STAMM, M. Evolução do cuidado na enfermagem até o cuidado transdimensional: uma revisão de literatura. **Ciênc. cuid. saúde.**, Maringá, v.1, n.2, p.293-298, 2002.

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

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

VASCONCELOS, L.M. *et al.* Puericultura: percepção de mães atendidas em unidade básica de saúde em Sobral, Ceará, Brasil. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v.4, n.3, p.1492-497, 2010.

VASCONCELOS, V.M. *et al.* Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.326-331, 2012.

VERSIAN, C.C. *et al.* Significado da consulta de enfermagem às crianças menores de dois anos na percepção das mães. **Enferm. foco (Brasília).**, Brasília, v. 4, n.2, p. 123-126, 2013.

VIANA, V.P.; SABÓIA, V.M. A integralidade como modo de pensar e fazer enfermagem: metassíntese qualitativa. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v.8, n. 8, p. 2945-2947, 2014.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.133-141, 2013.

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

WALDOW, V.R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 3. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, v.24, n.3, p. 414-418, 2011.

XIMENES NETO, F.R.G. *et al.* Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré-Ceará. **Rev.Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v.11, n.1, p.9-16, 2011.

XIMENES NETO, F.R.G. *et al.* Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, 2008.

ZANELATTO, P.F. *et al.* Violência contra crianças e adolescentes: significados e atitudes por equipes da estratégia saúde da família. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 18, n. 2, ago. 2012.

## APÊNDICES



**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**

Título do estudo: **A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA CONSULTA DE  
ENFERMAGEM À CRIANÇA**

**APÊNDICE A – SATURAÇÃO DAS IDEIAS**

**Quadro 1 - Temas ou tipos de enunciados relacionados à integralidade do cuidado (compreensão dos participantes).**

<b>TEMAS OU TIPOS DE ENUNCIADOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>Ocorrências</b>
<b>Integralidade do cuidado</b>															
Olhar para a totalidade	N	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	13
Observar as necessidades			N		x			x	x			x			5
Conhecer o contexto que a criança está inserida			N	x		x	x		x						5
Envolver pais e família	N		x	x	x							x	x	x	7
Cuidado compartilhado com outros profissionais da eSF			N		x	x	x	x	x	x	x		x	x	10
Encaminhar para outros níveis de atenção			N	x	x		x	x	x	x		x		x	9
<b>Aparecimento de novos temas</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>							

**Legenda:**

**N** = novo tipo de enunciado (primeira vez que ocorreu ao longo da coleta de dados);  
**x** = recorrências.

**Quadro 2 - Temas ou tipos de enunciados proferidos pelas participantes relacionados ao desenvolvimento de uma atenção integral.**

<b>TEMAS OU TIPOS DE ENUNCIADOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>Ocorrências</b>
<b>Atenção à gestante e ao recém-nascido</b>															
Visita puerperal			<b>N</b>	x	x		x	x	x	x	x	x		x	10
Orientações à gestante sobre os cuidados com RN			<b>N</b>		x				x	x			x		4
Cuidado à criança inicia no pré-natal			<b>N</b>	x					x	x				x	5
<b>Aparecimento de novos temas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>							
<b>Triagem neonatal</b>															
Investiga se foram feitos os testes de triagem neonatal			<b>N</b>											x	2
<b>Aparecimento de novos temas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>							
<b>Aleitamento materno</b>															
Incentiva e/ou orienta sobre o aleitamento materno e/ou sobre sua importância	<b>N</b>	x	x			x	x		x		x	x	x	x	10
<b>Aparecimento de novos temas</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>									
<b>Alimentação saudável</b>															
Observa a questão da alimentação da criança	<b>N</b>			x		x	x	x	x		x	x			8
Orienta quanto à alimentação saudável		<b>N</b>						x					x	x	4
<b>Aparecimento de novos temas</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>								
<b>Combate às anemias carenciais e desnutrição</b>															
Suplementação do ferro		<b>N</b>			x	x									3
<b>Aparecimento de novos temas</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>								
<b>Crescimento e desenvolvimento</b>															
Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento	<b>N</b>	x	x	x		x	x				x	x	x	x	10
Verifica e/ou explica caderneta e gráficos de crescimento			<b>N</b>				x			x	x				4



centro especializado																
<b>Aparecimento de novos temas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>										
<b>Programa Saúde na Escola</b>																
Promove atividades de saúde na escola												<b>N</b>	x	x	x	4
<b>Aparecimento de novos temas</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

**Legenda:**

**N** = novo tipo de enunciado (primeira vez que ocorreu ao longo da coleta de dados);

x = recorrências.

