UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARINA SAYURI YAKUWA

Vigilância à saúde de crianças nascidas pré-termo: experiências de
enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Ribeirão Preto

2015

MARINA SAYURI YAKUWA

Vigilância à saúde de crianças nascidas pré-termo: experiências de
enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Ribeirão Preto

2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Yakuwa, Marina Sayuri

Vigilância à saúde de crianças nascidas pré-termo: experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Ribeirão Preto, 2015.

97 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

1. Saúde da Criança 2. Vigilância. 3. Enfermagem. 4. Prematuro.

YAKUWA, Marina Sayuri

Vigilância à saúde de crianças nascidas pré-termo: experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em/...../.....

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus queridos pais, Mário e Keiko, por sempre me apoiarem e incentivarem nos meus sonhos, contribuindo na formação do meu caráter, ensinando-me os valores da vida.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me dar força, fé e serenidade na elaboração deste trabalho.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello, pela sabedoria, compreensão, incentivo, paciência, dedicação e por acreditar na importância deste trabalho para a sociedade.

À Profa. Dra. Vera Lúcia Pamplona Tonete pelo seu carinho, atenção e incentivo todos estes anos, e também por ter contribuído na qualificação deste estudo e aceitar ser membro da banca examinadora.

À Profa. Dra. Adriana Moraes Leite pelo seu apoio, amizade e incentivo, e por ter colaborado na qualificação do meu trabalho.

Às Profas. Dras. Monika Wernet e Maria Cândida de Carvalho Furtado, por aceitaram fazer parte da banca examinadora.

Aos meus queridos pais, Mário e Keiko, que acreditaram e incentivaram para a concretização deste estudo, agradeço à paciência e compreensão.

À minha irmã, Luciana, pela atenção, apoio, momentos de descontração e amizade.

Ao meu namorado, Ricardo, pelo amor, carinho, compreensão, paciência e companheirismo.

À minha família, especialmente, às minhas tias Cristina, Celina, Emiko e Yuriko por sempre me apoiarem e incentivarem nos meus estudos, pelos valores passados como humildade, gratidão e compaixão ao próximo.

À minha querida amiga, Jaqueline Silva Santos, pelo incentivo, apoio, carinho, confiança, compreensão, saberes compartilhados e pela grande ajuda durante o Mestrado.

Aos meus amigos Daniela, Paula, Gabriela, Plínio, André, Maurício e Luis por terem me ajudado quando mais precisei, pelo apoio, alegria, paciência e amizade de vários anos.

Aos meus amigos da pós-graduação, especialmente, Sandra, Carol, Andrea, Marisa, Lucy, Aline, pela amizade, carinho, atenção, alegria durante esses dois anos.

À Equipe do Banco de Leite Humano de Ribeirão Preto, por sempre acreditarem na minha capacidade e depositarem toda confiança neste trabalho.

Às enfermeiras da Estratégia de Saúde da Família de Ribeirão Preto, por terem colaborado na realização deste estudo.

Aos funcionários e docentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial ao GPECCA, por colaborarem de alguma forma na minha formação acadêmica durante a pós-graduação.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro que possibilitou suporte na realização deste estudo.

EPÍGRAFE

*“Ama sempre, fazendo pelos outros o melhor que possas realizar.
Age auxiliando. Serve sem apego.
E assim, vencerás.”*

Chico Xavier

RESUMO

YAKUWA, M. S. **Vigilância à saúde de crianças nascidas pré-termo: experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família.** 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

A atenção integral à saúde da criança tem sido foco de interesse no Brasil, com vistas a contribuir para redução dos índices de morbimortalidade infantil, ao ampliar propostas de prevenção de agravos, promoção, manutenção e recuperação da saúde, buscando um cuidado de qualidade às crianças. Com a incorporação de novas tecnologias, a reorganização do sistema de saúde e o envolvimento de diversos agentes e segmentos sociais, houve possibilidades de melhoria na sobrevivência das crianças, porém índices de óbitos neonatais e nascimentos prematuros ainda preocupam. No Brasil, em 2010, o índice de prematuros foi de 9,2%, com 279,3 mil partos de prematuros ao ano. Este estudo teve como objetivo analisar as experiências de enfermeiros que atuam em unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto aos cuidados de crianças nascidas pré-termo, na perspectiva da vigilância à saúde da criança. Trata-se de estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados baseada na análise de conteúdo do tipo temática indutiva, fundamentado nos princípios conceituais da vigilância à saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 21 enfermeiros atuantes na ESF em município do interior paulista. Os resultados foram agrupados em três temas: Vigilância à saúde da criança pré-termo: concepções e estratégias; A prática da vigilância à saúde da criança nascida pré-termo; Os saberes de enfermeiros na prática clínica na Atenção Primária à Saúde (APS) da criança pré-termo. Foi possível identificar as concepções desses profissionais sobre a vigilância à saúde da criança, com destaque para uma visão de vigilância como ampliação do olhar profissional, com acompanhamento contínuo, detecção precoce de problemas e agravos, com enfoque no processo de crescimento e desenvolvimento da criança e monitorização dos indicadores de saúde. Na prática da vigilância à saúde das crianças pré-termo, foi apontado o acompanhamento de perto, garantindo um adequado crescimento e desenvolvimento infantil, uma melhor qualidade de vida para as crianças, sendo fundamental a realização do pré-natal de qualidade, com captação precoce das gestantes e avaliação das condições de vulnerabilidade, compreendendo os múltiplos significados da gestação, tanto para a mulher quanto a sua família, o seu acolhimento, esclarecimento de dúvidas, identificação de enfermidades maternas que podem interferir na evolução da gravidez, acompanhamento do crescimento e vitalidade fetal, a vigilância e detecção precoce dos fatores de risco que levam às complicações gestacionais. Ressaltou-se a importância da consulta de enfermagem e da visita domiciliar como prática da vigilância à saúde da criança. Considerou-se a importância de desencadear processos de educação permanente, nas unidades de saúde da família, voltado à essa temática, sendo necessário maior investimento nos diferentes pontos de atenção e setores, bem como organização do atendimento na Rede de Atenção à Saúde, o apoio institucional, o compromisso da gestão dos enfermeiros e dos gestores. O estudo traz contribuições para repensar o protagonismo do enfermeiro, da prática orientada por conhecimentos oriundos de diversas fontes, os saberes aplicados de forma criativa e que promovam uma atenção à saúde de excelência, com segurança e qualidade, com compartilhamento entre profissionais, indivíduos, famílias e comunidade, em busca da integralidade da atenção à saúde da criança.

Descritores: Saúde da Criança. Vigilância. Enfermagem. Prematuro.

ABSTRACT

YAKUWA, M. S. **Preterm-born child health: the experiences of nurses in Family Health Strategy**. 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Child healthcare has been the focus of interest in Brazil aiming at contributing to the reduction of infant mortality rates by developing complication prevention proposals, promotion, maintenance and restoration of health, seeking higher child healthcare quality. With the new technologies, the health system restructuring and several professionals' and social groups' involvement, there was room for improvement in the survival of children, however, neonatal death rates and premature births still worry. In Brazil, 2010, the rate of premature was 9,2% with 279,300 premature birth a year. This study aimed at analyzing the experiences of nurses working in Family Health Strategy (ESF) units regarding the preterm infants' care in the child health monitoring perspective. This is an exploratory study with qualitative analysis based on the inductive thematic content analysis, based on the conceptual principles of health surveillance. Semi-structured interviews with 21 nurses working in the ESF units in a city in the interior of São Paulo were conducted. The results were classified in three themes: Preterm Child health surveillance: concepts and strategies; Preterm-born child health monitoring practice; Nurses' knowledge on clinical practice in preterm child primary health care (PHC). It was possible to identify these professionals' concepts on child health surveillance, highlighting the development of the professional's view, with continuous monitoring, early detection of problems and complications, focusing on the child growth and development process, in addition to the monitoring of health indicators. In the term and preterm infants' health surveillance practice, close monitoring was determined as vital, seeking to ensure proper child growth and development as well as a better quality of life for children. Therefore, providing quality prenatal care is key, with early identification of pregnant women and assessment of vulnerable conditions, grasping the multiple meanings of pregnancy for the woman and her family as well: the woman's reception, clarification of doubts, identification of maternal diseases that can interfere in the evolution of pregnancy, monitoring of fetal growth and vitality, surveillance and early detection of risk factors that lead to pregnancy complications. It was emphasized the importance of nursing consultation and home visits, considered as child health surveillance practice. The importance of triggering permanent education processes was considered, in the Family Health Strategy units, aiming at surveillance, besides the need for investment in different levels of attention and sectors as measure of care organization in the Network Health Care, institutional support, the commitment of the management of nurses and managers. The study brings contributions to rethink the nurse's role, the practice oriented by the knowledge acquired from several sources, applied in a creative manner promoting health care excellence, with safety and quality, with sharing among professionals, individuals, families and community, in search of child healthcare.

Descriptors: Child Health. Surveillance. Nursing. Premature.

RESUMEN

YAKUWA, M. S. **Vigilância de la salud del recién nacido pre termino: experiencias de los enfermeiros de la Estrategia de Salud de la Família.** 2015. 97 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

La atención integral de la salud del niño ha sido punto de interés en el Brasil, con visión a contribuir la reducción en los índices de morbilidad infantil, al ampliar las propuestas de prevención de lesiones, promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, buscando un cuidado de calidad a los niños. Con la incorporación de nuevas tecnologías, la reorganización del sistema de salud y el involucramiento de diversos agentes y segmentos sociales, hubo la posibilidad de mejoría en la supervivencia de los niños, sin embargo índices de muertes en el neonato y nacimientos prematuros aún preocupan. En Brasil, en 2010, el índice de los prematuros fue de 9,2 %, con 279,3 mil entregas de bebés prematuros al año. Este estudio tuvo como objetivo analizar las experiencias de los enfermeros que actúan en las unidades de Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en relación a los cuidados de los recién nacidos pre termino, en la perspectiva de la vigilancia de la salud del niño. Fueron realizadas entrevistas semiestructuradas con 21 enfermeros actuantes en la ESF en una ciudad del interior paulista. Los resultados fueron agrupados en tres temas: Vigilancia a la salud del niño pre termino: concepciones y estrategias; La práctica de la vigilancia de la salud del recién nacido pre termino; Los saberes de los enfermeros en la práctica clínica en la Atención Primaria de Salud (APS) del niño pre termino. Fue posible identificar las concepciones de estos profesionales sobre la vigilancia de la salud del niño, con el destaque para una visión de vigilancia como la ampliación de la visión profesional, con acompañamiento continuo, detección precoz de problemas y lesiones, con enfoque en el proceso de crecimiento y desarrollo del niño, además de la monitorización de los indicadores de salud. En la práctica de la vigilancia de la salud de los recién nacidos el termino y pre termino fue colocado como fundamental y el acompañamiento de cerca, buscando garantizar un adecuado crecimiento y desarrollo infantil, bien como una mejor calidad de vida para los recién nacidos, siendo fundamental la realización del pre natal de calidad, con captación precoz de las gestantes y evaluación de las condiciones de vulnerabilidad, comprendiendo los múltiples significados de la gestación, tanto para la mujer como para su familia, su llegada, esclarecimiento de dudas, identificación de enfermedades maternas que pueden interferir en la evolución de la gestación, acompañamiento del crecimiento y vitalidad fetal, la vigilancia y detección precoz de los factores de riesgo que llevan a las complicaciones gestacionales. Se resaltó la importancia de la consulta de enfermería y la aplicación de la visita a domicilio vista como práctica de la vigilancia de la salud del niño. Se consideró la importancia de desencadenar procesos de educación permanente, en las unidades de salud de la familia, direccionando la temática de la vigilancia, siendo necesario mayor inversión en los diferentes niveles de atención y demás sectores así como las medidas de organización de la atención en la Red de Atención de la Salud, el apoyo institucional, del compromiso de la gestión de las enfermeras y el personal directivo. El estudio trae contribuciones para repensar el protagonismo del enfermero, la práctica orientada por conocimientos oriundos de diversas fuentes, los saberes aplicados de forma creativa y que promuevan una atención de salud de excelencia, con seguridad y calidad, con la participación entre profesionales, individuos, familia y comunidad, en busca de la integralidad de la atención de la salud del niño.

Descriptor: Salud de niño. Vigilancia. Enfermería. Prematuro.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS – Atenção Primária à Saúde
BCG – Bacillus Calmette-Guérin
BEMFAM – Sociedade Civil Bem-estar Familiar no Brasil
CSE – Centro de Saúde Escola
CTI – Centro de Terapia Intensiva
EACS – Estratégia Agentes Comunitários de Saúde
EPS – Educação Permanente em Saúde
ESF – Estratégia Saúde da Família
FMRP-USP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FUV – Floresce Uma Vida
HC – Hospital das Clínicas
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS – Ministério da Saúde
NSF – Núcleos de Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAISC – Programa Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISCA – Programa Assistência Integral à Saúde da Criança e Adolescente
PAM – Posto de Atendimento Médico
RN – Recém-nascido
SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal da Saúde
SP – São Paulo
SUS – Sistema Único de Saúde
UBDS – Unidades Distritais de Saúde

UCIN – Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

UNICEF – Fundo das Nações Unidas em Favor da Infância

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

VD – Visita Domiciliária

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 A prematuridade no contexto brasileiro.....	15
1.2 A atenção à Saúde da Criança de risco: proposições e estratégias.....	18
1.3 A Vigilância à Saúde da Criança Prematura: contribuições da enfermagem.....	22
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
3 MÉTODO	27
3.1 Tipo de pesquisa.....	27
3.2 Local do estudo.....	27
3.3 Participantes do estudo e coleta de dados.....	28
3.4 Análise dos dados.....	30
3.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	30
4 RESULTADOS	32
4.1 Caracterização dos participantes do estudo.....	32
4.2 As experiências e concepções de enfermeiros na prática da Vigilância à Saúde da Criança pré-termo no contexto da ESF.....	33
4.2.1 Vigilância à Saúde da Criança pré-termo: concepções e estratégias.....	33
4.2.2 A prática da Vigilância à Saúde da Criança nascida pré-termo.....	42
4.2.3 Os saberes de enfermeiros na prática clínica na APS da criança pré-termo.....	55
5 DISCUSSÃO	60
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES	92
ANEXOS	94

APRESENTAÇÃO

A motivação para o desenvolvimento deste estudo na área de Saúde da Criança iniciou enquanto aluna de graduação do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, concluída em 2011, em que tive contato mais próximo com crianças, a partir da participação em projetos de extensão como “Médicos da Alegria” e “Atualização em creches e análise de resistência aos piretróides”.

Ainda na graduação, realizei o estágio supervisionado em uma unidade de saúde da família da cidade de Botucatu/SP, e desenvolvi o meu trabalho de conclusão de curso voltado a essa área. O trabalho de iniciação científica foi sobre a vigilância à saúde das crianças na perspectiva dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, que foi elaborado um artigo científico que está aceito para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem.

Após graduada, inseri-me no grupo de pesquisa intitulado Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente (SAMUCA), cadastrado no CNPq, quando participei da coleta de dados do projeto “Estudo binômio mãe-filho: uma imperiosa necessidade para atingir os Objetivos do Milênio”, em Botucatu/SP. Para complementar o interesse na área de saúde da criança, cursei a Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família, com o trabalho de conclusão de curso voltado a uma revisão integrativa sobre vigilância à saúde infantil na atenção primária.

Essas experiências estimularam a dar prosseguimento nos estudos sobre a Saúde da Criança, mas com enfoque especial aos recém-nascidos pré-termo e, por ser um grupo considerado de risco, indagou-me a questão sobre como os enfermeiros estariam realizando a prática da vigilância à saúde destes bebês no contexto da Estratégia Saúde da Família no município de Ribeirão Preto/SP, considerando as políticas e estratégias de saúde propostas

para um melhor desenvolvimento e crescimento infantil. Assim, iniciei o Curso de Pós-Graduação Mestrado - Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo.

Por meio deste estudo, espero obter subsídios para contribuir na melhoria na qualidade do trabalho dos enfermeiros na ótica da vigilância à saúde na Estratégia Saúde da Família, bem como da equipe de saúde, além da melhoria na qualidade de vida das famílias e crianças.

O texto segue estruturado com a introdução trazendo o tema proposto, subdivide-se em três componentes: A prematuridade no contexto brasileiro, A atenção à saúde da criança de risco e A vigilância à saúde da criança prematura. Ao mesmo tempo, traz a justificativa da pesquisa. Posteriormente, os objetivos geral e específicos são apresentados, seguidos dos procedimentos metodológicos da pesquisa qualitativa e aspectos éticos do estudo. Na sequência, os resultados são explicitados por meio da caracterização dos participantes do estudo e dos recortes de falas dos entrevistados, agrupados em temas e subtemas. A discussão foi desenvolvida com base nos preceitos da vigilância à saúde e em consonância com a literatura científica, e as considerações finais apontam algumas reflexões e aspectos para futuras investigações na área da saúde infantil.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A prematuridade no contexto brasileiro

A atenção integral à Saúde da Criança tem sido foco de interesse no Brasil, com vistas a contribuir para a redução dos índices de morbimortalidade infantil, ao ampliar as propostas de prevenção de agravos, promoção, manutenção e recuperação da saúde, buscando um cuidado de qualidade às crianças (FURTADO et al., 2013a; MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Nas últimas décadas, com a incorporação de novas tecnologias, a reorganização do sistema de saúde e o envolvimento de diversos agentes e segmentos sociais, houve possibilidades de melhoria na sobrevivência das crianças, porém, alguns resultados como os óbitos neonatais e nascimentos prematuros ainda preocupam (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; MOREIRA; GOLDANI, 2010).

Mundialmente, embora se tenha verificado uma redução significativa na mortalidade infantil nos últimos anos, ainda há muitos desafios porque apenas meio caminho foi percorrido para atingir a meta de redução da mortalidade infantil para 2/3 entre os anos 1990 e 2015, conforme o 4º objetivo do milênio (IPEA (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA), 2014). Há países no continente africano com uma mortalidade infantil que excedem os 150 óbitos por 1000 nascidos vivos, que não atingirão o referido objetivo do milênio e que precisarão dobrar os seus esforços para reduzir esse indicador (IPEA, 2014; UNIÃO AFRICANA, 2013). Para as crianças menores de cinco anos de idade, em 2000, eram 9.9 milhões de óbitos de nascidos vivos e em 2013 reduziu para 6.3 milhões, mas a projeção para 2030 é que haverá 4,4 milhões de mortes de crianças nessa faixa etária (LIU et al., 2015).

Na atualidade, a mortalidade neonatal é responsável por quase 70% dos óbitos no primeiro ano de vida, e diante disso o cuidado em saúde adequado e com segurança tem sido um dos desafios para reduzir os índices de mortalidade infantil, de nascimentos pré-termo e da alta frequência de cesarianas no país (BRASIL, 2011b; VICTORA et al., 2011).

Uma revisão de estudos de base populacional mostrou que a prevalência de nascimentos pré-termo nas regiões brasileiras Sul e Sudeste, entre 1978 e 2004, variou de 3,4% a 15%, sugerindo tendência crescente a partir da década de 1990, e na região Nordeste, a prevalência da prematuridade de 3,8% a 10,2%, entre 1984 e 1998, também com tendência a aumentar (SILVEIRA et al., 2008). As estimativas de 2013 apontam que a prematuridade e as complicações advindas dela já estão entre as três primeiras causas de óbitos nos menores de

cinco anos de idade (prematuridade, pneumonia pós-neonatal e complicações intraparto), dados preocupantes também para a projeção que indica que tais dados permanecerão assim em 2030 (LIU et al., 2015).

Nesse cenário, deve-se pontuar que a maior causa de mortes infantis no Brasil são as condições perinatais, associadas, em sua maioria, à prematuridade, a qual é considerada como problema de saúde pública (SILVEIRA et al., 2008). Conforme relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, o índice de recém-nascidos brasileiros prematuros foi de 9,2%, com o Brasil aparecendo em 10ª posição em números absolutos com 279,3 mil partos de prematuros ao ano (OMS, 2012).

Segundo a OMS (2012), os bebês prematuros ou pré-termos são todos aqueles que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação ou com menos de 259 dias desde o primeiro dia do último período menstrual regular da mulher. O nascimento prematuro está associado a infecções, patologias crônicas, multiparidade, cesáreas antes do tempo e induções médicas desnecessárias (OMS, 2012). Além disso, pode ser precedido por trabalho de parto prematuro ou pela ruptura da membrana, independente de o parto ser vaginal ou cesáreo (GOLDENBERG et al., 2008).

Uma revisão de estudos no Brasil sobre o aumento de nascimentos pré-termo no país apontou que os seguintes fatores: extremos de idade materna, história prévia de natimorto, ganho de peso materno insuficiente, sangramento vaginal, estresse materno, baixa escolaridade materna, mãe trabalhar em pé, tabagismo, foram vistos como de risco para a evolução de nascimentos prematuros (SILVEIRA et al., 2008).

Este aumento no índice acarreta altos custos para as instituições, devido a necessidade do uso de tecnologias, estrutura física adequada, recursos humanos capacitados para o cuidado à saúde dessas crianças (RAMOS; CUMAN, 2009), bem como sofrimentos e dificuldades às famílias.

Especificamente, as cesáreas no Brasil têm aumentado gradativamente ao longo dos anos. Em 1996, a taxa de partos cirúrgicos era de 36,4% e, em 2006, aumentou para 43,8%, bem acima dos 15% recomendados pela OMS (BRASIL, 2009a; SOCIEDADE CIVIL BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL – BEMFAM, 1997). Outro aspecto a mencionar é que cerca de 48% das primíparas tiveram partos por cesariana e com maior ocorrência em mulheres com escolaridade maior, de grupos socioeconômicos melhor, de cor branca e residentes no meio urbano (BRASIL, 2009a). Apesar de haver aumento do acesso ao serviço pré-natal e a assistência ao parto em estabelecimentos de saúde, o maior uso dos serviços foi

através de excessiva medicalização como episiotomias, cesarianas, exames de ultrassom (BRASIL, 2009a).