**Quadro 3 - Temas ou tipos de enunciados relacionados às dificuldades enfrentadas na atenção integral à criança.**

<b>TEMAS OU TIPOS DE ENUNCIADOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>Ocorrências</b>
<b>Dificuldades enfrentadas no cuidado à criança</b>															
Estrutura física precária	<b>N</b>		x	x	x		x			x		x	x		8
Falta de material e ou equipamentos	<b>N</b>		x	x	x	x	x		x		x	x			9
Problemas na articulação com a rede de atenção à saúde		<b>N</b>	x	x	x	x		x			x	x	x	x	10
Déficit de recursos humanos		<b>N</b>	x		x	x						x	x		6
Mães que não levam crianças à UBS	<b>N</b>	x	x	x				x	x	x	x		x		9
Faltam treinamentos e/ou capacitações						<b>N</b>					x				2
Falta de apoio dos gestores					<b>N</b>	x									
Distância grande entre área e unidade de saúde							<b>N</b>	x	x						3
Sistematização da assistência de enfermagem não implantada													<b>N</b>	x	2
<b>Aparecimento de novos temas</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

**Legenda:**

**N** = novo tipo de enunciado (primeira vez que ocorreu ao longo da coleta de dados);  
**x** = recorrências.



**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**

Título do estudo: **A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA CONSULTA DE  
ENFERMAGEM À CRIANÇA**

**APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA**

Roteiro N° \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_anos

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Tempo de serviço na Estratégia Saúde da Família (em anos): \_\_\_\_\_

Tempo de graduado: \_\_\_\_\_

Treinamento específico para saúde da criança? ( ) Sim ( ) Não

Titulação: ( ) Graduação

( ) Especialização lato sensu. Qual? \_\_\_\_\_

( ) Mestrado. Área do conhecimento? \_\_\_\_\_

( ) Doutorado. Área do conhecimento? \_\_\_\_\_

**Questões abertas**

- 1) Como o(a) senhor(a) entende a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança?
- 2) Como o(a) senhor(a) busca desenvolver a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança?
- 3) Quais as dificuldades enfrentadas pelo(a) senhor(a) na atenção integral à saúde da criança?

**ANEXOS**



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

**ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Teresina, 15 de setembro 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, nas Unidades Básicas de Saúde, para o trabalho de pesquisa sob o título **“A integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança”**, juntamente com o aluno de mestrado Augusto Cezar Antunes de Araujo Filho, matrícula nº 2014100093.

Este projeto de pesquisa atende 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 como enfermeiros desenvolvem a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança no município de Teresina, Piauí.

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa. Esta atividade apresenta riscos mínimos aos participantes, visto que poderão ficar constrangidos com os questionamentos que serão feitos, assim como ter receio que as informações fornecidas tornem-se públicas. Os participantes serão enfermeiros da Estratégia

Saúde da Família que aceitarem voluntariamente participar do estudo, conforme assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os dados deverão ser coletados no período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015.

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](mailto:cep.ufpi@ufpi.edu.br) ou [silvanasantiago27@gmail.com](mailto:silvanasantiago27@gmail.com) e telefones (86) 3215-5734 ou (86) 3215-5558.

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.

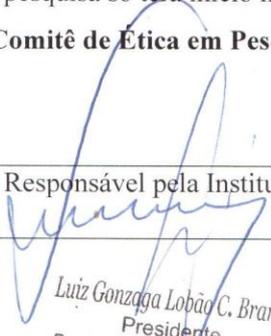
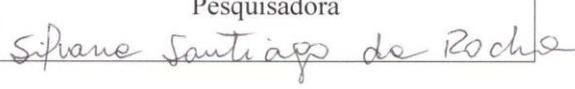
Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais.