Embora a prematuridade esteja aumentando e contribuindo para o aumento da mortalidade neonatal e infantil, a sobrevivência dessas crianças tem sido prolongada (BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010). No entanto, surgem sequelas e cronicidade da criança nascida pré-termo, entre elas a paralisia, retardo mental, prejuízos auditivos e visuais, broncodisplasia, atraso no desenvolvimento cognitivo, dificuldades na aprendizagem, na aquisição de linguagem e em matemática são frequentes e com maior prevalência no grupo de pré-termos de menor peso de nascimento (SAIGAL; DOYLE, 2008; BERHMAN et al., 2007). Outros problemas incluem a reinternação hospitalar, podendo ser frequente após a alta hospitalar, principalmente por problemas respiratórios (BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010).

No Brasil, enfrenta-se um fenômeno chamado "gestante peregrina", pois os serviços de saúde ao apresentarem dificuldades em sua organização e acesso, deixam a gestante vulnerável, sendo fundamental intensificar a vinculação dessa gestante à unidade de referência para a assistência ao parto, com acesso equânime ao cuidado integral, resolutivo, de qualidade, humanizado e em tempo adequado, bem como para assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a, 2011c; TEMPORÃO, 2007).

A gestação e o nascimento de um bebê prematuro, muitas vezes, colocam a família frente a certas limitações, podendo surgir sentimentos de angústia, temor da morte e frustração, uma vez que o bebê idealizado deu lugar ao bebê real, que os pais precisam aprender a reconhecer e a se relacionar (KREUTZ; BOSA, 2013). Desta forma, a assistência de enfermagem e o apoio social podem ajudar na resolução de situações em momentos de crise e contribuir para o desenvolvimento de segurança para o cuidado do filho, com compartilhamento de informações e atenção adequada (FERECINI et al., 2009; VIERA et al., 2010).

Estudo em uma Maternidade escola, referência estadual para gestação de alto risco no nordeste brasileiro, aponta que pais e famílias que visitaram diariamente o recém-nascido prematuro no hospital apresentaram capacidade afetiva e segurança no cuidado domiciliar, percebendo quais as necessidades e aspectos importantes da criança (SOUZA et al., 2010). No entanto, há escassez de oportunidades às famílias nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) para contato próximo com o filho (HALL; BRINCHMANN, 2009; SOUZA et al., 2010), sendo necessário o fortalecimento do papel familiar e a abertura de

espaços dialógicos, fomentando a participação da mãe, pai e familiares no estabelecimento de planos de cuidados com o bebê (FERECINI et al., 2009; BORCK; SANTOS, 2010).

Outras pesquisas encontraram que os pais de bebês pré-termos têm dúvidas para o cuidado após a alta no domicílio e tendência a reduzir a assistência desenvolvida na UCIN nos primeiros momentos em domicílio (FLACKING et al., 2006; COSTA et al., 2009), gerando insegurança se estão cuidando de modo correto.

Diante desses enfrentamentos, são propostas estratégias e ações por meio de políticas públicas do Ministério da Saúde (MS) para que os serviços de saúde e os profissionais auxiliem e busquem garantir a qualidade do cuidado na atenção à saúde do pré-termo e sua família.

1.2 A atenção à Saúde da Criança de risco: proposições e estratégias

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem importância primordial como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção à saúde e seu papel-chave para o adequado funcionamento das redes depende de: ações de saúde abrangentes e articuladas para garantir a vigilância, prevenção de agravos e promoção da saúde; gestão do cuidado com continuidade por meio da regulação do acesso e integração com outros níveis de atenção; disponibilidade de profissionais generalistas com boa formação, com utilização de melhores evidências científicas; escopo assistencial amplo, incluindo diferentes especialidades que atuem de forma articulada com os profissionais generalistas; integração matricial com os especialistas (LAVRAS, 2011; SILVA, 2008, 2011).

Neste contexto, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), implantada em 1994 pelo MS, pautada no trabalho em equipe, priorização da família, acolhimento, vínculo e participação social, que busca a expansão da universalização do acesso aos serviços de saúde e a articulação da rede de atenção para a integralidade das ações e continuidade do cuidado (GARUZI et al., 2014; SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013), assim, ultrapassando o biológico e indo além das dimensões sociais e humanas. Para tal, é preciso que as equipes de Saúde da Família abordem a comunidade procurando compreender suas reais necessidades de saúde, identificando, assim, maneiras para minimizar problemas e promover a qualidade da assistência à criança e à família de forma contínua e integral (FURTADO et.al, 2013a).

O MS, atento aos índices brasileiros de morbimortalidade infantil e materna, vem se preocupando e lançando diretrizes e políticas públicas para a atenção integral à saúde

materno-infantil, desde a década de 80, quando foi elaborado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 2003). O objetivo central era assegurar a assistência integral à saúde da criança, através das ações básicas com vistas à redução da morbidade e mortalidade na faixa etária de crianças de 0 a 5 anos de idade, priorizando o atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco (BRASIL, 1984, 2003). Diante disso, cinco ações básicas foram propostas: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, assistência e controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 1984; FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Em 1990, a OMS, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas em Favor da Infância (UNICEF) propuseram a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), implantada no Brasil em 1996, com a finalidade de reduzir a mortalidade e o número por doenças prevalentes nas crianças menores de 5 anos, além de melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança nos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Em 2000, o MS implantou o Método Canguru, como política pública que está sendo ampliada e fortalecida no Brasil, uma vez que foi incorporada às ações do Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004) (BRASIL, 2011a). O Método Canguru consiste em três etapas: 1) Consiste desde a fase prévia do nascimento do bebê pré-termo e/ou de baixo peso, identificadas por meio de avaliação das gestantes com risco, fornecer a futura mãe e sua família as orientações e cuidados específicos, como suporte psicológico, estímulo à lactação, facilitando a participação dos pais como incentivo e apoio do contato pele a pele e posição canguru. 2) Na segunda etapa é exigido que o bebê tenha estabilidade clínica e ganho de peso regular, segurança e desejo da mãe em permanecer com a criança o maior tempo possível. E a posição canguru pode ser realizada quando ambos sentirem seguros e agradáveis. 3) Após a alta hospitalar, é feito o acompanhamento criterioso do seu bebê e sua família até atingir o peso de 2.500g, considerando a abordagem biopsicossocial (BRASIL, 2011a).

Cabe destacar que a ESF torna-se uma grande aliada no trabalho com famílias e bebês de risco, e é importante a compreensão de um contexto de continuidade do cuidado prestado à criança pré-termo e sua família (BRASIL, 2011a).

Em 2004, o MS lançou a "Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil", na qual é enfatizado o cuidado integral e multiprofissional, com responsabilização, disponibilizando da atenção em todos os níveis, compreendendo as necessidades e direitos da população infantil (BRASIL, 2005). Os direitos

das crianças iniciam-se antes dela nascer, com preferência e prioridade nos atendimentos nos serviços públicos e na execução das políticas sociais públicas, para obter uma qualidade de saúde digna (BRASIL, 2005, 2006b).

Nesta agenda, atenta-se também aos recém-nascidos de risco menores de um ano de idade, especificamente: residentes em áreas de risco, baixo peso ao nascer ($< 2500\text{g}$), prematuro (< 37 semanas de gestação), asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida), mãe adolescente (< 18 anos), mãe com baixa instrução (< 8 anos), criança internada ou com intercorrências na maternidade e unidade de assistência ao recém-nascido e história de morte de crianças < 5 anos na família (BRASIL, 2005). Foram propostas ações estratégicas que devem ser priorizadas pelas equipes de saúde da família, a partir de linhas de cuidado como: a realização do teste do pezinho; incentivo da promoção do nascimento saudável e aleitamento materno e alimentação saudável; vigilância do recém-nascido de risco; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; imunização; atenção as doenças respiratórias e infecciosas na infância e aos distúrbios nutricionais (BRASIL, 2005).

Em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a equipe da atenção primária deverá garantir a realização do calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, busca ativa dos faltosos às consultas ou retornos, conhecer o território e a população infantil da área, manter a escuta qualificada de toda criança garantindo os direitos à saúde, prevenção de acidentes e violência e atenção às enfermidades prevalentes na infância, avaliar os sinais de risco, bem como o cartão da criança avaliando seu desenvolvimento e crescimento, imunização, com orientações à família sobre o cuidado à criança (BRASIL, 2005).

Além disso, as estratégias de ação da vigilância à saúde materna e infantil ampliam a responsabilização da gestão dos serviços de saúde no controle de agravos e doenças que podem surgir ao longo da vida. Nesse sentido, em 2006, o MS, através da Portaria MS/GM n. 399, aprova o Pacto pela Saúde que estabelece como prioridades o Pacto de pela Vida em que os gestores do SUS pactuam metas desde municipais até nacionais e dentre as prioridades encontra-se a redução da mortalidade infantil e neonatal por doença diarreica e pneumonias. E tem como meta reduzir a mortalidade neonatal em 5%, reduzir em 50% os óbitos por diarreia e 20% por pneumonia, além disso, apoiar propostas de intervenção voltadas à qualificação da atenção as doenças prevalentes na infância e criação de comitês de vigilância de óbito em 80% dos municípios com população acima de 80 mil habitantes (BRASIL, 2006a).

Em 2010, O MS lançou o Plano Nacional pela Primeira Infância, que traça diretrizes e objetivos com ações amplas e articuladas de promoção e realização dos direitos da criança de

até seis anos de idade nos próximos doze anos afirmados pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, através de leis que aplicam em diversos setores como educação, saúde, assistência, cultura, convivência familiar e outros (BRASIL, 2010a). Esse plano reafirma linhas e ações estratégicas já propostas anteriormente, como: atendimento pré-natal; atenção obstétrica e neonatal humanizada; aleitamento materno e alimentação infantil; alimentação saudável, combate à desnutrição e anemias carenciais e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; vigilância à saúde pela equipe de APS com a intensificação do cuidado à puérpera e ao recém-nascido principalmente na primeira semana de vida, além de capacitação da equipe de saúde voltada ao cuidado integral; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando precocemente os problemas relacionados à nutrição, saúde, capacidade mental e social; controle e assistência com expansão da estratégia de AIDPI; cuidados para grupos específicos e crianças com deficiências; ações conjunturas e intersetoriais (BRASIL, 2010a).

Esse plano tem como metas cumprir os compromissos internacionais assumidos pelo país em documentos como a Convenção dos Direitos da Criança, o Plano de Educação de Dakar 2000/2015, Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e os Objetivos do Milênio, proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU) (BRASIL, 2010a), que estabeleceu oito objetivos para se cumprir, dentre eles, a redução da mortalidade infantil. Cabe lembrar que o Brasil conseguiu alcançar a meta em 2012, três anos antes da data fixada pela ONU, reduzindo, entre 1990 e 2012, 77% na mortalidade de crianças menores de 5 anos no país (UNICEF, 2013).

A partir de 2011, o MS brasileiro, considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança, instituiu a Rede Cegonha (BRASIL, 2011c).

A Rede Cegonha tem como diretrizes, garantir o acolhimento com classificação de risco, melhoria da qualidade do pré-natal, por meio da ampliação de exames, visitas ao local do parto e retorno em tempo hábil e ampliação do acesso, garantindo o vínculo da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro (BRASIL, 2011c). Além disso, essa rede propõe assegurar boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, com direito a acompanhantes, estímulo ao parto normal, atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses, com promoção do aleitamento materno, acompanhamento da criança na atenção básica e atendimento especializado para casos de maior risco; busca ativa dos faltosos e aqueles considerados de risco e que não estão com a carteira de vacina em dia; garantir também os

direitos sexuais e reprodutivos através de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, bem como promoção, prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis/Aids, além de orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011c).

A organização dos serviços de saúde em redes está ligada à concepção de aprofundar a estratégia de regionalização, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para a qualificação da atenção, da gestão e do cuidado em saúde, com a organização de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde. As redes devem ser articuladas, descentralizadas e de cunho integral, com objetivos de aumentar a resolubilidade na atenção básica, diminuição dos encaminhamentos, voltada às necessidades da população, tendo como coordenadora do processo, a APS (SILVA, 2011).

As políticas apresentadas anteriormente sugerem uma importante evolução nas prerrogativas da atenção integral à saúde da criança nascida a termo e pré-termo, no entanto, ainda encontram-se lacunas entre as normas vistas e a realidade do sistema de saúde brasileiro, em muitos momentos ainda voltado ao enfoque hospitalocêntrico e curativo (COSTA, et al., 2010). Com a implantação da ESF, como um novo modelo de reorganização da APS, propõe-se a mudança de foco, da doença para a promoção e atenção global da criança e família, em consonância com o modelo de vigilância à saúde, que tem sido recomendado por diversos órgãos e políticas de saúde apontadas no percurso deste estudo.

1.3 A Vigilância à Saúde da Criança Prematura: contribuições da enfermagem

A vigilância à saúde ou da saúde apresenta três vertentes: integração entre as atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, análise e monitoramento de situações de saúde, e como componente que organiza o processo de trabalho na redefinição das práticas sanitárias voltadas para o planejamento (MONKEN; BARCELLOS, 2005; TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 1998).

Também é compreendida como um modelo sob a forma de práticas operacionais, combinando tecnologias distintas e controlando os riscos e os danos que se estruturam conforme as diferentes fases do processo saúde-doença, desde os agravos até as necessidades sociais de saúde (MONKEN; BARCELLOS, 2005; PAIM, 1994).

Em perspectiva mais recente e mais ampliada, “vigilância à saúde” é preconizada como instrumento para a transformação dos determinantes de saúde e doença, com base nos conceitos de territorialidade, intervenção de problemas, intersetorialidade, participação social, prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde (FARIA; BERTOLOZZI, 2010). Trata-se de modelo que focaliza os problemas locais, opera a partir de sistemas geográficos de informação e dá subsídios para o planejamento local em saúde, incorporando o processo de trabalho em saúde e a interlocução com outros setores sociais (MENDES, 1995; MELO, 2009; NOVACZYK, 2008). Essa proposta está em consonância com as premissas da ESF.

A concepção ampliada de “vigilância à saúde” visa à transformação do modelo de atenção local, avançando no processo de descentralização da gestão e gerência da saúde, com fortalecimento do controle social (ARREAZA; MORAES, 2010). Esse modelo incorpora também, mas não somente, a busca da articulação e integração das ações das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, para que sejam possíveis respostas inovadoras e de acordo com as necessidades que emergem no âmbito da saúde (OLIVEIRA; CASANOVA, 2009).

Nesse mesmo entendimento, o termo “vigilância à saúde” representa um enorme guarda-chuva, que busca articular práticas dispersas e diferentes na saúde coletiva, desde assistenciais até as ações de promoção e prevenção (TEIXEIRA; PINTO, 1993). Assim, não se restringe apenas às doenças de notificação compulsória, incorpora também questões nutricionais, ambientais, saúde mental, relações trabalho/saúde e violência, procurando acompanhar não apenas agravos e riscos, mas também aspectos da adesão como medidas de autocuidado, com frequência a consultas, as atividades existentes nas unidades básicas de saúde e da saúde da família, entre outros (AYRES, 2002). Esses modelos têm consonância com as propostas da promoção à saúde, ampliando as ações voltadas para caracterizar uma boa qualidade de vida (AYRES, 2002).

Sob o enfoque da vigilância à saúde da criança, é proposto que as equipes de saúde da família sigam as linhas de cuidado integral já definidas, garantindo efetivo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância (BRASIL, 2005). No caso de bebês prematuros, são recomendadas as ações de acompanhamento e vigilância dos egressos de unidades de cuidados intensivos por 24 meses (BRASIL, 2011a), considerando as vulnerabilidades individuais, sociais e culturais.

A enfermagem é um grupo profissional que tem relevantes papéis, funções e responsabilidades no cuidado à saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000). A essência e especificidade da profissão enfermagem é o cuidado ao ser humano, individualmente, na

família e na comunidade, para o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

Na atenção em saúde da criança, o profissional enfermeiro tem responsabilidades de cuidado e suporte humanizado à criança e família, valorizando o bem-estar biopsicossocial, identificando necessidades e vulnerabilidades, contribuindo para a construção do vínculo entre mãe, filho e família, e permitindo a continuidade da atenção no domicílio (RIBEIRO; OHARA; SAPAROLLI, 2009; VASCONCELOS et al., 2012).

Essas necessidades que devem ser identificadas não se restringem apenas aos serviços de saúde e problemas de saúde, mas dizem respeito também às vulnerabilidades que expressam o modo de vida da criança prematura e sua família (PAIM, 2006). Além disso, incluem a liberdade, a autonomia, a reflexão e a autorrealização, não limitando somente à autoconservação e preservação da espécie (HINO et al., 2009).

Ao identificar as vulnerabilidades da criança e sua família, é fundamental ampliar o olhar para a exposição do bebê pré-termo aos riscos e ao adoecimento, consequência de um conjunto de aspectos que vão além do individual, mas abrangem aspectos coletivos e contextuais.

O quadro conceitual da vulnerabilidade enfoca três componentes: a vulnerabilidade individual, ligada à qualidade da informação que os indivíduos entendem sobre os problemas de saúde; a vulnerabilidade social, que inclui a obtenção de informações, a disponibilidade de recursos materiais e cognitivos, além das tomadas de decisões; e a vulnerabilidade programática ou institucional, que consiste na avaliação dos programas e de suas respostas à atenção à saúde, ao controle das doenças, financiamentos, serviços, entre outros (AYRES et al., 1999). Nessa perspectiva, a vulnerabilidade vem como uma forma de repensar as práticas de saúde, propondo transformações nas relações de cuidado, importante para a ótica da vigilância à saúde (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007). Também cabe destacar a importância desses aspectos para repensar o cuidado da criança pré-termo e sua família e as relações com os profissionais de saúde e os serviços.

No contexto brasileiro da APS, particularmente na ESF, o enfermeiro vem assumindo papel fundamental na realização da consulta de enfermagem, sendo de exclusividade dele, com o objetivo prestar assistência sistematizada, de abordagem integral, generalista e contínua, com o propósito de identificar os problemas de saúde e avaliar cuidados para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde de indivíduos e de crianças, expandindo para a abordagem à família (RIBEIRO; OHARA; SAPAROLLI, 2009).

É importante que os profissionais de enfermagem estejam acompanhando as famílias com bebês prematuros para efetivo cuidado e suporte após a alta hospitalar.

Em geral, os trabalhos científicos de enfermagem abordam o cuidado após a alta para bebês que nasceram a termo, sendo incipiente a produção da Enfermagem brasileira sobre o bebê prematuro na perspectiva da vigilância à saúde (VIERA; MELLO; OLIVEIRA, 2008).

O enfoque da vigilância à saúde para prematuros egressos de UCIN é importante para viabilizar o cuidado de enfermagem e dos demais membros da equipe de saúde no contexto da família, para o desenvolvimento de intervenções de promoção da saúde, prevenção de agravos e de reinternações, recuperação e reabilitação da saúde. A realização da Educação Permanente em Saúde (EPS) na ESF representa uma importante mudança para os profissionais dos serviços, em relação à concepção de vigilância à saúde da criança pré-termo e as práticas neste processo (BRASIL, 2009b).

Nesse processo, também é relevante considerar que “todo prematuro tem direito ao tratamento estabelecido pela ciência, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição” (TAVARES, 2009, p. 10).

O cuidado de enfermagem diante desse bebê e das vulnerabilidades inerentes é fundamental para a melhoria na qualidade de vida, com crescimento e desenvolvimento saudável. Bebês pré-termos, após a alta hospitalar, necessitam, muitas vezes, de suportes tecnológicos que garantam a sua sobrevivência, bem como de uso contínuo de medicamentos, monitorização dos sinais vitais, saturação de oxigênio, entre outros (NEVES; CABRAL, 2008). E na maior parte, a família, diante dessas situações de cuidar, perpassa por momentos emocionais profundos, desde a tristeza até o estresse envolvido, requerendo ainda mais o cuidado contínuo do enfermeiro e da equipe de saúde capacitados, bem como o fornecimento de orientações e apoio à família no domicílio (KIRK; GLENDINNING; CALLERY, 2005).

Na presente pesquisa, o entendimento é de que o cuidado de enfermagem à saúde do pré-termo pode expandir-se com os princípios da vigilância à saúde no contexto da ESF, contribuindo para a promoção da saúde da criança e sua família, o fortalecimento de saberes e práticas compartilhados e trazendo subsídios para a reconstrução das práticas de saúde.

Diante desses aspectos, o seguinte questionamento é posto para o desenvolvimento deste estudo: Como é realizada a vigilância à saúde do bebê prematuro egresso de unidades neonatais por enfermeiros que atuam em unidades de saúde da família no município de Ribeirão Preto?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Analisar as experiências de enfermeiros que atuam em unidades de ESF quanto aos cuidados de crianças nascidas pré-termo, na perspectiva da vigilância à saúde da criança.

2.2 Objetivos Específicos:

- Caracterizar o perfil dos enfermeiros que atuam em unidades de ESF no município de Ribeirão Preto-SP, de acordo com idade, sexo, tempo e local de formação, tempo de trabalho na ESF e cursos realizados após a formação;
- Apreender as concepções dos enfermeiros da ESF sobre vigilância à saúde de crianças nascidas pré-termo;
- Identificar as vulnerabilidades e necessidades da criança nascida pré-termo e sua família a partir da visão de enfermeiros;
- Descrever os cuidados de enfermagem à criança nascida pré-termo, tendo em vista saberes e práticas para a vigilância à saúde no contexto da ESF.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de estudo exploratório, com análise qualitativa dos dados, fundamentado nos princípios conceituais da vigilância à saúde.

Neste estudo, a abordagem qualitativa esteve centrada na busca de significados para apreender o objeto em estudo (MINAYO, 2010), sem a pretensão de explicar os fatos que ocorrem com as pessoas, individual ou coletivamente, por meio de mensurações, listando seus comportamentos ou correlacionando com eventos da vida, pretendeu conhecer as vivências e que entendimentos essas pessoas têm de suas experiências (TURATO, 2005).

Conhecer as *significações* dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da comunidade frente a tratamentos e medidas implementadas; entender mais profundamente certos sentimentos, ideias e comportamentos das pessoas, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde (TURATO, 2005).

Neste estudo, a perspectiva qualitativa foi importante e enriquecedora para apreender saberes e práticas dos enfermeiros, explorando em detalhes os aspectos inerentes à vigilância à saúde no cuidado de bebês nascidos prematuros após a alta hospitalar, no âmbito da ESF.

3.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em Ribeirão Preto, São Paulo (SP), que está situada no interior do Estado de SP, com uma população estimada de 658.059 habitantes para o ano de 2014 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE), 2010).

O município apresentou, no ano de 2012, a natalidade de 13,42 por mil habitantes, e uma mortalidade infantil de 10,02 por mil nascidos vivos, para o ano de 2013, não sendo alcançada a meta de 9,0%, estabelecida no município. Em relação aos partos cesáreas, o índice foi de 61,42 em 2012, acima da média do Estado de São Paulo (61,18%), e o índice de nascimentos prematuros foi de 12,08%, em 2012, um pouco acima da média do Estado de São Paulo (11,03%), considerado alto (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados SEADE, 2015).

No município, há 28 Unidades Básicas de Saúde, sendo 17 unidades com Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 14 unidades com ESF. A ESF foi implantada em 1999 e entre as 14 unidades com ESF, seis são denominadas Núcleos de Saúde da Família (NSF), vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). O município conta ainda com uma policlínica de especialidades e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), contando ainda com cinco Unidades Distritais de Saúde (UBDS), as quais têm serviços de urgência e emergência 24 horas, localizados nas regiões Norte (Distrito Simioni), Sul (Distrito de Vila Virgínia), Leste (Distrito de Castelo Branco), Oeste (Distrito de Sumarezinho) e Central (Distrito Central).

Os distritos de saúde são definidos a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, onde possuem várias unidades de saúde e outros equipamentos sociais e conta com uma UBDS, que se torna referência de algumas especialidades para todo o distrito. Nas UBDS, há laboratório clínico, ultrassonografia, radiologia simples e eletrocardiografia. Já nas distritais e nos ambulatorios de especialidades, são realizados exames mais sofisticados, através de serviços conveniados e/ou contratados (RIBEIRÃO PRETO, 2014).

No município, a cobertura da população por unidades com ESF é de apenas 17,3%. A meta para o município, em 2013, era atingir 50% de cobertura populacional com essa estratégia, no entanto, algumas dificuldades encontradas ao longo dos anos, como a falta de profissionais formados para a atuação em Saúde da Família, entre outras, impediram a cidade alcançar e expandir suas metas (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Neste estudo, o local da coleta dos dados empíricos foram unidades com ESF.

3.3 Participantes do estudo e Coleta de dados

Para a seleção dos participantes do estudo foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros que atuam em unidades com ESF, que estão trabalhando nessas unidades há pelo menos seis meses, que acompanham e participam da atenção à saúde da criança. Os critérios de exclusão foram: enfermeiros em licença saúde ou afastados do trabalho.

Das 14 unidades com ESF existentes no município, em algumas delas havia mais de uma equipe no mesmo local, totalizando 25 enfermeiros, os quais foram todos convidados a participar da presente pesquisa. Houve recusa de três deles, sem explicitarem o motivo, e um

estava em licença saúde durante a coleta de dados. Desse modo, participaram do estudo 21 enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas gravadas.

As entrevistas permitem ao pesquisador obter informações contidas nas falas dos atores sociais, configurando uma conversa a dois com propósitos definidos, e essa técnica reforça a importância da linguagem e do significado da fala, bem como é um meio de coleta de informações sobre o tema em estudo (MINAYO, 2010).

Para Boni e Quaresma (2005), as entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, em que o pesquisador segue um conjunto de questões previamente definidas e o informante tem a possibilidade de falar sobre o tema. O entrevistador pode fazer perguntas adicionais para esclarecer algumas questões ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, caso o entrevistado tenha "escapado" do tema ou tenha dificuldades com ele. Outro ponto é sua elasticidade quanto à duração, permitindo um aporte mais profundo sobre os assuntos que pretende pesquisar. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas, e quanto menos estruturada a entrevista, maior será o favorecimento de uma troca entre as duas partes. Desse modo, esse tipo de entrevista colabora muito na investigação dos aspectos valorativos e afetivos dos informantes, determinando os significados para suas atitudes, comportamentos e pensamentos (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram realizadas no período de Janeiro a Abril de 2014 e tiveram a duração entre uma hora e uma hora e meia. As entrevistas foram agendadas previamente com os enfermeiros e gravadas em formato MP3, transcritas na íntegra e, após a transcrição e análise, as mesmas foram deletadas. As entrevistas foram realizadas em sala privativa no ambiente de trabalho e foi utilizado um roteiro composto por questões norteadoras.

As perguntas utilizadas foram: 1- O que é para você vigilância à saúde da criança aqui na estratégia saúde da família? 2- Quais conhecimentos de enfermagem você considera importantes para a vigilância à saúde de prematuros após a alta hospitalar? 3- Como está sendo o cuidado de enfermagem ao bebê prematuro aqui na sua unidade? 4- Quais as necessidades de um bebê prematuro e da sua família quando saem do hospital? Você lembra de algum caso que queira relatar? 5- Quais as situações de vulnerabilidade da criança prematura e da sua família? Você lembra de algum caso que queira relatar? 6- Quais estratégias você e a equipe utilizam para a vigilância à saúde de prematuros? Perguntas adicionais foram realizadas aos enfermeiros para esclarecimentos de dúvidas e de maior aprofundamento das experiências. Neste mesmo roteiro, constou a caracterização dos entrevistados e foram obtidas informações relativas à idade, sexo, tempo e local de formação,

tempo de trabalho na ESF, cursos após a formação com conteúdos de saúde da criança e/ou saúde da família e cursos após a formação realizados com conteúdos sobre vigilância à saúde da criança e/ou vigilância à saúde (Apêndice 1).

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados qualitativos foi realizada com base na análise de conteúdo do tipo temática indutiva (BRAUN; CLARKE, 2006).

Esse método busca identificar, analisar e relatar padrões a partir dos dados coletados, culminando em temas que traduzem partes significativas do conjunto de dados. No modelo indutivo, os temas identificados são extraídos dos próprios dados, em que a análise indutiva configura um processo de codificação dos dados, que não são fixados *a priori*, ou seja, é direcionada e alicerçada nos próprios dados (BRAUN; CLARKE, 2006).

Nesse estudo, os dados foram tratados de modo qualitativo, apreendendo aspectos relevantes das concepções e experiências dos enfermeiros no cuidado de crianças prematuras no contexto da ESF, com base nas premissas da vigilância à saúde no âmbito da APS.

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo foi apreciado e autorizado pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Após apreciação favorável (Anexo 1), o mesmo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, obtendo aprovação (Anexo 2).

Após aprovação, o projeto foi encaminhado à Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto para deliberação da pesquisa e concordância pela mesma como Instituição co-participante (Anexo 3). Para a realização da pesquisa nos NSF I, II, III, IV, V e VI, o projeto foi apreciado e aprovado pela Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde Escola (CSE) da FMRP – USP (Anexo 4). Os participantes da pesquisa foram informados a respeito dos objetivos e o modo do estudo, através de solicitação de entrevista gravadas em MP3, com agendamento de data, horário e local de acordo com a disponibilidade do profissional, se assim consentido, garantindo o sigilo dos dados coletados. Foi informado ao participante da liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer

momento da pesquisa, assim como seus direitos, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), seguindo as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Após o aceite dos participantes, ao assinarem o termo os mesmos receberam uma cópia com a assinatura do pesquisador.

4 RESULTADOS

Inicialmente, são apresentadas as características dos 21 participantes enfermeiros que atuam em unidades com ESF do município de Ribeirão Preto.

Em seguida, estão apresentados os resultados agrupados em temas e subtemas elaborados a partir da análise dos dados das entrevistas, identificadas com o número do enfermeiro entrevistado (E1 a E21).

4.1 Caracterização dos participantes no estudo

Quanto à caracterização dos profissionais, todos eram do sexo feminino e a idade variou de 27 a 56 anos. O tempo de formação variou entre 5 e 32 anos, sendo que 4 enfermeiros estão formados há menos de 8 anos e 17 dos entrevistados há mais de 11 anos.

No tocante aos locais de formação na graduação em enfermagem, 19 provêm de escolas de enfermagem da cidade de Ribeirão Preto, 01 do Estado do Paraná e 01 do Estado do Ceará.

O tempo de trabalho na ESF variou de 8 meses a 16 anos, sendo que 01 enfermeiro tinha 8 meses de atuação, 01 com 1 ano de atuação, 09 entre 1 ano e meio e 4 anos de atuação, 04 de 6 anos e meio a 9 anos de trabalho e 06 enfermeiros que atuavam há mais de 12 anos nesse modelo de atenção à saúde.

Em relação aos cursos realizados após a graduação, com especificidades de conteúdos de Saúde da Criança e/ou Saúde da Família, 12 enfermeiros referiram ter realizados as seguintes especializações: Mestrado com ênfase em Saúde da Família e Especialização em Saúde Pública, Saúde da Família, Doutorado em Saúde Pública, Gestão em Enfermagem e Psiquiatria, além dos cursos de extensão. Os outros 09 enfermeiros realizaram apenas os cursos de extensão, oferecidos pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto e pelo Hospital das Clínicas - FMRP-USP, bem como cursos promovidos pelo MS.

Os cursos relacionados à temática da Vigilância à Saúde e/ou Vigilância à Saúde da Criança foram: 07 enfermeiros não realizaram e 14 realizaram cursos relacionados a este tema, inserido em especializações em Saúde da Família, residência em Saúde da Família e cursos oferecidos pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

4.2 As experiências e concepções de enfermeiros na prática da Vigilância à Saúde da Criança pré-termo no contexto da ESF

4.2.1 Vigilância à saúde da criança pré-termo: concepções e estratégias

- A vigilância à saúde da criança pré-termo: estar perto e atento
- Estratégias para a realização da vigilância

4.2.2 A prática da vigilância à saúde da criança nascida pré-termo

- Ações para cuidar da criança nascida pré-termo
- Necessidades e preocupações com a saúde da criança pré-termo e sua família
- Identificação de vulnerabilidades para a criança pré-termo e sua família
- Limites e propostas para o acompanhamento da saúde da criança nascida pré-termo

4.2.3 Os saberes de enfermeiros na prática clínica na APS da criança pré-termo

- Valorização de áreas de conhecimento e do saber clínico
- Avaliação baseada em identificação e observação
- Repertório de orientações de enfermagem com amplitude de conhecimentos
- Gestão do cuidado e utilização de protocolos assistenciais
- A parceria entre profissionais e os limites para a busca de conhecimentos

4.2.1 Vigilância à saúde da criança pré-termo: concepções e estratégias

Neste tema estão retratadas as diferentes concepções e estratégias para a realização da vigilância à saúde da criança pré-termo na visão dos enfermeiros, traduzidas nos seguintes subtemas: A vigilância à saúde da criança pré-termo: estar perto e atento; Estratégias para a realização da vigilância.

A vigilância à saúde da criança pré-termo: estar perto e atento

Na perspectiva dos enfermeiros da ESF foi destacado que a vigilância está centrada em um acompanhamento constante, desde a gestação, com foco no crescimento e desenvolvimento da criança, além de monitorar os indicadores de saúde.

É acompanhar essa criança desde antes, desde quando ela está na barriga da mãe, desde quando a gente inicia o pré-natal. A gente avalia todas as possíveis complicações, as possíveis doenças, as possíveis alterações que possa ter com esse bebê. Então, assim, eu acho que vigilância é uma coisa bem ampla. Envolve além do crescimento e desenvolvimento, a avaliação psicossocial. Então, é uma coisa bem abrangente, a saúde como um todo. (E3)

Para mim começa durante a gestação, eu acho que se você tiver uma gestação saudável, você vai ter um bebê com mais possibilidades também de estar mais saudável, eu acho que inclui tudo. Tem a parte física, a parte mental, a emocional, começa desde a gestação. Com bom apoio ao pré-natal, com um parto humanizado e depois com seguimento tanto da mãe quanto do nenê. (E10)

Acho que é a oportunidade de você acompanhar, monitorar, cuidar, zelar, tentando olhar tanto para os indicadores da saúde, quanto os [indicadores] sociais, a questão do cuidado. (E14)

Os enfermeiros apontam, também, que a vigilância é a ampliação do olhar profissional para o cuidado, para evitar riscos, detectar precocemente agravos e problemas ou dificuldades e com início desde a realização do planejamento familiar.

A gente pode pensar no contexto de ampliação de olhar para o cuidado. É você conseguir olhar para os riscos que uma criança ou qualquer outra pessoa pode ter e se antecipar a eles. Ver também o que elas [crianças] têm de suporte, como a assistência em saúde, ou o que têm de suporte dentro daquela determinada área que a criança ou que essa família ou esse indivíduo está inserido. [...]. Quando a gente aplica a vigilância em saúde a uma criança, a gente vai desde o planejamento familiar, aquela família planeja não ter aquele filho, se ela planeja, de que forma é esse planejamento? Qual é o grau de orientação dessa família, de instrução, a idade, situação conjugal? [...]. Então, a gente tem que estar atento a isso: planejamento familiar, passando pelo pré-natal, depois parto, puerpério, puericultura e o crescimento e desenvolvimento infantil. (E12)

É acompanhar a criança na primeira fase da vida, no sentido da gente estar detectando precocemente alguns problemas que podem trazer agravos para a saúde dela. (E20)

As enfermeiras reportam que a vigilância também é um cuidado que inclui em sua realização a necessidade de atentar-se para as questões das doenças prevalentes na infância,

especificidades do crescimento e desenvolvimento, das condições de saúde da criança e do seu contexto de vida, bem como o compartilhamento dos casos com a equipe.

Eu acho que vigilância é cuidado. Então, não diz só sobre as questões específicas. [...]. Eu penso que precisa acompanhar e ficar bem de perto. Assim, atento com as questões de crescimento e desenvolvimento, se aquela criança está ganhando peso adequadamente, se ela não tem diarreia, se ela não tem vômito, se ela consegue mamar bem, se a mãe mantém o aleitamento materno exclusivo. Tudo isso acho que pra mim é vigilância da criança. Se ela tem outros irmãos, se a mãe está dando conta daquele cuidado, se ela está sendo bem cuidada, se ela tem oferta de alimento, higiene e banho de sol, tudo aquilo que é preconizado para eu olhar em uma consulta, ou num domicílio. Faz parte de condições para um bom desenvolvimento da criança, pra mim a vigilância tem que estar atenta, eu tenho que estar atenta sempre. Dividindo isso com a equipe sempre também. (E13)

Acompanhando essa criança para ver se ela está com um aporte nutricional adequado para a idade, se ela está com o desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade, se ela tem condições na casa e na família, de ter uma estrutura para crescer e se desenvolver, se ela vive em um ambiente saudável. Eu acho que a vigilância é você estar perto, acompanhando esses fatores que podem interferir na saúde da criança. (E17)

Também é citado o exemplo da consulta de puericultura como uma prática de realização da vigilância à saúde da criança, destacando como fundamental o papel do enfermeiro, enquanto agente deste processo.

A puericultura é um exemplo da vigilância à saúde da criança, que a gente precisa monitorar, acompanhar o desenvolvimento, crescimento da criança e o aspecto social também, o social que circula este bebê e essa criança ao longo do seu desenvolvimento. Então, é fundamental, acho que a enfermeira é o centro de tudo isso. [...]. É quem orienta a amamentação, é quem acolhe primeiro a mãe e o bebê, o binômio e depois dá continuidade. (E6)

Ver se a criança está seguindo uma puericultura, se a mãe está atenta a isso, para acompanhar. A gente fica preocupada para ver se está vindo, fica preocupada com o aleitamento materno. E, assim, ajudando a mãe, ver se ela está com condições, com alguma dificuldade para cuidar dessa criança, dessa família. (E9)

Nessas narrativas, há uma preocupação em relação à periodicidade nas consultas e, também, com as dificuldades que podem aparecer, como no tocante ao aleitamento materno.

As enfermeiras afirmam que para a vigilância à saúde é importante fazer a observação, as orientações e adequadas condutas para um bom crescimento e desenvolvimento da criança, com o foco de evitar agravos à saúde da criança e família.

É você observar, orientar condutas em relação à melhor forma de crescimento e desenvolvimento dessa criança. Então, a vigilância é você estar utilizando orientações, informação para fazer com que a saúde da criança ela chegue ao que é ideal. Sem dificuldade, com crescimento adequado, evitando anemias e vários agravos para a família.
(E8)

Em contrapartida, surgiram visões acerca da vigilância à saúde circunscrita à vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, lembrando a notificação compulsória de doenças.

Vigilância à saúde engloba um pouco de tudo, epidemiológica, dentre outras coisas. Eu acho que focado na saúde da criança, ela transcende a questão da atenção primária, eu acho que engloba todo o restante. [...] E aí pensando mais na vigilância epidemiológica, aleitamento materno, agravo de notificação compulsória, atendimentos, encaminhamentos. Então, eu acho que a vigilância é esse todo, esse olhar para criança, desde quando ela está na barriga da mãe até depois dela completar seus 10 anos. (E5)

Para mim, entra um pouco da vigilância epidemiológica, sanitária e entra um pouco da ambiental. (E18)

A maior parte dos entrevistados revelou que a vigilância à saúde da criança é o acompanhamento integral da criança, monitorando o crescimento e desenvolvimento por meio das consultas de puericultura, e mesmo antes, já iniciando desde o planejamento familiar e o pré-natal. Há visões sobre a vigilância à saúde da criança que engloba a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, podendo sugerir certos limites de concepção.

Estratégias para a realização da vigilância

Neste subtema são apresentadas as estratégias para a realização da vigilância, com destaque para a realização da visita domiciliária (VD) pelo agente comunitário de saúde (ACS) e pelo enfermeiro para o recém-nascido a termo e pré-termo, a busca ativa com acompanhamento e a identificação precoce dos problemas e agravos.

Os agentes comunitários fazem visita do recém-nascido, às vezes uma criança que tá tendo alguma doença de repetição, a gente vai na casa ver, observa se tem algum sinal de violência, se não está sendo bem cuidada. (E1)

Eu acho que a visita do agente comunitário é bem importante. Assim, por ser saúde da família, então, a gente está acompanhando. Quando a gente está na casa, a mãe consegue desabafar mais, porque é um ambiente mais tranquilo do que na unidade, já muda a rotina. Então, eu acho que é bem importante sim, tanto a questão dos atendimentos aqui quanto as visitas do agente. (E5)

Eu entro em contato com o agente comunitário, checo que a mãe está no domicílio com esse RN [recém-nascido] e agendo o mais rápido possível uma visita domiciliária. Essa visita é que a gente vai levantar as necessidades dessa família, desse bebê. E a partir disso, a gente traz para a equipe um momento de discussão de caso. (E19)

Nós trabalhamos com o agente comunitário porque ele já sabe data provável [do parto], quando vai nascer, se nasce antes, porque passa visita semanalmente para ver se esse bebê nasceu. Ele traz para nós a informação da criança que está internada ou que já está de alta. Quando ela está internada, ele vai na casa saber como está. Quando sai é agendada visita com a enfermeira, a gente vai até a casa, faz a visita, vê o estado geral do bebê. (E4)

Nos relatos dos participantes do estudo, aparece uma motivação para procurar ver o todo da saúde da criança:

Uma criança que recebeu alta eu faço uma visita. [...]. Na visita, eu vejo a vacina, peço cartão do dia que ela passou no pediatra, vejo se passou o peso ou não, não dá pra levar uma balança, até daria, mas ainda não foi o caso, ver o crescimento e desenvolvimento, ver adaptação mãe e RN [recém-nascido], a parte da orientação, amamentação, do banho de sol, da próxima vacina, enfim, procuramos ver o todo. (E12)

Geralmente, a criança prematura tem um acompanhamento diferenciado das demais, as consultas são em intervalos menores. Então, as duas primeiras consultas, uma faz comigo de imediato e até 15 dias já com o médico. E todo mês, a gente acompanha essa criança em consulta médica, com a visita do agente comunitário de saúde e mais a minha consulta. (E18)

A importância da formação do vínculo entre os profissionais e a família também é um aspecto relacionado ao incremento das estratégias para intensificar ações de vigilância à saúde da criança, buscando caminhos para o trabalho em equipe e para a integralidade da atenção.

É muito importante formar um elo durante a gestação já, com a mãe, para ela ter confiança em você, no agente comunitário da área, para ela poder ter liberdade para trazer dúvidas, perguntar o que quiser, para ter abertura se precisar, estar vindo aqui, chamando a gente. Então, acho que isso precisa ter bastante também, esse elo, esse vínculo. (E1)

A gente tem os agentes comunitários, se a mãe veio comigo e está grávida, eu já aviso o agente comunitário porque aquela gestante tem que ter um acompanhamento já desde o início, especial e contínuo, e quando ela [puérpera] sair do hospital, o bairro fica sabendo e as agentes comunitárias também. E tem uma coisa boa, as pacientes vêm na unidade, elas retornam. Existe um vínculo. Então, é raro você ter uma puérpera, uma mãe que, ao sair do hospital, não vem à unidade. (E10)

Outro ponto destacado é o acompanhamento das crianças com periodicidade, contando também com a articulação entre os serviços e entre os profissionais da saúde, para a realização da vigilância à saúde da criança.