### Autorização Institucional

Eu, Luiz Gonzaga Lobão Castelo 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 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	 Silvana Santiago de Rocha



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

**ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança

**Pesquisador:** silvana santiago da rocha

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 39012314.4.0000.5214

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Piauí - UFPI

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 912.160

**Data da Relatoria:** 03/12/2014

**Apresentação do Projeto:**

Tendo em vista as características peculiares à integralidade optou-se por um estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, visando conseguir alcançar o objetivo proposto por esta pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família desenvolvem a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

"Benefícios: Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, mas contribuirá para a melhoria da assistência prestada.

Riscos: A participação nesta pesquisa não representará qualquer risco de ordem física, no entanto, algumas questões podem causar desconforto e constrangimento, mas a entrevista ocorrerá em ambiente fechado e os enfermeiros serão assegurados sobre a preservação de suas identidades."

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 912.160

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de tema relevante pois a infância, além de ser uma fase biologicamente mais vulnerável, é um estágio da vida onde ocorrem as maiores modificações físicas e psicológicas. Diante disso, requer um acompanhamento periódico, sistemático e integral.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados corretamente.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto apto a ser desenvolvido pois atende as recomendações da Resolução 466/2012.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

em cumprimento ao previsto na Resolução 466/12, o CEP-UFPI aguarda o envio dos relatórios parciais e final da pesquisa, elaborados pelo pesquisador, bem como informações sobre sua eventual interrupção e sobre ocorrência de eventos adversos.

Ainda, para assegurar o direito do participante e preservar o pesquisador, revela-se importante alertar que o TCLE e o Termo de Assentimento deverão ser rubricados em todas as suas folhas, tanto pelo participante quanto pelo(s) pesquisador(es), devendo ser assinados na última folha.

TERESINA, 12 de Dezembro de 2014

Assinado por:  
**Adrianna de Alencar Setubal Santos**  
 (Coordenador)

**Endereço:** Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa  
**Bairro:** Ininga **CEP:** 64.049-550  
**UF:** PI **Município:** TERESINA  
**Telefone:** (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



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

**ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do Estudo:** A integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal do Piauí/ Centro de Ciências da Saúde/ Departamento de Enfermagem

**Pesquisador Responsável:** Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

**Telefone para contato:** (86) 3215-5558

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidada a participar desta pesquisa de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar da pesquisa é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você concorde em participar desta pesquisa. Você tem o direito de **desistir** a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo:** Analisar como os enfermeiros da estratégia Saúde da Família desenvolvem a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança.

**Procedimentos do estudo:** A pesquisadora responsável realizará uma entrevista com você objetivando saber como o(a) senhor(a) desenvolve a integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança. Como meio de obtenção dessas informações você responderá perguntas de um roteiro semiestruturado. A coleta

será realizada em um ambiente reservado, a fim de prevenir sua exposição. Os dados da pesquisa serão posteriormente divulgados a fim de produzir conhecimento científico para a comunidade em geral, mas o seu nome permanecerá preservado.

**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você, mas contribuirá para a melhoria da assistência prestada.

**Riscos:** A participação nesta pesquisa não representará qualquer risco de ordem física, no entanto, algumas questões podem causar desconforto e constrangimento, mas a entrevista ocorrerá em ambiente fechado e os enfermeiros serão assegurados sobre a preservação de suas identidades.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você terão a privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis, não havendo exposição de seu nome em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Teresina, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Assinatura

Nº Identidade

*Silvane Santiago de Bohe*

Pesquisador responsável

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 - Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ. CEP: 64.049-550 – Teresina – PI Tel.: (86) 3237-2332 – e-mail: cep.ufpi@ufpi.br web: [www.ufpi.br/cep](http://www.ufpi.br/cep).



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO ACADÊMICO**

**ANEXO D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**Título do Projeto:** A integralidade do cuidado na consulta de enfermagem à criança

**Pesquisador Responsável:** Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha

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

**Telefone para contato:** (86) 3215-5558

**Local da coleta de dados:** Unidades Básicas de Saúde

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através de entrevista. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí por um período de 5 anos sob a responsabilidade da Profa. Dra. Silvana Santiago da Rocha. Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 15 de setembro de 2014.

*Silvana Santiago da Rocha*

Pesquisador responsável