É estar atento a essa criança, independente dela ser pré-termo ou não, é fazer visita domiciliar frequente, monitorar se está vindo às consultas de puericultura em período adequado, se durante as consultas a gente identifica alguma alteração, se tem cartão de vacina, se está em dia, lógico, se for vigilância, a vacina tinha que ser a primeira coisa a dizer. (E13)

Eu acho que é fundamental tentar buscar outros serviços quando necessário, em termos de encaminhamento, ou se é uma parte que pega mais a questão social, então da gente discutir com o pessoal do serviço social, de discutir com a equipe multi também que a gente tem residência multiprofissional, isso nos ajuda bastante. Então, a gente tem os profissionais também para estar orientando e ajudando. (E5)

Aqui a gente é muito conjunto, isso eu posso te garantir que facilita demais, é uma das coisas que tem que existir, é cada qual com o seu pedaço de entendimento, não existe competição aqui, então eu acho que trabalhar junto, de saber o que você é capaz, o que eu sou capaz, e juntar as capacidades, em prol da pessoa. (E16)

A atuação do enfermeiro no cuidado à saúde da criança aparece como um papel para a identificação de como a criança está sendo cuidada:

O nosso primeiro papel para uma mãe que acaba de se tornar mãe, assim que o bebê nasceu, é trabalhar com ela, como que ela vai monitorar essa criança, quais são as ferramentas que ela vai ter que adquirir conosco ou que ela já tem com ela, e ela só desenvolve para poder promover essa saúde da criança. Esse trabalho, pra mim, ele é o mais importante da puericultura, e eu olho muito isso. Então, às vezes, o nenê ele está do ponto de vista biológico perfeito, mas tem uma mãe que está muito longe. Então meu papel é trazê-la. (E21)

É muito comum, eu faço a BCG [Bacillus Calmette-Guérin] e já trago a mãe comigo, vamos ver o biquinho, vamos ver a mama, se é possível ver uma mamada. Lá na sala de vacina a gente já costuma fazer algum levantamento de algumas coisas que precisaria de ela trazer pra cá, eu já oferto pesar o bebê, é uma forma de você trazer a mãe pra você. (E2)

Cada plano [de cuidado] é feito de acordo com a necessidade da família e a necessidade da criança. [...]. Então, eu acho que é traçado individualmente o projeto do cuidado com a criança. (E15)

Aspectos sobre a organização e o fluxo de informações entre os serviços de saúde também foram apontados pelos enfermeiros como estratégias relevantes para a vigilância à saúde:

Quando vem uma gestante cadastrada que fez o pré-natal aqui ou um prematuro que vem, o Floresce [programa municipal de acompanhamento da criança] já avisa ou fico sabendo antes, porque o agente comunitário avisa: “Oh nasceu prematuro”. E, às vezes, a gente liga para o hospital para saber. Assim que vem de alta, a gente já realiza uma visita, a gente fica muito atenta a isso. (E2)

A comunicação vem inclusive por e-mail pra nós, quando a gente recebe, que marcou na nossa agenda, já vem o e-mail. O e-mail da maternidade é mais específico. Também, quando é nenê prematuro, vem com mais detalhes, por exemplo, o Apgar do nenê. (E7)

A comunicação entre os setores, a comunicação entre nós, algumas fichas que a gente foi criando no decorrer do tempo, a visita domiciliar, a interação entre enfermagem, médico e agente comunitário, o sistema Hygia [sistema informação em saúde municipal informatizado], todos esses aspectos permitem que a gente entenda esse processo da criança na rede. (E14)

A relação com outros serviços de saúde também aparece com estratégias de acompanhamento da criança nascida pré-termo por profissionais especialistas em diferentes serviços de saúde:

Muitas dessas crianças fazem seguimento em outros setores, aquelas que são SUS dependentes fazem estimulação no PAM [Posto de Atendimento Médico com especialistas em saúde da criança], faz estimulação precoce. Então, a gente vê se elas já estão agendadas com a fonoaudióloga, com a fisioterapia e a gente avalia se a mãe foi. (E8)

Quando o bebê é prematuro a gente melhora a comunicação entre os profissionais e serviços. Eu acho que esse é um ponto positivo. Então, a enfermagem consegue fazer visita e consegue direcionar para que o agente comunitário vá mais vezes naquela casa. O esquema de puericultura, a rotina, o número de consultas, isso não muda. Em função dele ser prematuro, não muda. A gente fica mais atento no percurso que a mãe faz na rede, porque aqui ela faz a puericultura, mas, às vezes, ela tem consulta no HC [Hospital das Clínicas], porque ele tem uma cardiopatia, às vezes, ela tem consulta no PAM [Posto de Atendimento Médico] para estimulação precoce por conta da prematuridade. (E14)

As práticas realizadas no cotidiano do trabalho na ESF são elencadas como pontos positivos que contribuem para a vigilância à saúde da criança nascida pré-termo:

Olha, além de ter a estratégia da Rede Amamenta, que é uma forma de ver uma série de coisas nessas questões dos recém-nascidos e das crianças até 2 anos de idade, tem as reuniões de equipe, tem a reunião de discussão de casos, tem a questão da própria visita domiciliar, a consulta na unidade para puericultura, tem o Floresce [programa municipal de

acompanhamento da criança] *que ajuda muito, porque de antemão avisa* [quando o bebê nasceu]. *São práticas que auxiliam muito.* (E16)

O próprio SIAB [Sistema de Informação da Atenção Básica] ele acaba sendo um instrumento para a gente pensar sobre as crianças, porque aqui eu tenho que saber como elas estão, quantas são, como estão, acaba que a gente sempre faz uma reunião mensal, eu e os agentes. [...]. Sento com eles, e antes deles passarem as informações para o SIAB, a gente conversa sobre tudo o que o SIAB precisa. Como todas as crianças menores de 5 anos, principalmente as crianças do SIAB são contempladas, então eu registro nome por nome, e se está com a vacina em dia, se teve diarreia. Então, o fato de preencher o SIAB acaba sendo uma estratégia de acompanhar melhor essas crianças. (E19)

Foram relatados pelos enfermeiros que há busca ativa de faltosos, por meio de um monitoramento por lista de presença e detecta-se a criança ou a gestante que não está comparecendo ao serviço de saúde, muitas vezes, com levantamento das informações nas reuniões para discussões de casos, entre os membros da equipe da ESF.

A gente sempre faz a busca ativa dos faltosos, porque a gente tem a lista de presença diária, e sabemos mais ou menos quem, e nas reuniões semanais a gente sempre discute caso de gestante e puericultura, para poder ver se a criança está vindo, se os agentes estão indo nas casas. (E1)

A equipe deve fazer alguma visita domiciliar, e a gente tem as reuniões de equipe, os casos de faltosos vão para a reunião de equipe, para serem discutidos. (E2)

A gente costuma fazer a estratégia de busca ativa para não ter o risco de essa criança [nascida pré-termo] ficar sem nenhum tipo de atendimento. Se ela for convênio, mesmo que ela é do convênio, a gente faz uma visita ou consulta, porque a gente quer saber como foi o nascimento, como é que está, onde está acompanhando. (E18)

Outra estratégia relevante apontada pelos enfermeiros é a educação em saúde, por meio de grupos de gestantes e do acompanhamento de alguns aspectos que, no caso da criança, estão muito centrados no monitoramento do peso e do aleitamento materno.

A educação em saúde que a gente faz, um grupo de gestantes que a gente tem aqui. [...]. Quando a mãe vem, elas não sabem se vai ser prematuro ou não, mas a gente tem curso, ela passa no dentista, ela faz a vacina, toma ácido fólico, a gente vai acompanhando. Caso o

nenê nasça antes do tempo, a gente fica atenta a todas as questões de uma puericultura, focando na questão maior que é o ganho de peso e o aleitamento. Então, a gente faz uma estratégia de mais vigilância mesmo, de mais cuidado. (E7)

A gente reúne com as mães e a gente faz no mínimo seis reuniões. [...]. Então, a gente foca muito a questão da transmissão vertical do HIV [Vírus da Imunodeficiência Humana] e sífilis, porque a gente tem um certo índice de pacientes HIV, a questão da sífilis congênita, transmissão vertical e falamos muito do aleitamento. Tem um encontro que a gente só fala dos cuidados com o seio e aleitamento materno e seus benefícios, a gente pega nessas questões, e também os cuidados com o RN [recém-nascido]. (E18)

Os participantes deste estudo mencionam aspectos que direcionam para um exame mais detalhado do cotidiano da criança, com atenção a elementos ou sinais que se repetem ou que fogem do trivial, buscando informações necessárias para assegurar um monitoramento adequado para o cuidado à saúde da criança e sua família. Destaca-se que a vigilância à saúde da criança é desenvolvida na ESF com estratégias em diferentes momentos, marcada pela articulação entre os serviços de saúde e entre os profissionais de saúde, busca ativa de crianças e gestantes, consulta de puericultura e VD.

4.2.2 A prática da vigilância à saúde da criança nascida pré-termo

Neste tema, os aspectos reportados pelos enfermeiros estão relacionados ao cuidado de enfermagem na atenção à saúde da criança nascida pré-termo, que foram agrupados nos seguintes subtemas: Ações para cuidar da criança nascida pré-termo, Necessidades e preocupações com a saúde da criança pré-termo e sua família, Identificação de vulnerabilidades para a criança pré-termo e sua família, Limites e propostas para o acompanhamento da saúde da criança nascida pré-termo.

Ações para cuidar da criança nascida pré-termo

Os enfermeiros apontaram que diversas ações englobam o cuidado ao bebê pré-termo após a alta hospitalar, com destaque para as orientações em relação ao aleitamento materno, vacinação, exames de triagem neonatal, a realização da consulta de enfermagem e das VD neste processo de cuidar.

O bebê pré-termo é visto pelos enfermeiros entrevistados como aquele que exige das mães e famílias mais atenção e paciência na execução dos cuidados cotidianos:

O prematuro é um bebê que dá um pouquinho mais de trabalho pra mãe. Tem que ter mais paciência porque ele demora mais para mamar. Então, a gente incentiva bastante o aleitamento materno mesmo. Teve uma aqui que a gente conseguiu com readaptação para ela amamentar e a criança mamou até um ano. A gente percebe que quando se orienta direitinho, e aqui como elas têm facilidade de vir e ligar e a gente ir na casa, então a confiança é maior. (E7)

Acho que, assim, mais no cuidado, a parte principal é a amamentação, na minha opinião. A mãe sente um pouco de dificuldade e precisa de um estímulo para estar cuidando, a mãe tem que ter uma força para amamentar, porque a criança tem mais dificuldade e mesmo no cuidado com o nenê que é muito pequenininho. (E1)

Normalmente, eles [bebês pré-termos] chegam para gente antes da gente fazer a primeira visita. Já vem fazer o teste do pezinho ou, por exemplo, o prematuro ficou internado, a gente acompanha a mãe para ver como que está a mama, se ela está conseguindo tirar o leite, se está levando o leite para o bebê. (E9)

Durante os atendimentos, é trabalhada a questão do incentivo ao aleitamento materno, a pega e posição correta para que sejam evitadas as intercorrências mamárias, estimulando para que haja um bom resultado no aleitamento materno.

Nas ações de cuidar, os entrevistados referiram a dinâmica e as etapas da consulta de enfermagem, que intercalam com a consulta médica, focando na prevenção de riscos e agravos e na realização da educação em saúde para a mãe.

A criança passa pelo enfermeiro, que faz exame físico, avalia e faz a prescrição de enfermagem. Quando é especificamente pré-termo a gente além da consulta de enfermagem, uma semana depois marca consulta com o médico e aí depois a gente já marca outra consulta com o enfermeiro, pelo menos uma semana depois, por conta da questão do acompanhamento do peso. (E3)

A nossa puericultura é baseada em prevenção e educação para a mãe. Incentiva o leite materno, higiene corporal, cuidados com aquele RN [[recém-nascido]. Se, por um acaso, ele tem algum complemento, geralmente, já sai do hospital com o complemento, a gente orienta. (E7)

Eu faço a consulta de enfermagem desde o histórico da mãe até o nascimento do bebê, a gente faz a mensuração, a avaliação, o exame físico, avalia o coto umbilical e faz as orientações. [...]. Nós já temos uma agenda que é disponibilizada, com uma vaga específica para os bebês, para os casos novos de puericultura e os hospitais Mater, HC [Hospital das Clínicas] e Santa Casa, eles têm acesso a essas agendas. E também no teste do pezinho a gente pega, localiza a criança. (E8)

Nas consultas de enfermagem são observadas algumas alterações, inclusive sinais de depressão pós-parto, contribuindo para a vigilância à saúde tanto da criança quanto da mulher:

A enfermagem faz a primeira consulta, durante o teste do pezinho é a oportunidade da enfermagem em fazer a primeira consulta da criança e de puerpério, também. A gente atende a mãe, e cuida das mamas, do corte [em caso de parto cesárea ou de procedimento de episiotomia], a gente cuida da mãe na totalidade, pergunta se ela está legal. Qualquer observação, por exemplo, de depressão pós-parto ou alguma alteração, a gente também recorre. (E16)

As consultas de enfermagem são mencionadas como diferentes das realizadas por médicos, justificadas pela agenda específica e cuidados peculiares de enfermagem:

Puericultura, para nós, assim, até um ano é mês a mês. Cada unidade faz de um jeito, mas tem o protocolo da Secretaria. Nem toda unidade é alternado [entre enfermeira e médico]. A gente não tem protocolo de primeira consulta e nem de alternado, mas aqui a gente já faz isso há muito tempo, tem a anuência do pessoal da Secretaria. A gente faz não só para ajudar na agenda, mas porque tem muitos cuidados de enfermagem que não são médicos. (E7)

O momento do atendimento é uma construção. Se você não fizer esse movimento, você pode ser a melhor enfermeira do ponto de vista de ter conhecimento, mas se ele não vir como ferramenta para a mãe, você não está monitorizando a mãe, então você não está fazendo vigilância, você está fazendo metade do caminho. (E21)

Também é apontada a importância da parceria entre os profissionais de saúde:

Fazemos a discussão dos atendimentos com a médica da equipe. [...]. Então, sempre é médico-respalado e não médico-centrado. A gente consegue fazer um trabalho bem legal, sempre bem intercalado. Então, posso dizer que tenho alguma experiência clínica. (E13)

Observa-se que uma dinâmica de trabalho conjunto pode proporcionar maior discussão dos casos e um compartilhamento nas condutas e tomadas de decisão.

Necessidades e preocupações com a saúde da criança pré-termo e sua família

Os enfermeiros entrevistados elencaram algumas necessidades e preocupações com a saúde das crianças nascidas pré-termo e sua família.

A necessidade da mãe, família ou cuidador em receber as orientações adequadamente é reportada, para ter melhor facilidade no cuidado ao bebê prematuro:

A partir do momento que eles [pais] se deparam com uma criança pré-termo, geralmente, eles vêm com o sistema psicológico bem abalado. Então, assim, todo aquele cuidado de que pode ter alguma complicação. [...]. E os pais se cobram muito. Além de estar explicando que uma criança pré-termo é como se fosse uma criança a termo. [...]. Mas, é uma criança normal. (E3)

Essa família está muito fragilizada, normalmente ela está temerosa. Então, tem toda uma abordagem de instrumentalizar diante das necessidades, se acontecer isso, o que é que vai fazer, o que é que vai pensar, quais são os sinais de urgência. (E19)

De maneira geral, das necessidades, a primeira coisa é que envolve muito a família, porque eu acho que se a família estiver desesperada e, realmente, está, porque o bebê é prematuro. Então, chama a família, conversa com a mãe, visita, ou seja, aqui com o pai, tentar naquele cuidado direto com o RN [recém-nascido] a questão de deixar ela tranquilizar, explicar como funciona, ser bem sincero e explicar o que pode estar acontecendo. Realmente das chances de vir a acontecer alguma coisa ou de não acontecer, eu acho que isso é bem importante. Então, uma das necessidades iniciais é primeiro a gente tranquilizar a família, estar orientando, fazer visita mais próxima, fazer um seguimento mais periódico assim, fazer encaminhamento quando necessário. As necessidades são inúmeras, depende do caso e da condição do bebê. (E5)

Nas preocupações há destaque ainda para o aleitamento materno, peso, desenvolvimento infantil e o contexto social em que a criança vive.

Elas [mães] têm dificuldade no aleitamento, elas ficam meio resistentes, principalmente as mães adolescentes. Então, fala que não tem leite, que o leite está secando, que o leite é fraco, e quer entrar naquele programa que tem na Nutrologia, que é para baixo peso, entrar com leite complementar. Então, ficam indo atrás desse leite. [...]. E a gente tem que trabalhar em cima da importância do aleitamento materno. (E4)

A gente vê que os pais não saem tão preparados para cuidar em casa. Às vezes, é porque os profissionais também não têm esse preparo. Eu observei que a mãe não sabia como conduzir a situação da sucção da mama, se a criança ia conseguir sugar, no caso, o bebê não conseguia abocanhar, tinha dificuldade, então nós tivemos que fazer toda a situação da ordenha do leite. (E8)

As mães têm muita dificuldade na amamentação, às vezes, na relactação. Nós tivemos uma, recentemente, que o nenê dela teve uma complicação durante o nascimento. E ele precisou ficar intubado, precisou ficar uns 20 dias no CTI [Centro de Terapia Intensiva] intubado, e ela [mãe] precisou tirar o leite. O nenê estava com parenteral, nem estava com sonda ainda, estava com parenteral, e ela teve dificuldade para tirar o leite. Então, a gente ia lá na casa dela, a gente ensinava a fazer ordenha, levava os frascos, e aí ela levava pro HC [Hospital das Clínicas] o leite ordenhado, nem ordenhava no HC, porque ela tinha bastante dificuldade. (E11)

Para os enfermeiros, uma grande preocupação de mães e pais é a perda de peso do bebê pré-termo:

Um caso que eu tive aqui foi um bebê que nasceu de 32 semanas, com 1.200g, ele ficou internado para ganhar peso. Na saída [alta hospitalar], um dos problemas foi a alimentação. Uma cobrança dos médicos [da unidade neonatal] para que aquela criança ganhasse peso, não perdesse peso. Então, uma ansiedade colocada, embutida na família. E hoje essa criança está com sobrepeso. (E14)

Além do peso, é também enfatizado o desenvolvimento infantil, com a importância de um acompanhamento adequado da criança:

Eu acho que é uma criança que você olha com outros olhos. Geralmente, ela tem peso menor, normalmente ela tem retorno na estimulação precoce, que você tem que estar bem atento para que a mãe não perca, para que você esteja falando da importância disso, principalmente se for um bebê que ficou muito tempo, ficou na incubadora. Então, o desenvolvimento desse nenê tem que estar bem acompanhado. (E10)

Há enfermeiros que relataram preocupação com as dificuldades para um entendimento mais ampliado sobre o contexto em que a família está inserida, para ter mais proximidade e uma construção conjunta com a família:

Outra coisa que falta é a fala com a proximidade da família. Construir perguntando o que você tem na casa, como que é lá? Para colocar no sol, não dizer tem que por no sol, será que tem condição de colocar lá? Tem lugar? Espaço? E em Saúde da Família a gente tem mais condição de conhecer o domicílio. (E16)

Eu vou usar como exemplo uma criança. Há um mês, teve uma criança que a gente observou que ela tinha duas situações: a prematuridade, então, assim, tinha todo um estresse familiar com relação a ele não ter nascido a termo, e a hora que descobriu a situação da fenda [fenda palatina]. Então, assim, qual foi o primeiro cuidado que a gente teve? Trabalhar com os pais: vocês entendem o que é isso? O que é essa fenda? A dificuldade que esse bebê vai ter para sucção, entre outras. (E8)

É importante saber como é que a mãe está para receber essa criança? Uma criança que ficou quase dois meses internada. Por conta da prematuridade, como é que está o preparo dela? Afinal, veio antes da hora, ficou internada, não foi pra casa, como é que ela está? Então, procuramos ver se a mãe é cuidadosa, apesar de ter medo, se procura a gente, sana as dúvidas, se ela quer cuidar da criança. A questão da orientação passo a passo, na prematuridade, se recebeu fototerapia ou não recebeu fototerapia, as próximas consultas, como que foi a ordenha, como é que foi o Canguru. Tudo isso. (E12)

Há preocupação com um zelo materno em excesso, pela prematuridade, que de algum modo pode prejudicar a saúde da criança e o enfermeiro fica atento:

E, assim, desmitificar essa questão do próprio cuidado em excesso, porque, muitas vezes, o cuidado em excesso pode estar prejudicando essa criança [nascida pré-termo]. Por

exemplo, tem muitas mães que vêm e colocam muita roupa no bebê, achando que ele vai ter alguma alteração de temperatura, e ele pode ter uma desidratação. (E3)

As situações de muito zelo e prontidão no cuidado cotidiano da criança pré-termo aparecem como um desdobramento do período vivido na hospitalização, mostrando insegurança materna para lidar com a criança:

Ela [mãe] sai [de alta hospitalar] com poucas orientações, inclusive nessa questão de pegar [no colo] a criança, na questão da vacinação, na amamentação, da importância do aleitamento materno, a questão do complemento. Elas [mães] ficam muito em dúvida. (E16)

É uma insegurança grande das mães e, principalmente, porque que elas ficam pensando muito como que vai ser depois que o bebê tiver alta. Elas ficam numa expectativa grande, será que o bebê vai sair dependendo da situação, e depois quando já sinalizam pra elas que o bebê vai sair, que está correndo tudo bem, que logo o bebê vai poder estar em casa, eu vejo que elas têm um pouco de ansiedade. (E20)

Nesse processo de adaptação, na transição da atenção hospitalar e no cuidado no domicílio, os enfermeiros deparam-se com novas necessidades e preocupações, a interferência e o apoio de familiares e o enfrentamento de diversas situações:

Geralmente a família fica com dificuldade porque é bem pequenininho e frágil, e toda mãe fica com dificuldade. Seja ela adolescente ou uma mãe mais experiente. Eles ficam com dificuldade sim, mas eu acho que esses mitos, esses tabus, sabe? Que a sogra, a mãe, a vizinha acabam atrapalhando um pouco. (E9)

É importante apoiar a família e a mãe nesse começo, porque eles ficam inseguros. (E15)

No caso do prematuro, eu peço para o companheiro, se ele tem um emprego e tudo, que ele possa tirar férias, durante o período, sabe? Porque eu acho que isso contribui muito, porque a mulher se sente muito sozinha. E será melhor se ela tiver familiar para estar junto com ela, para ajudar, para apoiar. (E16)

Aliada ao apoio familiar, a articulação entre os serviços de saúde também foi um aspecto enfatizado:

Então, a necessidade, na minha experiência, é apoiar essa família na questão social. E o recém-nascido em si, ver o que tem na rede para apoiá-lo biologicamente, ele vai precisar de uma estimulação. Ele vai precisar de um olhar multidisciplinar, então a depender da rede, de como isso pode ser acionado. (E19)

É apontada a importância de um trabalho em rede e com apoio à família, em busca de favorecer a integralidade do cuidado e contribuir para o suprimento das necessidades da criança e sua família.

Identificação de vulnerabilidades para a criança pré-termo e sua família

Os enfermeiros entrevistados relataram situações vulneráveis que permeiam o cotidiano das famílias com crianças nascidas pré-termo, ligadas a alguns aspectos biológicos, à desestruturação das famílias, às dificuldades financeiras e ao uso de álcool e drogas.

A vulnerabilidade é mais, assim, é a parte de nutrição da mãe, da criança, do cuidado, do conhecimento, porque a maioria é adolescente. Pega essa faixa etária, assim, de 13, 16 anos. Então, o nível de instrução também, porque essas meninas abandonaram a escola, às vezes, têm algumas que mal sabem ler e escrever. (E4)

Essas questões da droga, questões familiares desestruturadas, a gente tem uns casos bem graves. Nessa semana, na reunião nossa, a agente comunitária até chorou, porque ela vê assim: “O que é que nós podemos fazer por essa família?”. Às vezes, a gente bate numas questões e você vai até um ponto ali e depois você não consegue ir mais, porque parece que a família não tem onde se agarrar. (E9)

A vulnerabilidade da situação como um todo, principalmente, pensando na situação social e financeira, que eu acho que influencia bastante. E aí depende do caso, por exemplo, eu acho que se for uma criança que é pré-termo porque a mãe é usuária de drogas, é um caso de vulnerabilidade. Eu acho que a vulnerabilidade depende da situação. (E5)

Aspectos ligados à prematuridade foram citados como vulneráveis para a saúde da criança:

É importante a questão da vulnerabilidade imunológica da criança, do ganho de peso ponderal e do seu desenvolvimento psicomotor também. (E6)

As possíveis alterações fisiológicas que a criança possa ter, se tem alguma patologia associada ou não, da questão da própria icterícia, da questão do acompanhamento cardiopulmonar. (E3)

Aspectos sociais são apontados como situações de vulnerabilidade, em que a atuação dos profissionais é de suma importância para a vigilância da saúde da criança.

Os pais moravam na favela em dois cômodos, era cozinha e quarto, e o que a gente tentou trabalhar com esta família, a importância de uma higienização adequada, para que essa criança não tivesse aí alguma situação de infecção, para que não viesse adoecer, que não viesse a retroceder, porque ele estava ganhando peso satisfatório. A família ela foi toda preparada tanto pelo hospital e por nós. (E8)

Estamos com uma gestante que tem um risco para prematuridade absurdo, ela tem 14 anos, é usuária de drogas, o marido também é usuário de drogas, então se não nascer prematuro, pode ser que nasça de baixo peso. E ela é analfabeta, com 14 anos, é complicado isso. A gente acompanha bem de perto, ela vem a cada 15 dias na unidade. Ela vem comigo e vem com o médico, eu faço mais a questão das orientações, de cuidados com a autoestima mesmo e falando um pouco sobre o que é ser mãe. [...]. É bem complicadinho. (E18)

A condição vulnerável por meio de uso de drogas interfere na criação do vínculo entre o serviço de saúde e as famílias:

Ontem uma [gestante] faltou da consulta do pré-natal. Para colher os exames dela eu tive que coletar os exames na casa dela, fazer coleta domiciliar porque ela não vinha coletar os exames de rotina. Então, atrasou esses exames, e quando veio, veio sífilis reagente. É uma candidata a ter um prematurinho de novo. [...]. É complicado, a gente tem muito esse problema aqui, droga, bebida. (E9)

Aqui a gente tem muita situação de vulnerabilidade social. Na minha área, nós temos uma população extremamente carente, muitos deles vivem em favela. Uma menininha que nasceu com meio quilo, a família teve problema, a mãe quase perdeu a guarda da criança, porque a mãe não trabalha, tem filho usuário de droga, e a criança, às vezes, não tem o que

comer, então tem que pegar o leite, tem que acionar assistente social, a vulnerabilidade maior que tem mesmo é a social, porque às vezes, não tem nem o que comer. (E11)

Vulnerabilidade é o que a gente mais tem na nossa área, estou numa área de favela, essa é uma família vulnerável. Uma [mãe] que 15 anos de idade, é uma família que a gente está em cima porque foi uma gravidez indesejada, não tem o acompanhamento do esposo, mora só ela, a criança e a mãe. [...]. É uma menina que a gente vai mais vezes, a gente reveza, vai auxiliar de enfermagem, vai a agente comunitária e vai a enfermeira. (E12)

Diante das difíceis situações, há preocupação com o modo de atuação e com a análise da situação familiar:

O uso de drogas, já tivemos que suspender infelizmente a amamentação, por conta do uso de drogas, violência familiar, falta de estrutura, de condições. [...]. E em relação à infraestrutura, muitas mães não têm uma boa infraestrutura, são casas de material reaproveitável, mas que as mães, apesar disso, são muito cuidadosas, permitindo um ambiente harmonioso, então isso é relativo. Acho que a gente precisa sentir mais como é a dinâmica familiar. (E17)

Eu penso que a situação dessa mãe é vulnerável, a questão biológica dele, assim, é diferente a depender do tipo de limitação que ele chegou em casa, tem a questão de renda familiar, de compreensão, de tudo isso que esse RN [recém-nascido] vai precisar, até dele poder se deslocar entre os serviços, até porque ele vem agendado para estimulação precoce, mas se não tiverem condições de levar não vai adiantar, o nível educacional dos pais, o quadro do bebê. (E19)

Então, assim, muita desinformação no sentido dos cuidados com a criança, o aleitamento da criança totalmente inadequado e até a assistente social forneceu a fórmula infantil, aí a mãe não sabia preparar, então tinha esse despreparo porque a mãe era usuária de crack. [...]. Então, assim, são coisas que demandam muita atenção, é um desprendimento da equipe muito grande, principalmente nessas situações de prematuridade, e mais a drogadição associada. A gente acaba se sensibilizando muito com a situação. (E18)

Nesse processo, a identificação de vulnerabilidades está vinculada à detecção de diferentes circunstâncias e há um envolvimento profissional para olhar cada caso e buscar exercer a vigilância em saúde.

Limites e propostas para o acompanhamento da saúde da criança nascida pré-termo

Os enfermeiros relataram alguns limites que encontram para realização da vigilância à saúde da criança nascida pré-termo, bem como propostas para solucionar algumas dificuldades.

Nos atendimentos às crianças, há preocupação com a dinâmica e a ênfase das consultas, com ações médico-centradas.

Fazemos, até um ano de idade. A gente se baseia no Ministério da Saúde e nós aqui nessa unidade fazemos isso, não sei te dizer quais são as unidades que conseguem manter isso. Acredito que nós devemos ser 2% do município que faz assim, no máximo. A grande maioria das outras unidades é médico-centrado. A gente tem tentado manter esse esquema de até um ano e a partir de um ano, se for necessário, eu intercalo, mas eu procuro evitar pela questão que eu não tenho muito respaldo do município. (E13)

Na relação entre os serviços de saúde, são apontadas algumas dificuldades para a continuidade do cuidado quando a criança é acompanhada em convênios de saúde:

Nesse primeiro encontro, a gente reforça algumas coisas, porque essas de convênio já vêm com orientação de aleitamento artificial. Então, assim, a gente tem uma luta muito grande com os convênios, principalmente com os hospitais conveniados, por conta da situação do aleitamento artificial. Então, assim, oferece o leite materno, mas caso necessário já vem com a fórmula láctea. (E8)

Eu acho muito importante orientar, mas no convênio eles não querem ter esse tempo. Eles fazem o parto, o resto é a atenção pública que vai resolver ou a pessoa que vai passar por dificuldades, e vai procurar o Banco de Leite, porque ela não sabe aonde procurar. Então, não tem essa orientação, também. Mas, eles não assumem essa problemática pra eles. O convênio não está assumindo isso não. (E16)

Apontam também para certa preferência das mães por médicos pediatras em relação aos generalistas e a insatisfação em frequentar as consultas do convênio e as do SUS, com prejuízo ao cuidado e fazendo com que a mãe se torne insegura em relação às condutas tomadas pelos profissionais.

Essa questão de como aqui é Estratégia Saúde da Família, muitas mães acabam querendo o pediatra, não querem o generalista. Então, tem mães que fazem seguimento aqui e fazem seguimento com o pediatra. [...]. Mas, tem mãe que faz no convênio e aqui. O convênio institui muito o aleitamento misto, e a gente fica insistindo no aleitamento materno, pelo menos nos primeiros seis meses. (E18)

Muitas vezes, esse acompanhamento não é feito aqui na unidade, ele é feito no pediatra [do convênio]. E aí a gente se depara com atitudes diferentes e, muitas vezes, atua, respeitando o jeito que o outro estabelece, por exemplo: você vê que a pessoa está tendo leite, mas ela está com complemento, então você vai ter que esperar o atendimento médico de lá. [...]. Então, essa é uma dificuldade, mas não impede de estar atuando. (E16)

Outro aspecto apontado foi em relação ao parto cesárea versus parto normal, em que a maior parte dos médicos do convênio opta por realizar a cesárea, sem, muitas vezes, discutir o caso e acaba desconsiderando a realização do parto normal. Os enfermeiros referem uma preocupação com as chances de evoluir para um parto prematuro e, conseqüentemente, os riscos à saúde dessa criança, também.

Agora a gente se depara com a dificuldade, porque o convênio ele prioriza a cesárea, e a gente sabe essa questão do mercado, é impulsionado. Desde o início da gestação já se pensa na cesárea, não faz um preparo, um histórico, se há possibilidade de ter um parto normal e isso nem passa pela discussão. É o que me dá a impressão, que isso não é discutido. (E16)

Sinto falta de trabalhar mais em grupo, sair do consultório. Acho que falta um pouco pra gente. No grupo de gestante mesmo. [...]. Para trazer um pouco o assunto da responsabilidade que é o ser mãe, sabe? Mas, a gente tem um pouco de dificuldade de nos jogarmos nesse assunto. Porque o que a gente sente em algumas gestantes, é que a gravidez não foi planejada. (E2)

Ainda, há relatos sobre a realização de orientações sobre a saúde da criança, que nem todos os profissionais são capacitados:

Infelizmente, a gente não está com a maioria dos profissionais treinados porque a gente já teve um momento que até a fonoaudióloga, até a fisioterapeuta, até o dentista tinham passado pelo treinamento da amamentação. Então, qualquer um era capaz de contribuir para

identificar coisas mínimas e fazer orientações. Nesse momento, a gente não está com parte da equipe treinada. (E13)

Os entrevistados mencionaram dificuldades em relação aos recursos materiais e estrutura física, interferindo na prática adequada da vigilância à saúde, no acesso e no cuidado integral à mãe e à criança:

A gente não tem sala de vacina, nossa referência é outra unidade [distrital]. E também não temos sala de curativo. É complicado justamente por conta da própria estrutura. Mas, assim, tem um projeto de reformar a nossa unidade para ter sala de curativo. Odontologia também está previsto, porque nós não temos também. (E3)

Falta uma sala de curativo, não tem inalação, aerosol não tem, tem uma sala de acolhimento que a gente faz a medicação, que a gente acaba fazendo procedimentos, mas é inadequado. Tem que improvisar. Então, o espaço ainda não está adaptado para atender todos. (E6)

A mãe relatou na sala de vacinação que ela tem muita dificuldade de se ausentar do trabalho, mudou-se para cá há 4 meses. [...]. Tinha uma consulta agendada e não veio. Essa criança precisa de um olhar mais atento. Já vou passar para equipe fazer uma visita domiciliária para ver a moradia. Então, a gente sempre tem um olhar bastante aguçado. (E2)

A especificidade da atenção à saúde da criança nascida pré-termo é lembrada como uma dificuldade dos profissionais de saúde:

Temos mais dificuldade na equipe com prematuros. [...]. É mais complicado, porque quando você faz uma puericultura normal não tem problema. Mas, quando você enfrenta um bebê prematuro que não mama, que às vezes tem um refluxo, aí a gente lança mão de alguns recursos que a rede tem. (E7)

No tocante a algumas propostas em relação à melhoria da vigilância à saúde da criança nascida pré-termo, os enfermeiros referiram à realização de Educação Permanente:

Acho que teria que ter capacitação não só para o enfermeiro, para os auxiliares de enfermagem, os agentes comunitários, para a equipe mesmo. (E4)

A capacitação da equipe de enfermagem, como um todo, não só da enfermeira mas dos auxiliares, também. Acho que de toda a equipe, porque a vigilância os agentes comunitários entendem, mas da equipe toda entender vigilância. [...]. Os auxiliares dentro do papel da enfermagem para torná-los mais autônomos, para não focar tanto na enfermeira e até do médico, também. (E6)

Os agentes têm alguns cursos da prefeitura, mas a gente também faz semanal Educação Permanente, então a gente sempre discute temas, assim, que não só eles têm dúvida, mas toda a equipe. (E5)

Eu sinto que há uma necessidade, ou melhor, na minha visão, precisava trazer um pouco essa atenção integral à saúde da criança, essa vigilância do crescimento e desenvolvimento, e aí você olhar para o ciclo vital e ver quais são os problemas de morbidade, os riscos e a vulnerabilidade para cada coisa. Eu acho que faria um preparo maior para o profissional, no meu ponto de vista. (E21)

Os participantes do estudo enfocam a importância do trabalho em equipe e de processos educativos que contemplem as diferentes atribuições profissionais, privilegiando a atenção integral à saúde da criança.

4.2.3 Os saberes de enfermeiros na prática clínica na APS da criança pré-termo

Neste tema são apresentados os conhecimentos que os enfermeiros apontam como relevantes para a prática clínica na atenção primária à saúde da criança. Os aspectos elencados foram agrupados nos seguintes subtemas: Valorização de áreas de conhecimento e do saber clínico; Avaliação baseada em identificação e observação; Repertório de orientações de enfermagem com amplitude de conhecimentos; Gestão do cuidado e utilização de protocolos assistenciais; A parceria entre profissionais e os limites para a busca de conhecimentos.

Valorização de áreas de conhecimento e do saber clínico

Os enfermeiros assinalam algumas áreas de conhecimento para o cuidado da criança na APS, mostrando a necessidade de abrangência de diversos saberes e práticas, como o crescimento e desenvolvimento da criança, riscos e vulnerabilidades, exame físico, amamentação, questão nutricional e conhecimento sobre a territorialização.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é muito importante. Ver todas as possíveis alterações que podem acontecer com a criança prematura, que é diferente de uma criança a termo. Que ela pode estar sujeita a uma maior alteração física, quanto psíquica, mental, até mesmo a questão social. Então, assim, eu considero todo o conhecimento bem mais abrangente, do que somente a fisiologia, a patologia. Precisamos ter um conhecimento bem mais abrangente. (E3)

Para a prática tem que ter conhecimentos de epidemiologia, tem que ter conhecimento de exame físico, de amamentação, sobre o desenvolvimento e crescimento da criança, dos riscos e das vulnerabilidades, conhecimento nutricional e em relação à alimentação de acordo com a faixa etária. Acho que na atenção primária seria isso. A gente usa mais esses conhecimentos. (E6)

Tem que saber de aparato social, conhecer o território, saber dos suportes que aquele território tem, conhecer a família. Ajudar a preparar a família para o nascimento do bebê. E você tem que ter conhecimento de puericultura, de crescimento e desenvolvimento, das principais doenças acometidas no território, de doenças acometidas na infância. (E12)

Há também uma valorização do saber clínico e de sua aplicabilidade para a APS. Nas narrativas dos enfermeiros abaixo, ressalta-se a importância de fazer o planejamento e gerenciamento do cuidado da criança.

Tem que saber sobre crescimento e desenvolvimento, as patologias mais importantes, a alimentação de acordo com a faixa de idade, o calendário vacinal, manejar os gráficos de crescimento, o funcionamento do bebê, o processo de digestão, o processo de funcionamento gastrointestinal, o sistema imunológico, estranhar o que está fugindo da normalidade. Então, isso faz diferença. Eu acho que o enfermeiro está olhando para isso hoje. Eu fui formada muito voltada para o administrativo e eu fui buscar a clínica depois. Então, a clínica da saúde da criança é muito importante. (E21)

É importante o conhecimento clínico e saber avaliar as vulnerabilidades. Também saber fazer um planejamento e gerenciamento do cuidado da criança. (E17)

Os enfermeiros descrevem situações de cuidado em que necessitam acionar vários conhecimentos e procedimentos técnicos.

Têm alguns prematuros que às vezes saem com sondinha. Eu me lembro de um bebezinho tão pequenininho, com uma sondinha e a sondinha saía, a mãe vinha pra ser atendida e orientada. Às vezes, o hospital dá alta com sonda, com O2 domiciliar, então têm essas situações e cuidados. Aí, é orientar a mãe a como passar o leite por sonda, todos os cuidados de higiene, cuidados com alimentação por sonda. (E2)

Avaliação baseada em identificação e prioridades

As narrativas dos enfermeiros elegem a identificação e a prioridade dentro da saúde da criança e sua família como relevantes para atuação profissional na avaliação da situação de cada família.

Então, eu acredito que o conhecimento específico é muito importante, entender sobre a criança, a parte do crescimento, do desenvolvimento, aquilo que é esperado fisiologicamente, ao mesmo tempo, compreender o contexto que essa criança está inserida, entender todas aquelas ferramentas familiares também para compreender os pais, como eles estão em relação a esse cuidado, eu preciso também olhar essa família como um todo. Conhecimento de família eu acho que é um conhecimento muito importante, porque a criança reflete o jeito que aquela família acaba se organizando no cuidado da criança. (E19)

A maneira da gente cuidar da criança da melhor forma possível, identificar todas as necessidades, as prioridades para que a criança tenha uma saúde boa. (E11)

O cuidado à saúde da criança de modo ponderado e com conhecimento específico é visto pelos enfermeiros para a realização da atenção à criança e privilegia o contexto da família e das necessidades de saúde.

Repertório de orientações de enfermagem com amplitude de conhecimentos

Os profissionais enfermeiros buscam uma prática que possa oferecer um repertório de orientações de enfermagem para o cuidado cotidiano da criança.

O prematuro faz a vacina BCG [Bacillus Calmette-Guérin] quando atinge 2000 gramas ou mais. A gente avalia, observa o aleitamento, orienta banho de sol, faz a visita

[domiciliar]. *Geralmente prematuro tem uma ligação um pouco maior. Precisa ter conhecimento de anatomia, a parte fisiológica, neurológica. Conhecer para poder estar orientando a mãe.* (E1)

Tanto os conhecimentos técnicos, desde pré-natal, parto, puericultura, alimentação, vacina, quanto os aspectos sociais, sociológicos, de conhecimento sobre família, de suporte à família, com vistas, assim, à parte psicológica da mãe e da família. (E14)

Os aspectos apontam certa amplitude de conhecimentos necessários para favorecer o entendimento da mãe e da família.

Gestão do cuidado e utilização de protocolos assistenciais

Os enfermeiros retratam a prática da gestão do cuidado com destaque para a organização do serviço e precocidade das ações. Há situações de acompanhamento e vigilância da saúde da criança, descrita de modo a reconhecer a importância do fluxo de informações, dos conhecimentos e de protocolos.

Desde o primeiro atendimento é importante, a gente tenta fazer na primeira semana de vida, faz a busca ativa, recebe uma notificação quando a criança nasce, ou a pessoa [profissional do hospital] manda um e-mail para comunicar, porque não dá para esperar a Declaração de Nascido Vivo chegar, para a gente saber que a criança nasceu. Então, assim, eu acho que desde estar recebendo uma informação, fazer a busca ativa, pedir para o Agente Comunitário de Saúde verificar se já nasceu o bebê, assim que nascer fazer a visita, eu tento sempre fazer a visita do RN [recém-nascido] na primeira semana, nos primeiros dez dias, e depois já marcar atendimento aqui. No caso do prematuro, a atenção tem que ser um pouco mais especializada, exige alguns cuidados um pouco maiores, consultas mais próximas, vir pesar toda semana para estar acompanhando. Eu acho que a própria questão do estudo, de rever protocolos. Então, eu acho que o conhecimento é tudo, focado nessa parte da vigilância, seja uma criança prematura, seja uma criança a termo. (E5)

A realidade do enfermeiro também é de negociar com a equipe, distribuir funções, um gerenciamento do cuidado, que não é feito só pelo enfermeiro. Ele gerencia com os outros profissionais. (E17)

A parceria entre profissionais e os limites para a busca de conhecimentos

Enfermeiros também ressaltam a necessidade de atualização profissional e de proximidade com a universidade, bem como a atuação cotidiana fundamentada no processo fazer-aprender.

Eu acho que o profissional precisa estar em constante atualização. Então, assim, eu sinto falta. Passam dois anos, já se sente falta. As capacitações são importantes, a troca de experiências, as discussões, a universidade próxima do serviço. Eu acho que isso é muito importante. (E16)

É aprender fazendo. Mesmo no curso de Saúde da Família, ninguém senta com você e te ensina, ele te dá algumas ferramentas que você, no dia a dia, vai descobrindo como que faz. (E10)

De modo geral, os enfermeiros relataram aspectos relevantes do cuidado à saúde da criança, manifestando os saberes que consideram apropriados para a prática clínica na APS. Ainda, depreendem-se preocupações com a responsabilidade por um cuidado qualificado e humanizado e alguns limites são apontados para a atuação junto às famílias.

5 DISCUSSÃO

Neste estudo, a partir das entrevistas com enfermeiros que atuam em unidades com ESF, foi possível identificar as concepções desses profissionais sobre a vigilância à saúde da criança, com destaque para uma visão de vigilância como ampliação do olhar profissional, com acompanhamento contínuo, detecção precoce de problemas e agravos, com enfoque no processo de crescimento e desenvolvimento da criança, além da monitorização dos indicadores de saúde.

Esse modo de apreender a vigilância à saúde da criança está em consonância com a literatura científica acerca dessa temática, preconizada como um modelo de atenção à saúde, que tem como objeto os determinantes dos modos de vida e saúde, as condições de vida e trabalho, danos, riscos e necessidades, além da participação ativa dos cidadãos e da equipe de saúde, no contexto do SUS. Há certa expansão do entendimento da atenção à saúde, para além das doenças, doentes, modos de transmissão e fatores de risco (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998). Ainda, são utilizadas as tecnologias de comunicação social, planejamento e a programação local situacional e sanitária, a partir de um território delimitado de determinada comunidade, com a organização de ações intersetoriais, de prevenção, promoção e recuperação da saúde, pautada em políticas públicas saudáveis (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998; AYRES, 2002).

Outro aspecto importante nesse modo de expor a concepção de vigilância à saúde, neste estudo, foi a necessidade de ampliar a vigilância epidemiológica aliada à ideia de um constante monitoramento do processo saúde-doença de grupos sociais (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998). Alguns enfermeiros apontaram uma concepção mais limitada sobre a vigilância à saúde da criança, quando relataram a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. No entanto, esse modelo diferencia-se das ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental que focam em apenas a prevenção, eliminação ou diminuição de riscos à saúde e intervir nos problemas decorrentes do meio ambiente (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998). Talvez, a limitação da concepção de alguns enfermeiros sobre o modelo pode ser devido ao pouco tempo de experiência profissional na ESF e a ausência de EPS, merecendo mais investigações para elucidar tais aspectos.

No âmbito da APS, a vigilância à saúde iniciou-se especialmente na ESF, como forma de reorganização do modelo de atenção do SUS, ao propor importantes mudanças significativas no contexto da saúde pública brasileira, contribuindo para um novo paradigma voltado para a prática humanizadora e holística (SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012).

A ESF consolidou-se como uma estratégia prioritária para a reorganização da APS no Brasil, com equipes designadas a realizar diversas operacionalizações, com destaque o diagnóstico situacional, o cadastramento domiciliar, as ações dirigidas aos problemas de saúde e o acompanhamento de indivíduos e famílias ao longo do tempo, em busca do cuidado integral à saúde (BRASIL, 2012a).

Nos relatos dos enfermeiros entrevistados, a prática da vigilância à saúde da criança é vista com início na gestação, sendo apontada como fundamental a realização do pré-natal de qualidade, com captação precoce das gestantes e avaliação das condições de vulnerabilidade. Nesse processo, foi apontada a importância de compreender os múltiplos significados da gestação, tanto para a mulher quanto a sua família, o seu acolhimento, esclarecimento de dúvidas, identificação de enfermidades maternas que podem interferir na evolução da gravidez, acompanhamento do crescimento e vitalidade fetal, a vigilância e detecção precoce dos fatores de risco que levam às complicações gestacionais, aspectos esses que estão em consonância com as diretrizes das políticas brasileiras de saúde (BRASIL, 2000).

Nos períodos perinatal e neonatal, a preocupação com a assistência pré-natal precária, gestação de alto risco, relação negativa entre a mãe e o feto, prematuridade, baixo peso ao nascer, asfixia perinatal, infecções congênitas, comprimento menor que 45 cm, baixa escolaridade materna e período de aleitamento materno menor que 6 meses é de extrema importância e constituem aspectos que requerem maior vigilância à saúde (ZEPPONE; VOLPON; DEL CIAMPO, 2012). Assim, o pré-natal torna-se um momento para o enfermeiro avaliar o estado de saúde geral e específico da gestante e do bebê, tendo em vista a relevância de atuar precocemente e que ainda há pessoas que não procuram os serviços de saúde para a realização de medidas preventivas (FESCINA et al., 2010).

Outro aspecto fundamental é a realização da vigilância à saúde da criança com foco no desenvolvimento e crescimento infantil, nem sempre verificado nos serviços de saúde. No presente estudo, não houve menção pelos enfermeiros entrevistados da utilização do cartão de saúde da criança como uma ferramenta da prática da vigilância à saúde da criança a termo e pré-termo.

Esse cartão foi implantado no Brasil em 2005, possui importantes e significativas informações, além de dados sobre a gravidez, o parto e o puerpério, registros sobre saúde bucal, ocular e auditiva, orientações em relação à prevenção de agravos e acidentes na infância, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, suplementação profilática de ferro e vitamina A, os dez passos para alimentação saudável para crianças até 2 anos de idade, esquema de vacinação e os gráficos de peso, altura e perímetro cefálico

(BRASIL, 2013). O cartão da saúde da criança contém campos para os registros da saúde da criança, cabendo destacar a importância da equipe de saúde realizar o monitoramento dos dados, registrar as informações de saúde, e estar preparada para identificar precocemente os problemas e danos e realizar a busca ativa das crianças, contribuindo para a vigilância à saúde.

Um estudo realizado em João Pessoa identificou que apenas 37,8% dos enfermeiros tinham conhecimento sobre o crescimento infantil, 64,4% não sabiam sobre as curvas do gráfico de crescimento na caderneta de saúde da criança, a maioria não acompanhava cotidianamente o desenvolvimento infantil e não orientava as mães quanto ao peso da criança (REICHERT et al., 2012).

Outra investigação desenvolvida em Cuiabá mostrou que o cartão de saúde da criança não tem sido rotineiramente utilizado pelos profissionais de saúde, e há poucos registros neste tipo de cartão e pouco envolvimento e participação da família (GAIVA; SILVA, 2014). Um outro estudo identificou que os profissionais de saúde reconhecem a importância do cartão como uma ferramenta de comunicação entre os profissionais da equipe, além de permitir o diálogo com a mãe, família ou cuidador sobre as informações contidas e registradas; reconhecem também como uma forma de realizar a vigilância, no entanto, alegam que enfrentam dificuldades como a falta de capacitação e conhecimento, indisponibilidade nos serviços de saúde, bem como o tempo insuficiente para comunicar com a família, o desconhecimento e desvalorização da mãe, família ou cuidador (ABREU; VIANA; CUNHA, 2013).

Na ótica da vigilância à saúde, cabe à equipe a realização de planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, acolhimento, com acesso universal, equidade, equipe multiprofissional, assistência integral e resolutive, além da educação em saúde (BRASIL, 2012b).

Assim, para uma atenção integral à saúde infantil, são necessárias ações de saúde transversais e operacionalizadas em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2010). Entre as linhas e ações estratégicas dispostas no Plano Nacional pela Primeira Infância, encontram-se o atendimento ao pré-natal de qualidade, a humanização na assistência obstétrica e neonatal, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, com ênfase para a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável, imunização, prevenção de agravos, detecção precoce de problemas que podem afetar a saúde, a nutrição e a capacidade mental e social da criança, e a atenção às doenças prevalentes na infância (BRASIL, 2010).

De acordo com as narrativas dos enfermeiros, puderam ser identificadas ideias convergentes com o que vem sendo posto sobre as ações dos enfermeiros no cuidado à saúde da criança. No que refere à vigilância à saúde realizada pela equipe de APS, o Plano Nacional pela Primeira Infância aponta a necessidade de intensificar, na primeira semana após o parto, o cuidado com o recém-nascido e a puérpera, qualificar e sensibilizar os profissionais para a realização de VD, capacitar as equipes para a identificação de sinais de maus tratos e negligência e para a atenção às famílias que possuem crianças com déficit nutricional ou sobrepeso (BRASIL, 2010).

Deve-se pontuar ainda que as crianças que apresentam riscos ao nascer, especialmente os prematuros, devem ser priorizadas para as ações de vigilância à saúde, por meio da busca ativa e seguimento nos serviços de saúde com consultas que possuam retornos mais frequentes, e ações intersetoriais, visto que, além da atenção, cuidado e apoio ofertado a essas crianças com necessidades específicas pela equipe de saúde da família e unidade básica de saúde, elas também podem necessitar de atendimento especializado multiprofissional, como: fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outros (BRASIL, 2005, 2010).

Na prática da vigilância à saúde das crianças a termo e pré-termo, foi apontado como fundamental o acompanhamento de perto, buscando garantir um adequado crescimento e desenvolvimento infantil, bem como uma melhor qualidade de vida para as crianças (REICHERT et al., 2012). Em relação aos bebês que nasceram pré-termo as ações da vigilância em saúde ganham prioridade e, no campo da ESF, a atuação do enfermeiro é vital e considerada um componente ativo na realização da vigilância (SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012).

Estudo aponta que o contato antecipado do enfermeiro com a mãe, a criança e sua família pode prevenir intercorrências, já que estão em processo de adaptação, sendo fundamental a atuação do enfermeiro neste cuidado, oferecendo as orientações, sanando as dúvidas e encaminhamentos adequados às necessidades de saúde de ambos (BARATIERI et al., 2014).

Para a realização das atividades de promoção, prevenção e intervenção, especialmente nas unidades com ESF, o enfermeiro é responsável por várias atribuições, tanto gerenciais quanto assistenciais, e dentre elas destaca-se a consulta de enfermagem em puericultura, com objetivo de acompanhar a criança em vários aspectos do seu crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2013).

Nas entrevistas com os enfermeiros, foi ressaltada a importância da consulta de puericultura, vista como prática da vigilância à saúde, considerando os aspectos

socioeconômico e ambiental, com orientações às mães sobre aleitamento materno, vacinação, prevenção riscos e agravos à saúde, higiene da criança, a educação para a mãe/cuidador da criança, para que, dessa forma, a família tenha subsídios para um cuidado protetor da saúde infantil. Além disso, foi considerado um momento de observação de algumas alterações na saúde da mulher como a depressão pós-parto, bem como a possibilidade de uma construção em conjunto no momento do atendimento, com o estabelecimento do vínculo e o apoio à mulher e criança, identificando as necessidades e vulnerabilidades. Destacou-se, também, a importância da parceria entre os profissionais da saúde, contribuindo para um compartilhamento nas condutas, tomadas de decisão e discussão dos casos nas reuniões de equipe.

A maior parte dos enfermeiros informou realizar a consulta de puericultura de forma intercalada com o médico, e no caso do pré-termo, é marcada consulta semanalmente. No entanto, alguns elencaram limites para a realização das consultas em algumas unidades ESF, por ainda terem ações médico-centradas e seguimento de algumas crianças em convênios de saúde, apontando que muitas já vêm com orientações de aleitamento artificial, sendo difícil a intervenção dos enfermeiros frente às condutas advindas de outros serviços. Outro aspecto é a preferência das mães por médicos pediatras em comparação aos generalistas, denotando certa insegurança de alguns usuários em relação à formação de médicos generalistas na ESF e, com isso, a opção por realizar seguimento concomitantemente, em ambos os serviços, convênio e SUS.

Outros aspectos limitantes mencionados pelos entrevistados foram: falta de periodicidade nas consultas agendadas de puericultura, sendo necessária a busca ativa dos faltosos, especialmente quando a mãe/família está em condição vulnerável, em situação de uso de álcool e drogas, dificuldade para um entendimento mais ampliado sobre o contexto que a família está inserida, o cuidado familiar superprotetor para as crianças nascidas pré-termo e dificuldades por parte da equipe na atenção à saúde da criança nascida pré-termo, vistas como lacuna na formação dos profissionais. Tais aspectos são mencionados como prejudiciais à prática da vigilância à saúde de crianças nascidas pré-termo, para que se processe de forma integral e com qualidade.

A consulta de enfermagem, no contexto da atenção primária à saúde, é de extrema importância para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, prevenção de riscos e agravos à saúde, promoção e manutenção da saúde, de forma sistematizada, configurando como prática clínica de caráter generalista, centrada no ciclo vital e no contexto

da família e membros, contribuindo para que a criança desenvolva todo o seu potencial (CAMPOS et al., 2011; RIBEIRO; OHARA; SAPAROLLI, 2009).

A prática assistencial da consulta de enfermagem foi legalizada pela Lei nº7498/86, que regulamentou o exercício da Enfermagem e estabeleceu essa atividade como privativa do Enfermeiro(a), assim como a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem que descreve a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993).

A consulta de enfermagem em puericultura para a avaliação da saúde da criança tem como objetivos (RIBEIRO; OHARA; SAPAROLLI, 2009): prestar assistência sistematizada de enfermagem à criança e sua família; promover a interação com a criança e a família na perspectiva do estabelecimento de vínculo e respeito à autonomia do usuário; conhecer a situação biopsicossocial, espiritual, econômico e sanitário da família da criança, relacionando com sua qualidade de vida e intervindo quando necessário; ampliar a cobertura de atendimento à criança e sua família, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência; monitorar o processo de crescimento e desenvolvimento da criança; orientar e apoiar a gestante e a puérpera quanto ao aleitamento materno e aos cuidados com a criança. Desse modo, é vista como inerente aos princípios da vigilância em saúde, tal como muitos dos aspectos mencionados pelos enfermeiros desta pesquisa.

Para que essa prática tenha qualidade no cuidado da criança, é fundamental que os serviços de saúde disponham de estruturas físicas, materiais e equipamentos adequados, enfermeiros capacitados e que respeitem os saberes e a autonomia dos usuários (SAPAROLLI; ADAMI, 2010). Além disso, no cuidado aos pré-termos, é necessária uma relação mais próxima entre hospitais e a ESF, que possibilite a troca de informações e acompanhamento contínuo, que favoreça um ambiente adequado para atender as necessidades das crianças e suas famílias (COSTA et al., 2012).

A consulta de enfermagem também é considerada como um modo de defesa da saúde da criança, não se restringindo apenas ao monitoramento de medidas antropométricas e de desenvolvimento neuropsicomotor, permitindo evidenciar as vulnerabilidades e necessidades, possibilitando condutas pertinentes a cada situação (ANDRADE et al., 2013).

Os fatores de vulnerabilidade podem ser entendidos como condições inadequadas de vida e desenvolvimento, em que a criança e sua família estão inseridas, ficando expostas aos problemas e danos à saúde, principalmente pela vulnerabilidade sócio-econômica (PEDROSO; MOTTA, 2010). A vulnerabilidade relacionada ao uso de álcool e drogas pelos pais da criança e a falta de infraestrutura domiciliar foi relatada pelos enfermeiros

participantes deste estudo. Para que se evitem certos agravos à saúde e situações de vulnerabilidades às crianças e suas famílias, é fundamental que o enfermeiro considere a questão educativa, com orientações às mães, norteadando as ações e possibilitando transformações individuais e coletivas (CAMPOS et al., 2011). Nesse sentido, há o fortalecimento do vínculo, fazendo com que a família e a população adquiram mais respeito pelo profissional (CAMPOS et al., 2011).

Outro aspecto apontado em estudos é a sobrecarga de tarefas no cotidiano do trabalho, alegando a não realização da consulta de enfermagem na ESF, o que implica em poucas perspectivas para mudanças no processo de trabalho da equipe (GASPARINO; SIMONETTI; TONETE, 2013; SPAGNUOLO et al., 2012; SILVA; RAMOS, 2011). Estudo identificou que a falta de infraestrutura dificulta o desenvolvimento da consulta de enfermagem para crianças, bem como a ausência de capacitações e a falta de valorização do papel do enfermeiro, limitando a sua atuação (GASPARINO; SIMONETTI; TONETE, 2013). Esses pontos refletem negativamente na prática da vigilância à saúde das crianças.

Como parte das ações de vigilância à saúde da criança relatada pelos enfermeiros neste estudo, também há destaque para a VD. Os resultados mostram que a realização da VD para o recém-nascido a termo e pré-termo é um momento para identificação precoce dos problemas e agravos, pelos enfermeiros e principalmente pelos ACS, que permite o monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação, busca ativa, orientações nas questões de amamentação, higiene, além de fortalecer o vínculo entre a família e os serviços de saúde, possibilitando o conhecimento do contexto social das necessidades e vulnerabilidades da família/criança.

Compreende-se por redes de apoio um sistema que se constitui de pessoas, situações, que oferecem apoio emocional (acolhimento, escuta, afeto, simpatia e sentimento de pertença) e instrumental (financeiro, divisão de responsabilidades e informação) à pessoa (HAYAKAWA et al., 2010). Conhecer a dinâmica familiar, a rede social (vizinhos, escolas, creches, igrejas) e o apoio social que as famílias dos bebês pré-termos têm acesso é essencial para o planejamento do cuidado, bem como o reconhecimento das instituições que permitirão a ampliação da rede social e de apoio social, dando suporte e empoderamento das famílias para o cuidado da criança pré-termo no domicílio (VIERA et al., 2010).

Os enfermeiros entrevistados mencionaram que nem todos os profissionais são capacitados para atuar em VD, na perspectiva da vigilância à saúde da criança. Outro aspecto apontado é que há certo limite por parte dos profissionais para atuarem e resolverem problemas em relação a situações de vulnerabilidade, interferindo, assim, na criação do

vínculo entre os serviços e as famílias. Diferentemente dos ACS e enfermeiros, não foi relatada pelos entrevistados a realização da VD por outros profissionais, implicando em deixar de utilizar o espaço da VD como estratégia de vigilância à saúde da criança nascida pré-termo, podendo gerar sobrecarga ao trabalho do enfermeiro.

Os ACS foram mais enfaticamente mencionados como os profissionais que atuam na prática da VD. Estudo aponta que as ações dos ACS em VD proporcionam bons resultados para o acompanhamento da saúde da criança e sua família, com registro do peso quatro vezes maior, quando comparados os dados de 2007(53,9%) com os de 1996(12,9%) (ALMEIDA et al., 2013).

A realização da consulta de enfermagem durante a VD é uma estratégia que pode ser realizada e possibilita ao profissional enfermeiro conhecer as reais condições de vida e saúde das famílias, as concepções que tem acerca do processo de adoecer, os hábitos, se há estratégias para prevenção e os tratamentos de doenças (SOUZA et al., 2013).

Em saúde da criança, a VD é vista com o objetivo primordial de promover saúde para o crescimento e desenvolvimento saudável (HENDERSON, 2009), bem como para avaliar a interação mãe-filho e a atenção à criança (APPLETON et al., 2013), identificar situações vulneráveis (MONSEN et al., 2010), permitindo maior aproximação com os determinantes saúde-doença (KEBIAN; ACIOLI, 2014) e colaborar com a melhoria das trajetórias de crianças, mulheres e famílias (MONSEN et al., 2011).

No contexto da ESF, pesquisa aponta que a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde da família, para uma atenção acolhedora, que permite construção de vínculo e laços de confiança, em busca de conhecer o usuário no seu ambiente familiar, com a análise das necessidades de cada indivíduo e família (SANTOS; MORAIS, 2011) e a realização da educação em saúde (KEBIAN; ACIOLI, 2011). Contribui também para a diminuição do número de atendimentos nas unidades de saúde, embora existam algumas fragilidades da VD, como o despreparo dos profissionais, a ausência de recursos materiais, a falta de tempo e treinamento (SOSSAI; PINTO, 2010), a sobrecarga de trabalho por parte dos enfermeiros, a pouca interação entre os profissionais da equipe, a violência e o acesso a certos lugares da comunidade (KEBIAN; ACIOLI, 2014).

Apesar das dificuldades, a VD com expansão do seu olhar e intervenção é um avanço da ESF, rumo ao cuidado integral à saúde.

O cuidado no domicílio exige competências voltadas às pessoas, família e comunidade, com construção de capacidades para estabelecer parcerias, ou seja, tornar os membros familiares parceiros do cuidado, o que demanda escuta, respeito e capacitação para

exercerem funções de cuidadores com qualidade e humanização (MACHADO; SILVA; FREITAS, 2011). A VD também é uma ação intersetorial, que implica o desenvolvimento de ações com base territorial, a integração com diversas instituições e organizações sociais, assim como a construção de parcerias, para garantir a cidadania. Tais aspectos fazem parte dos princípios gerais da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011b) e que estão alinhados também com a vigilância em saúde no Brasil.

Há políticas nacionais bem como instrumentos para garantir o atendimento às crianças nascidas pré-termo, no entanto, as iniciativas para efetivar a continuidade da atenção ainda são incipientes e fragmentadas (BRASIL, 2011b).

Foi apontada pelos enfermeiros, no presente estudo, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para aumentar os índices de AM, capacitar os profissionais da saúde em relação ao AM, contribuindo para a EPS e o pacto para a promoção, proteção e apoio ao AM. Esses aspectos são vistos como contribuidores da vigilância à saúde da criança.

Entre as estratégias e diretrizes governamentais, a recente Rede Cegonha não foi citada pelos enfermeiros entrevistados. A partir de 2011, o Ministério da Saúde brasileiro, considerando a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência à criança e do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, instituiu a Rede Cegonha - Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011c).

Os objetivos dessa estratégia são: reduzir a mortalidade materna e infantil, foco na saúde da mulher e na saúde da criança com ênfase na atenção ao parto, nascimento saudável e ao desenvolvimento da criança de zero a vinte quatro meses, bem como garantir o acesso, o acolhimento e a resolutividade (BRASIL, 2011c). Essa política visa também o atendimento às gestantes e aos recém-nascidos de risco, garantindo leitos nas maternidades e o oferecimento de transporte neonatal especializado, conhecido como “Samu Cegonha” (BRASIL, 2012b). A estratégia da Rede Cegonha brasileira, instituída no âmbito do SUS e fundamentada na humanização da atenção à saúde, consiste em uma rede de cuidados para assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, bem como assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério.

Pesquisa aponta que para a Rede Cegonha funcionar conforme o esperado são necessárias alianças e fluxos dentro do sistema de saúde, valorizando a participação dos agentes envolvidos, a constituição de vínculos e a continuidade do cuidado (BRAGA; SENA, 2014).

Os benefícios da integração e constituição das redes de saúde são: racionalizar gastos, otimizar recursos e promover uma atenção condizente com as necessidades dos sujeitos, que dependem do aperfeiçoamento na gestão intergovernamental nas regiões de saúde, para um adequado pacto de responsabilidades entre as esferas de governo e a qualificação da APS para coordenar o cuidado em saúde e ordenar sua continuidade (SILVA, 2011).

A configuração de um trabalho em rede pode contribuir com a vigilância da saúde de crianças a termo e pré-termo, pois facilita o acesso das mães, famílias e crianças, fortalece o vínculo nos serviços, identifica as necessidades das crianças a termo e pré-termo, direcionando a mãe nos serviços de saúde adequados, e permite que qualquer outro membro da equipe possa fazer conexões com outro profissional de outro serviço, garantindo a integralidade e longitudinalidade do cuidado à criança a termo e pré-termo de forma segura e humanizada.

No presente estudo, foi referido pelos enfermeiros que o acompanhamento das crianças conta também com a articulação entre os serviços de saúde do município. Para continuidade do cuidado ao pré-termo, é realizado o encaminhamento ao PAM (Posto de Atendimento Médico) para o serviço de estimulação precoce, conformado como parte de uma rede com fluxo de encaminhamentos, é visto como uma estratégia de efetivação da vigilância em saúde das crianças.

O programa de estimulação precoce oferece atendimento às crianças consideradas de risco e tem como objetivo assegurar a vigilância à saúde da criança, com prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde do bebê de risco. No município de Ribeirão Preto, aproximadamente 10% dos nascidos vivos são bebês com vulnerabilidades. Apesar dos enfermeiros mencionarem o encaminhamento ao serviço, este ainda não abrange todas as crianças, na maioria das vezes, por falta de informação dos familiares e até mesmo de alguns profissionais de saúde. É de extrema importância o acompanhamento dos bebês de risco, atentando-se aos reflexos, padrões motores, tônus, comportamento, identificando precocemente algum desvio, e a participação na mãe nesse acompanhamento é fundamental, podendo gerar mudanças significativas no desenvolvimento da criança (RIBEIRÃO PRETO, 2015a). Nesse serviço (PAM) são avaliadas as crianças de 0 a 3 anos e 6 meses que apresentam algum fator de risco, incluindo: crianças que nasceram com Apgar menor ou igual a 4 no 1º minuto de vida e menor ou igual a 7 no 5º minuto de vida; baixo peso ao nascer (inferior a 2500g); prematuridade, muitas vezes associada a algumas sequelas neurológicas; e pós maturidade (gestação acima de 42 semanas). Todos esses determinantes podem causar atrasos no desenvolvimento, como perturbações sensoriais, manifestações de deficiência

mental, demora nos reflexos primitivos, atraso no tônus, entre outros (RIBEIRÃO PRETO, 2015a).

A criança é acompanhada bimestralmente até 1 ano de idade, e trimestralmente de 1 ano a 1 ano e 6 meses, quando não ocorrer o atraso no desenvolvimento, e a equipe que realiza a estimulação é composta por fonoaudióloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. E concomitantemente, tem o acompanhamento por pediatras e neurologistas (SGUILLA et al., 2007). Acredita-se que a presença de outros profissionais, como enfermeiro, educador, assistente social e psicólogo, poderiam ampliar o apoio à família e o cuidado integral à criança.

De acordo com uma pesquisa realizada em Caxias do Sul-RS e Flores da Cunha-RS, verificou-se que quanto mais precocemente os bebês prematuros e crianças que possuem déficit são estimuladas, menores são as chances de terem atraso no desenvolvimento motor, social e linguístico (GROSS; PANIAGUA, 2012). A utilização de serviços especializados de estimulação precoce é importante para a atenção à criança e na perspectiva dos familiares, por considerarem como uma rede de apoio, para a família estar mais segura no cuidado da criança (MILBRATH et al., 2012).

Além do encaminhamento ao serviço de estimulação precoce, os entrevistados mencionaram que as crianças também são acompanhadas pelo programa municipal Floresce uma Vida (FUV), sendo considerado como uma estratégia relevante para a vigilância à saúde da criança. O programa FUV, criado em 1995, inserido no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PAISCA) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Ribeirão Preto-SP, constitui-se de ações voltadas para o atendimento materno-infantil (RIBEIRÃO PRETO, 2015b), baseado nas recomendações da Política Nacional de Saúde da Criança, voltada para o cuidado integral do recém-nascido (FURTADO, 2007).

Esse programa tem como objetivo geral reduzir a mortalidade infantil no município e o índice de deficiências e gravidades em menores de 1 ano de idade, melhorando a qualidade de vida da criança (RIBEIRÃO PRETO, 2015b; FURTADO, 2007). Ao mesmo tempo, garante o atendimento para o binômio mãe-filho, desde o pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, identifica as alterações no desenvolvimento infantil, realiza busca ativa dos recém-nascidos de risco do município e orientação em relação à triagem neonatal e vacinação da criança (FURTADO et al., 2010). É importante ressaltar que o FUV integra os serviços hospitalar e unidade de saúde mediante contra-referência, antecipando o atendimento de puericultura via e-mail ou telefone pelos auxiliares de enfermagem do programa e, assegurando a vigilância à saúde da criança com promoção, prevenção e redução dos agravos

à saúde, e é constituído de profissionais de outras secretarias municipais, de caráter multiprofissional e interdisciplinar (FURTADO, 2007).

Destaca-se a articulação com o Serviço de Estimulação Precoce (PAM), relatado pelos enfermeiros, bem como de outros serviços da rede básica, proporcionando o acesso ao serviço de saúde e integralidade do cuidado (FURTADO, 2007), para atender às necessidades de saúde da criança (FURTADO et al., 2010). Além disso, há parceria com instituição pública de ensino superior de enfermagem, com vistas a contribuir para a formação dos estudantes, já que viabiliza as atividades de extensão de serviços à comunidade, possibilitando atendimento qualificado com transferência de conhecimento à comunidade, bem como formar profissionais com visão holística, capazes de reconhecer a integralidade das ações e fazer a vigilância à saúde da criança, principalmente dos pré-termos (FURTADO et al., 2013b).

Essa articulação, entre os serviços de saúde, a comunicação entre os membros das equipes e o uso de fichas e sistemas de informação é fundamental para a concretização da vigilância à saúde infantil, como destacam os entrevistados deste estudo.

Um dos sistemas de informação que foi apontado pelos enfermeiros foi a utilização do sistema Hygia (sistema de informação em saúde municipal informatizado), implantado em 1994, tem como finalidade controlar, organizar e gerenciar os agendamentos, os atendimentos à saúde da população e também dos medicamentos e vacinas dos pacientes (FURTADO, 2007), ou seja, é uma ferramenta facilitadora no processo de trabalho dos membros da equipe de saúde, que permite aos profissionais entenderem e, de certo modo, organizarem o processo de atendimento da criança na rede.

Outro sistema de informação que os enfermeiros utilizam é o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), criado em 1998, inserido no contexto de reorganização do SUS, parte indispensável da ESF, é um instrumento que contém informações sobre os cadastros das famílias, situação de saúde, condições de moradia e saneamento, produção e composição das equipes de saúde, para que a partir dos dados, faça o diagnóstico da comunidade, com intervenções necessárias, bem como avaliar o resultado do trabalho desenvolvido pela equipe (BRASIL, 2003).

No entanto, uma investigação, realizada em Maringá-PR, constatou que entre os profissionais estudados, os médicos são os que menos utilizam o SIAB e os ACS são os que mais fazem uso dele no cotidiano do trabalho, e que os dados coletados não têm sido utilizados para o planejamento e avaliação das ações, além disso, há falta de capacitação, dificultando o processo de trabalho (MARCOLINO; SCOCHI, 2010).

Neste ponto, o trabalho em equipe é visto pelos enfermeiros entrevistados quando relatam ter reuniões de discussões de casos com a equipe e também reuniões com os ACS, analisando as informações referentes à criança, com nome, imunização, ocorrência de diarreia, antes que sejam lançadas no SIAB. Assim, a utilização desse sistema de informação em saúde permite buscar dados relevantes para assegurar um monitoramento adequado à saúde da criança e sua família.

Os enfermeiros relataram certas limitações como falta de recursos humanos e estrutura física, que estão em consonância com um estudo que analisou as barreiras estruturais, organizacionais e de atuação profissional (baixa qualificação, atendimento desumanizado e problemas com a equipe), mostrando os principais obstáculos de acesso dos usuários na atenção primária a saúde resolutiva com responsabilização pela criança em toda trajetória assistencial (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

Este estudo traz a indicação de enfermeiros quanto aos saberes importantes para a prática clínica junto à saúde da criança na APS. Sobressai a utilização da avaliação, orientação e gestão do cuidado com vistas à saúde da criança e sua família e, todas elas requerem uma diversidade de conhecimentos teóricos, de políticas públicas e da rede de atenção em saúde, com vistas a desencadear ações de cuidado efetivas e resolutivas. Ressaltam também a importância dos protocolos assistenciais e da parceria entre os profissionais de saúde. Há um reconhecimento da responsabilidade pelo aprimoramento profissional para que o cuidado de enfermagem seja ampliado.

Todos os conhecimentos da saúde da criança a termo e pré-termo mencionados nas narrativas dos enfermeiros são relevantes para o cuidado de enfermagem, e estão pertinentes e em consonância com evidências científicas sobre fatores de mediação no cuidado de crianças, incluindo o cuidado no contexto da família, promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, aspectos parentais e familiares, a partir de uma atenção com detecção precoce e, portanto, com intervenções preventivas que maximizam os resultados de desenvolvimento infantil (LESTER et al., 2011).

Na área de enfermagem em saúde da criança, há muitos avanços e uma rica base científica para orientar o cuidado, mas ainda existem barreiras para que as evidências sejam implementadas (GENNARO, 2010). Muitas intervenções têm sido apoiadas e consideradas eficazes por meio da investigação com crianças, por exemplo, as crianças prematuras, com o propósito de melhoria na assistência (MELNYK et al., 2010).

Tem sido apontado o incremento que os profissionais de enfermagem podem oferecer na atenção à saúde de crianças e famílias, assegurando que recebam um cuidado

fundamentado em evidências científicas (MEADOWS-OLIVER, 2009). Nesse âmbito, o compromisso profissional envolve a utilização de boas evidências em curso acerca de tomadas de decisão sobre o cuidado, para benefícios às crianças, mães e suas famílias (PURDY; MELWAK, 2009, LEFAIVER et al., 2009). Há destaque para a relevância de engajar enfermeiros e promover o uso de conhecimentos com a proposta de que cada paciente receba o cuidado certo todo o tempo (PURDY; MELWAK, 2009).

A busca por informações e conhecimentos de saúde para fundamentar a prática é de extrema importância, assim como o compromisso profissional para adotar inovação na resolução de problemas (PURDY; MELWAK, 2009, BAUMANN, 2010). Admitindo que existem diferentes tipos de evidências para informar a prática (GAGLIARDI; DOBROW, 2011, LACERDA et al., 2012), é relevante descrever os conhecimentos utilizados e identificar barreiras e competências para implementar os cuidados e aperfeiçoá-los na esfera clínica.

Na atenção primária à saúde da criança, os enfermeiros também se deparam com situações de cuidado em que necessitam acionar vários e abrangentes conhecimentos.

No caso de crianças egressas da terapia intensiva, que integram o grupo denominado de crianças com necessidades especiais de saúde, há necessidade do planejamento de cuidados individuais e personalizados, pois apresentam saúde debilitada e necessitam de atenção contínua dos familiares e de enfermeiros (NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2013). As práticas e fragilidades de unidades de cuidado intensivo neonatal sugerem novas situações geradoras de vulnerabilidades para as crianças e famílias, como consequência de processos clínicos e sociais, requerendo do enfermeiro incremento e continuidade das intervenções na prática clínica da atenção primária à saúde da criança.

Tais aspectos também se vinculam ao princípio da longitudinalidade do cuidado, com ênfase na continuidade das ações ao longo do tempo, tendo como eixo norteador o processo de crescimento e desenvolvimento na infância e as tomadas de decisão das e com as famílias (PURDY; MELWAK, 2009), para enriquecer o cuidado de enfermagem em saúde da criança e apreendê-lo numa perspectiva integradora (MELLO et al., 2012).

As narrativas obtidas quanto aos limites para expansão do cuidado com famílias mostram a preocupação com intervenções que deem conta das vulnerabilidades familiares e sociais, o que implica no aumento dos conhecimentos e das habilidades do enfermeiro.

Há preocupações dos enfermeiros com o cuidado em saúde de base dialógica (AYRES, 2009). Tais aspectos estão em consonância com outras investigações (MELNYK et al., 2010; THORSTEINSSON, 2013), na medida em que mostram que para o

desenvolvimento da atenção primária à saúde é crucial que enfermeiros tenham habilidades para incrementar a prática.

Assim, é um desafio tornar a prática de enfermagem menos subjetiva e orientada por resultados de pesquisas (BAUMANN, 2010), com avaliações de enfermeiros sobre a percepção de seus conhecimentos e habilidades e na identificação de barreiras e de facilitadores que promovem a implementação de intervenções eficazes para a prática clínica (MELNYK et al., 2010). A confiança dos enfermeiros em relação aos próprios conhecimentos e habilidades para a aplicação de evidências científicas na prática é fundamental (THORSTEINSSON, 2013).

A ESF, no Brasil, é visualizada como a porta de entrada principal do usuário no sistema de saúde, atendendo as pessoas com demandas e problemas variados, inespecíficos e nem sempre manejados a partir de padrões e protocolos. Assim, a gestão do cuidado nas USF implica lidar com situações variadas requerendo o desenvolvimento de ações que ampliam a prática do cuidado familiar (NAKATA et al., 2013).

O uso de protocolos assistenciais é recomendado como confiável fonte para o cuidado ao paciente na atenção primária à saúde (ALANEN; KAILA; VÄLIMÄKI, 2009). Estudo que analisou a interface entre atitudes profissionais, intervenções implementadas e uso de protocolos assistenciais, concluiu uma atuação positiva para o cuidado. Explorar como enfermeiros contribuem para o desenvolvimento, implementação, revisão e auditoria de protocolos baseados no cuidado é importante para o avanço da atenção à saúde e para processos clínicos de cuidado (ALANEN; KAILA; VÄLIMÄKI, 2009).

A atuação de enfermeiros no cuidado às famílias não é um tema novo do ponto de vista da prática profissional e da produção de conhecimentos, sendo enfatizada a participação e o envolvimento das famílias no cuidado à saúde (KAWATA et al., 2011), bem como a importância de identificar as necessidades de saúde das famílias, propor intervenções condizentes com as mesmas (SILVA; ALVARENGA; OLIVEIRA, 2012), e partilhar a responsabilidade pelo cuidado em saúde (AYRES, 2009; MELLO et al., 2012), aspectos essenciais para a prática de enfermagem. Os autores afirmam que o trabalho das enfermeiras na saúde da família pode estar em processo de transição e em um contexto de busca de reorganização da atenção primária à saúde, com foco nas práticas de saúde que tomam a família em suas necessidades como centralidade do trabalho; na qualificação da ação clínica na atenção aos indivíduos em seu contexto familiar e comunitário, com vínculo, diálogo e negociação; na integração da equipe de saúde mediante um esforço de interação e de articulação, entre outros aspectos (KAWATA et al., 2011).

Considerando a questão do desempenho do enfermeiro fundamentado em situações do trabalho cotidiano, cabe ressaltar a importância de analisar a base dos conhecimentos de enfermagem, que pode ser descrito como a coexistência de experiências práticas e evidências de pesquisas, a partir de um ‘saber-fazer’ (ANDERSON; WILLSON, 2009). Os autores apontam que os recursos e habilidades desse conhecimento de ‘saber-fazer’ são dinâmicos e expandem-se com a competência e proficiência do enfermeiro. Ainda, afirmam que o ‘saber-fazer’ prático e o investigacional, baseado em evidências, culminam no ‘saber-cuidar’, que define a profissão de enfermagem (ANDERSON; WILLSON, 2009).

Cabe destacar a importância dos sistemas de saúde favorecerem a implementação de intervenções que resultem no aumento dos conhecimentos e das habilidades para o uso de evidências científicas na prática, bem como no fortalecimento das crenças dos profissionais sobre os benefícios advindos dessas estratégias (THORSTEINSSON, 2013), buscando aperfeiçoar os serviços de saúde por meio de efetivas tomadas de decisão que assegurem um bom desempenho clínico.

O conceito de evidência tem sido debatido, quanto a não estar exclusivamente derivado de estudos controlados randomizados e que há diversas fontes de evidência, incluindo resultados de todas as formas de pesquisas com rigor científico, opiniões de *experts* e de experiências, evitando-se o risco de redução da prática clínica à doença, com uma supervalorização de aspectos objetiváveis, e sim buscando uma atenção integral à pessoa (LACERDA et al., 2012).

Para a promoção e a garantia da qualidade da prática baseada em evidências nos cuidados de enfermagem, torna-se necessário uma abordagem inovadora e colaborativa, que considere todos os envolvidos no processo, além de uma estrutura clínica e de suporte e gestão organizacional (EIZENBERG, 2011).

A falta de tempo para acessar conhecimentos e pouca autonomia na prática (MILLS; FIELD; CANT, 2009) foram as principais barreiras mencionadas por enfermeiros. Os facilitadores apontados como fontes de aprimorar conhecimentos para enfermeiros foram oportunidades de aprendizagem, cultura organizacional, disponibilidade e simplicidade de recursos, educação permanente nos serviços de saúde e as oportunidades de capacitações (MILLS; FIELD; CANT, 2009), acesso à uma rica biblioteca com periódicos de enfermagem e da área médica, bem como oportunidades para trabalhar com computador e acesso à internet no local de trabalho (EIZENBERG, 2011). Também foram consideradas fontes de conhecimento a aprendizagem com as experiências dos pacientes e a interação com os pacientes, profissionais e com enfermeiros especialistas (MILLS; FIELD; CANT, 2009).

A Educação Permanente em Saúde pode incorporar o ensino e o aprendizado na rotina das organizações, modificando as estratégias educativas, com problematização da prática, colocando as pessoas como atores reflexivos e construtores do conhecimento (BRASIL, 2009b).

Pontua-se a necessidade do protagonismo do enfermeiro, utilizando a perspectiva da enfermagem para orientar a síntese do conhecimento oriundo de diversas fontes, fazendo com que esse saber seja aplicado de forma criativa e respeitosa no cuidado de enfermagem (BAUMANN, 2010) e que promova uma atenção à saúde de excelência, com segurança e qualidade aos pacientes e suas famílias (GRACE, 2011).

É importante enfatizar que os usuários dependem dos profissionais de saúde para fazer o melhor a seu favor (BRADSHAW, 2010). Assim, tomar a responsabilidade pela própria prática, examinar continuamente qual o melhor caminho para cuidar, se atualizar e não se limitar em habilidades técnicas podem trazer benefícios à prática profissional do enfermeiro.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste presente estudo foi possível apreender aspectos relacionados às experiências, concepções, saberes e práticas dos enfermeiros que atuam nas unidades de ESF em relação aos cuidados de crianças nascidas pré-termo, na ótica da vigilância à saúde da criança. O enfoque de tais saberes e experiências está em consonância com as premissas do modelo da vigilância à saúde da criança.

Os enfermeiros destacaram que a vigilância à saúde do bebê pré-termo inicia-se desde a realização do planejamento familiar e a gestação, está centrada em um acompanhamento constante do crescimento e desenvolvimento da criança, com a ampliação do olhar profissional para o cuidado, por meio de ações de promoção à saúde, detecção precoce dos agravos, intervenções e busca de resolução de problemas. A identificação e intervenção nas situações de vulnerabilidade após a alta hospitalar da criança nascida pré-termo são vistas pelo contexto socioeconômico e ambiental no qual a criança e sua família se inserem, trazendo uma apreensão de sua influência no crescimento e desenvolvimento biopsicossocial dessas crianças.

Nas narrativas também há visões sobre a vigilância à saúde da criança pré-termo com foco na vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, sugerindo certos limites de concepção. Ainda assim, foi visto que estes enfermeiros vem buscando medidas e ações da vigilância à saúde da criança pré-termo.

Em relação à prática do modelo de Vigilância à Saúde da criança nascida pré-termo, foram identificadas certas limitações para sua operacionalização, com destaque para a falta de recursos humanos e estrutura física, capacitação dos profissionais, não realização de consultas de enfermagem em algumas unidades ESF, por ainda terem ações médico-centradas, e seguimento de algumas crianças em convênios de saúde, sendo difícil a intervenção dos enfermeiros frente às condutas advindas de outros serviços.

Os enfermeiros também ressaltaram a necessidade de atualização profissional e de proximidade com a universidade, bem como a importância do trabalho em equipe e de processos educativos de forma multiprofissional que privilegiem a atenção integral à saúde da criança a termo e pré-termo. A realização da Educação Permanente nos serviços de saúde e os processos de educação em saúde de forma criativa com a comunidade merecem atenção, identificando e trabalhando com as necessidades de conhecimentos inovadores sobre a saúde da criança a termo e pré-termo e sua família e com as vulnerabilidades individuais, sociais e

institucionais, trazendo benefícios tanto para a família e as crianças quanto para a prática profissional do enfermeiro e equipe.

Considera-se, ainda, relevante a adoção de medidas de organização do atendimento na Rede de Atenção à Saúde, o apoio institucional, o fortalecimento do compromisso da gestão com os enfermeiros e dos próprios gestores, por meio de planejamento de ações que impactem positivamente na saúde da criança pré-termo. O enfermeiro, nesse contexto, encontra-se em um importante espaço de atuação na ESF e tem papel fundamental para contribuir na consolidação dos princípios da ESF e na garantia do direito à saúde da criança.

As necessidades da criança, com atenção às especificidades das condições de saúde da criança nascida pré-termo, ao contexto de vida, ao desenvolvimento humano, à prevenção de danos e violência, às doenças prevalentes na infância, às prerrogativas de um cuidado compartilhado com a família, ao trabalho em rede, são fundamentais e merecem contínuo aprimoramento para o cuidado integral à saúde.

O presente estudo trouxe contribuições para repensar o protagonismo do enfermeiro, a prática orientada por conhecimentos oriundos de diversas fontes, os saberes aplicados de forma criativa e que promovam uma atenção à saúde de excelência, com segurança e qualidade, com compartilhamento entre profissionais, indivíduos, famílias e comunidade, em busca da integralidade da atenção à saúde da criança.

O objeto de estudo aqui delineado é complexo e amplo e cabe expandir para outras pesquisas na temática da vigilância à saúde e dos saberes dos enfermeiros na prática para o cuidado integral à saúde da criança em todo o país, especialmente às crianças nascidas pré-termo.

REFERÊNCIAS¹

ABREU, T.; VIANA, L.; CUNHA, C. Challenges on utilization of child health booklet: between real and ideal. **Manag Prim Health Care**, América do Norte, v. 3, n. 2, p. 80-3, Jan. 2013. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/49/63>>. Acesso em: 13 jan. 2015.

ALANEN, S.; KAILA, M.; VÄLIMÄKI, M. Attitudes toward guidelines in Finnish primary care nursing: a questionnaire survey. **Worldviews Evid Based Nurs**, v. 6, n. 4, p. 229-36, 2009.

ALMEIDA, N. et al. Acompanhamento e crescimento das crianças maranhenses com ênfase nas ações das equipes de saúde da família. **Manag Prim Health Care**, América do Norte, v. 4, n. 2, p. 126-35, out. 2013. Disponível em: <<http://jmpchc.com/ojs/index.php/01/article/view/121/99>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

ANDERSON, J. A.; WILLSON, P. Knowledge management: organizing nursing care knowledge. **Crit Care Nurs Q**, v. 32, n. 1, p. 1-9, 2009.

ANDRADE, R. D. et al. A puericultura como momento de defesa do direito à saúde da criança. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 719-27, 2013.

APPLETON, J. V. et al. Evaluating health visitor assessments of mother-infant interactions: a mixed methods study. **Int J Nurs Stud**, v. 50, n. 1, p. 5-15, 2013.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2627-38, ago. 2010.

AYRES, J. R. C. M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS-UERJ: ABRASCO, 2009.

_____. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 28-42, nov. 2002.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA, I.J.; CALAZANS, G.; SALLETTI, H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R., organizadores. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1999, p. 50-71.

BARATIERI, T. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 206-16. jan./mar. 2014.

BAUMANN, S. L. The limitations of evidenced-based practice. **Nurs Sci Q**, v. 23, n. 3, p. 226-30, 2010.

BETTIOL, H.; BARBIERI, M.A.; SILVA, A.A.M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Rev Bras. Ginec. Obstet.** v. 32, n. 2, p. 57-60, 2010.

BERHMAN, R.E. et al. **Preterm birth: causes, consequences and prevention**. Washington, DC. The National Academies Press, 2007.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevista em Ciências Sociais. **Rev. Eletron. dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Santa Catarina, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <http://www.emtese.ufsc.br/3_art5.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2013.

BORCK, M.; SANTOS E. K. A. Terceira etapa método canguru: convergência de práticas investigativas e de cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 761-8, dez. 2010.

BRADSHAW, W. G. Importance of nursing leadership in advancing evidence-based nursing practice. **Neonatal Netw**, v. 29, n. 2, p. 117-22, 2010.

BRAGA, P.; SENA, R. Avanços na atenção ao prematuro e a continuidade da assistência: reflexão sobre rede de cuidados. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 3, n. 3, p. 899-908, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/442/537>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Assistência pré-natal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde, cuidados com o recém-nascido pré- termo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. v. 4

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:** curso de capacitação: introdução - módulo 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aidpi_modulo_1.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2013.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de saúde da criança, menino.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006:** dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. Rede Nacional Primeira Infância. **Plano Nacional pela Primeira Infância.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Saúde da criança:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. **SIAB**: manual do sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**. v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.

CAMPOS, R. M. C. et. al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev. Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução n. 159/1993, 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 1993. Disponível em: <www.portalcofen.com.br>. Acesso em: 29 jan. 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). **Resolução n. 466/12, 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 03 jun. 2013.

COSTA, L. C. et al. Significado da consulta de enfermagem em puericultura: percepção de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 4. p. 792-98. out./dez. 2012.

COSTA, R. et al. Políticas de saúde pública ao recém-nascido no Brasil: reflexos para assistência neonatal. **Hist. Enferm. Rev**, Brasília, v. 1, n.1, p. 55-68, 2010.

COSTA, S. A. F. et al. A experiência da família ao interagir com o recém-nascido no domicílio. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 741-9, out./dez. 2009.

EIZENBERG, M. M. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? **J Adv Nurs**, v. 67, n. 1, p. 33-42, 2011.

FARIA, L. S.; BERTOLOZZI, M. R. A vigilância na atenção básica à saúde: perspectivas para o alcance da Vigilância à Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 789-95, 2010.

FERECINI, G. M. et al. Percepções de mães prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **Acta. Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 250-6, maio/jun. 2009.

FESCINA, R. et al. **Saúde sexual e reprodutiva: guias para a atenção continuada de mulher e do recém-nascido focalizadas na APS.** Montevideo, Uruguai: CLAP/SMR, 2010.

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

FLACKING R. et al. Trustful bonds: a key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. **Soc Sci Med**, v. 62, n. 1, p. 70-80, Jan. 2006.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. **Perfil Municipal**. 2015. Disponível em: <<http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Committing to Child Survival: a promise renewed: progress report 2013.** USA: UNICEF, 2013.

FURTADO, M. C. C. et al. A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 554-61, mar./abr. 2013a.

FURTADO, M. C. C. et al. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 640-6, 2010. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a07.htm>>. Acesso em 05 fev. 2015.

FURTADO, M. C. C. et al. Floresce uma Vida: parceria e extensão de serviços na formação do enfermeiro. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 784-8, 2013b.

FURTADO, M. C. C. **Projeto Floresce uma Vida: potencialidades para o cuidado integral ao recém-nascido.** 2007. 148 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

GAGLIARDI, A. R.; DOBROW, M. J. Paucity of qualitative research in general medical and health services and policy research journals: analysis of publication rates. **BMC Health Serv Res**, v. 11, n. 10, p. 268-74, 2011.

GAIVA, M.; SILVA, F. Book of child health: integrative review of the literature. **J Nurs UFPE on line.**, Recife, v.8, n.3, p.742-9, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5357>>. Acesso em: 22 jan. 2015.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Rev. Panam. Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 2, p. 144-9, fev. 2014.

GASPARINO, R. F.; SIMONETTI, J. P.; TONETE, V. L. P. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 6, p. 1112-22, 2013.

GENNARO, S. Implementing the evidence-based change in perinatal and neonatal nursing. **J Perinat Neonatal Nurs**, v. 24, n. 1, p. 55-60, 2010.

GOLDENBERG, R.L.; CULHANE, J.F.; IAMS, J.D.; ROMERO, R. Epidemiology and causes of preterm birth. **Lancet**, v. 371, n. 9606, p. 75-84.

GRACE, J. Qualitative research: using "soft" evidence to solve hard clinical problems. **AACN Adv Crit Care**, v. 22, n. 1, p. 89-92, 2011.

GROSS, M. S.; PANIAGUA, L. M. Atuação fonoaudiológica em estimulação precoce nas cidades de Caxias do Sul – RS e Flores da Cunha – RS. **Disturb. Comum.**, v. 24, n. 1, p. 53-60, 2012.

HALL, E. O. C.; BRINCHMANN, B. S. Mothers of preterm infants: experience of space, tone and transfer in the neonatal care unit. **Journal of Neonatal Nursing**, v. 15, p. 129-36, Aug. 2009.

HAYAKAWA, L. Y. et al. Rede social de apoio à família de crianças internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 440-5, jun. 2010.

HENDERSON, S. Community Child Health (CCH) nurses' experience of home visits for new mothers: a quality improvement project. **Contemp Nurse**, v. 34, n. 1, p. 66-76, 2009.

HINO, P.; CIOSAK, S.I.; FONSECA, R.M.G.; EGRY, E.Y. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1156-67, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE cidades@. **Síntese das informações**. 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=354340&idtema=16&search=sao-paulo|ribeirao-preto|sinthese-das-informacoes>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento**. 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2015.

KAWATA, L. S. et al. Attributes mobilized by nurses in family health: reaching performances when developing managerial competence. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 349-55, 2011.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI, S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1. p. 161-9. jan./mar. 2014. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2015.

_____. Visita domiciliar: espaço de práticas de cuidado do enfermeiro e do agente comunitário de saúde. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3. p. 403-9, 2011.

KIRK, S.; GLENDINNING, C.; CALLERY, P. Parent or nurse? The experience of being the parent of a technology – dependent child. **Journal of Advanc. Nursing**. Oxford, v. 51, n. 5, p. 456-64, 2005.

KREUTZ, C. M.; BOSA, C. A. "Um sonho cortado pela metade...": estudo de caso sobre o impacto da prematuridade e da deficiência visual do bebê na parentalidade. **Estud. psicol.** Natal, v. 18, n. 2, p. 305-13, abr./jun. 2013.

LACERDA, R. A. et al. Práticas baseadas em evidências publicadas no Brasil: identificação e reflexão na área da prevenção em saúde humana. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1237-47, 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-74, 2011.

LEFAIVER, C. A. et al. Using evidence to improve care for the vulnerable neonatal population. **Nurs Clin North Am**, v. 44, n. 1, p. 131-44, 2009.

LESTER, B. M. et al. Infant neurobehavioral development. **Semin Perinatol**, v. 35, n. 1, p. 8-19, 2011.

LIU, L. et al. Global, regional and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an update systematic analysis. **Lancet**. v. 385, p.430-40, jan. 2015.

MACHADO, A. L. G.; SILVA, M. J.; FREITAS, C. H. A. Assistência domiciliária em saúde: um olhar crítico sobre a produção científica de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 365-9, mar./abr. 2011.

MARCOLINO, J. S.; SCOCHI, M. J. Informações em saúde: o uso do SIAB pelos profissionais das equipes de Saúde da Família. **Rev. Gaucha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 314-20, 2010.

MEADOWS-OLIVER, M. Does qualitative research have a place in evidence-based nursing practice? **J Pediatr Health Care**, v. 23, n. 5, p. 352-4, 2009.

MELLO, D. F. et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-9, jul./ago. 2012.

MELNYK, B. M. et al. Translating the evidence-based NICU COPE program for parents of premature infants into clinical practice: impact on nurses' evidence-based practice and lessons learned. **J Perinat Neonatal Nurs**, v. 24, n. 1, p. 74-80, 2010.

MELO, W. A. **Avaliação da atenção do recém-nascido de risco em Maringá – PR**. 2009. 142 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maringá, 2009.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: processo social de mudanças das práticas sanitárias do SUS**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MILBRATH, V. M. et al. Família da criança com paralisia cerebral: percepção sobre as orientações da equipe de saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 921-8, dez. 2012.

MILLS, J.; FIELD, J.; CANT, R. The place of knowledge and evidence in the context of Australian general practice nursing. **Worldviews Evid Based Nurs**, v. 6, n. 4, p. 219-28, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio/jun. 2005.

MOREIRA, M. E. L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 321-7, mar. 2010.

MONSEN, K. A. et al. Comparing maternal child health problems and outcomes across public health nursing agencies. **Matern Child Health J**, v. 14, n. 3, p. 412-21, 2010.

MONSEN, K. A. et al. Public health nurses tailor interventions for families at risk. **Public Health Nurs**, v. 28, n. 2, p. 119-28, 2011.

NAKATA, P. T. et al. Classification of family risk in a family health center. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 5, p. 1088-95, set./out. 2013.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. A fragilidade clínica e a vulnerabilidade social das crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p. 182-90, 2008.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E.; SILVEIRA, A. Family network of children with special health needs: implications for nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 562-70, mar./abr. 2013.

NOVACZYK, A. B. **Assistência à saúde integral da criança na atenção básica: uma análise da política nacional atual**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso, Mato Grosso, 2008.

OLIVEIRA, C. M.; CASANOVA, A. O. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 778-84, maio/jun. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Born too soon**. 2012. Disponível em: <http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon_countryranking.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2014.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z., organizador. **Epidemiologia e saúde**. São Paulo: Medsi, 1994. p. 455-66.

_____. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006. p. 54-61.

PEDROSO, M. L. R.; MOTTA, M. G. C. A compreensão das vulnerabilidades sócio-econômicas no cenário da assistência de enfermagem pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 fev. 2015.

PURDY, I. B.; MELWAK, M. A. Implementing evidence-based practice: a mantra for clinical change. **J Perinat Neonatal Nurs**, v. 23, n. 3, p. 263-9, 2009.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 2, p. 297-304, abr./jun. 2009.

REICHERT, A. P. S. et al. Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 114-26, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/23/19>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. **Estimulação precoce**. 2015a. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/central/i16p-e-precoce.php>>. Acesso em: 12 jan. 2015.

_____. **Floresce uma vida**. 2015b. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/floresce/i16floresce.php#Histórico>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

_____. Prefeitura de Ribeirão Preto. **Plano municipal de saúde 2014-2017**. 2013. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/vigilancia/planeja/pms-rp-2014-2017.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2015.

_____. **Rede municipal de saúde**. 2014. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16apresentacao.php>>. Acesso em: 13 dez. 2013.

RIBEIRO, C. A.; OHARA, C. V. S.; SAPAROLLI, E. C. L. Consulta de enfermagem em puericultura. In: FUJIMORI E.; OHARA C. V. S, organizadoras. **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. Barueri: Manole, 2009. p.223-47.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

SAIGAL, S.; DOYLE, L.W. An overview mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. **Lancet**, v. 381, n. 9608, p. 261-9, 2008.

SÁNCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-24, 2007.

SANTOS, E. M.; MORAIS, S. H. G. A visita domiciliar na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enferm.**, Paraná, v. 16, n. 3, p. 492-7, 2011.

SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 92-8, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 fev. 2015.

SGUILLA, L. S. et al. **Protocolo de atuação do serviço de estimulação do desenvolvimento infantil da Prefeitura Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. 2007.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-32, jan. 2013.

SILVA, R. V. G. O.; RAMOS, F. R. S. Processo de alta hospitalar da criança: percepções de enfermeiros acerca dos limites e das potencialidades de sua prática para a atenção integral. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 247-54, abr./jun. 2011.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-62, jun. 2011.

_____. Pacto pela Saúde e rede regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In:_____. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas, SP: Idisa, Conasems, 2008. p. 151-201.

SILVA, T. M. R.; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Evaluation of the vulnerability of families assisted in Primary Care in Brazil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 935-43, set./out. 2012.

SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.

SOCIEDADE CIVIL DE BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL (BEMFAM). Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS). **Pesquisa Nacional sobre demografia e saúde 1996. Relatório Final**. Rio de Janeiro: BEMFAM, 1997.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 569-73, jul./set. 2010.

SOUZA, N. L. et al. Domestic maternal experience with preterm newborn children. **Rev Salud Publica**, Bogota, v. 12, n. 3, p. 356-67, Jun. 2010.

SOUZA, R. S. S. et al. Pediatric health care: practice of nurses in the family health program. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 331-9, abr./jun. 2013.

SPAGNUOLO, R. S. et al. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc. Cuid. Saude**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 226-34, abr./jun. 2012.

TAVARES, L. A. M. **Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro**. Rio de Janeiro, 2009. Artigo IV. p. 10.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILLASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf Epidemiol SUS**, v. 7, n. 2, p. 7-28, abr./jun. 1998.

TEMPORÃO, J. G. A tensão entre o ideário reformista e a proposta real em construção de uma política de saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 1, p. 9-13, jan./mar. 2007.

THORSTEINSSON, H. S. Icelandic nurses' beliefs, skills, and resources associated with evidence-based practice and related factors: a national survey. **Worldviews Evid Based Nurs**, v. 10, n. 2, p. 116-26, 2013.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-14, jun. 2005.

UNIÃO AFRICANA. **Relatório anual sobre o estado da saúde materna, neonatal e infantil em África**. Etiópia: Adis Abeba, 2013.

VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. L. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso a atenção básica no Recife, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, abr. 2013. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102013000200379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2015.

VASCONCELOS, V. M. et al. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 326-31, abr./jun. 2012.

VICTORA, C.G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**. v. 377, n. 9780, p. 1863-76, mai. 2011.

VIERA, C. S. et al. Rede e apoio social familiar no seguimento do recém-nascido pré-termo e baixo peso ao nascer. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 11-9, 2010. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a02.htm>>. Acesso em: 29 ago. 2012.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F.; OLIVEIRA, B. R. O seguimento do prematuro e baixo peso ao nascer egresso da terapia intensiva neonatal na família: uma revisão da literatura. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 7, p. 10, 2008.

ZEPPONE, C. S.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 594-99, dez. 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010305822012000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2015.

APÊNDICE 1

Roteiro da entrevista semiestruturada

Número da entrevista:

Caracterização do profissional

Idade: _____

Sexo: _____

Tempo de formação: _____ anos

Local de formação: _____

Tempo de trabalho na ESF: _____

Cursos após a formação realizados com conteúdos de saúde da criança e/ou saúde da família:

Cursos após a formação realizados com conteúdos sobre vigilância à saúde da criança e/ou vigilância à saúde:

Entrevista

1- O que é para você vigilância à saúde da criança aqui na estratégia saúde da família?

2- Quais conhecimentos de enfermagem você considera importantes para a vigilância à saúde de prematuros após a alta hospitalar?

3- Como está sendo o cuidado de enfermagem ao bebê prematuro aqui na sua unidade?

4- Quais as necessidades de um bebê prematuro e da sua família quando saem do hospital? Você lembra de algum caso que queira relatar?

5- Quais as situações de vulnerabilidade da criança prematura e da sua família? Você lembra de algum caso que queira relatar?

6- Quais estratégias você e a equipe utilizam para a vigilância à saúde de prematuros?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação em estudo científico (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde)

Pesquisa: O cuidado de crianças nascidas pré-termo: a vigilância à saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família

Meu nome é Marina Sayuri Yakuwa, sou mestranda do Programa Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Você está convidado(a) a participar deste estudo, que tem como objetivo analisar as experiências de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre a vigilância à saúde da criança prematura. Para participar desta pesquisa será necessário responder a uma entrevista que levará cerca de 20 minutos. Peço autorização para utilizar o gravador mp3 para que eu não esqueça nenhuma informação e nem tenha que ficar anotando na hora das entrevistas. Todas as informações que você prestar nesta entrevista serão utilizadas apenas para a pesquisa. Sua identidade será mantida em segredo, assim como do local de trabalho sobre a qual as informações serão prestadas. Para a realização da entrevista haverá agendamento de data, horário e local de acordo com a disponibilidade do profissional. Como em toda pesquisa você tem alguns riscos e benefícios ao participar, como risco podemos citar o constrangimento de ter que responder alguma pergunta que conste na entrevista. Para amenizar esse problema, poderemos interromper a entrevista a qualquer momento, se assim desejar. Ao participar da pesquisa, os benefícios serão futuros visando uma melhoria na qualidade no trabalho. Quando terminarmos esta pesquisa, o resultado final poderá ser divulgado em revistas e/ou eventos científicos, contribuindo para o avanço científico. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando, bem como nada será pago por sua participação. Haverá garantia de indenização se houver algum dano decorrente da pesquisa de acordo com as leis vigentes no país. Caso não aceite participar desta pesquisa, você terá a liberdade de dizer a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo. Sua participação será importante, pois poderemos aprender com os resultados desse trabalho. Se você tiver alguma dúvida, poderá perguntar ou entrar conosco através do endereço e/ou telefone abaixo e também do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem. Obrigada pela colaboração. Este documento após aprovação do CEP será elaborado em duas vias, sendo um entregue ao sujeito da pesquisa e outro será mantido em arquivo pelo pesquisador.

Marina Sayuri Yakuwa

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Pesquisadores responsáveis: Marina Sayuri Yakuwa - EERP/USP (e-mail: myakuwa@usp.br), Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello - EERP/USP (e-mail: defmello@eerp.usp.br). Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário. Ribeirão Preto - SP, CEP: 14040-902; Fone: (16) 3602-3391.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem: Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário. Ribeirão Preto - SP, CEP: 14040-902. Fone: (16) 3602-3386. Horário de funcionamento: de segunda à sexta (das 8h às 17h).

Eu, _____, tendo sido satisfatoriamente informado(a) sobre a pesquisa: **“O cuidado de crianças nascidas pré-termo: a vigilância à saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família”**, aceito participar da mesma. Estou ciente de que meu nome não será divulgado e que a aluna e professora estão disponíveis para responder a quaisquer perguntas e que posso retirar este meu consentimento, a qualquer tempo e que meu nome será mantido em segredo. Recebi uma via deste documento, assinada pelos pesquisadores responsáveis.

Ribeirão Preto, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

ANEXO 1

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 4309/13
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 01 de outubro de 2013.

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Débora Falleiros de Mello
Prezada pesquisadora
Marina Sayuri Yakuwa

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, e a Coordenadora do Programa de Estratégia de Saúde da Família – **Maria Alice de Freitas Colli Oliveira**, manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“O CUIDADO DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO: A VIGILÂNCIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde. Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2013 058121 2.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista as rotinas destes estabelecimentos de saúde. Bem como apresente à coordenação da área programática os resultados da presente pesquisa.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente e a concordância da SMS-RP como instituição co-participante.

Cordialmente,

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

Fernando Cristina Padial
CRB-8/6168

Secretaria Municipal da Saúde
Rua Prudente de Moraes, 457 – Centro – Ribeirão Preto/SP
Fones: 3977.9305 / Fax: 3941.4934 / e-mail: gabinete@saude.pmrp.com.br

ANEXO 2

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 5494/13 – GS

RACG/racg

Ribeirão Preto, 18 de dezembro de 2013.

Ilma Senhora,
Profª. Drª. Débora Falleiros de Mello
Orientador do Projeto de Pesquisa

Marina Sayuri Yakuwa
Prezada Pesquisadora

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta Secretaria Municipal da Saúde está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do Projeto de Pesquisa "O CUIDADO DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ – TERMO: A VIGILÂNCIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA" e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Solicito que os pesquisadores encaminhem à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

STÊNIO J. CORREIA MIRANDA
Secretário Municipal da Saúde

ANEXO 3

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3362 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@eerp.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 289/2013

Ribeirão Preto, 27 de Novembro de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 171ª Reunião Ordinária, realizada em 27 de novembro de 2013.

Protocolo CAAE: 22974913.3.0000.5393

Projeto: O cuidado de crianças nascidas pré-termo: a vigilância à saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família.

Pesquisadores: Débora Falleiros de Mello
Marina Sayuri Yakuwa

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 4

FACULDADE DE MEDICINA DE
RIBEIRÃO PRETO
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA

Rua Terezina, 690 – CEP: 14055-380

Ribeirão Preto SP.

Telefone: (0**16) 3602-0000/0001

Fax: (0**16) 3602-0029

Ribeirão Preto, Preto, 28 de março de 2014

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA
LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 004/2014.

Comunicamos que a pesquisadora **Marina Sayuri Yakuwa**, cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à coleta de dados nos Núcleos de Saúde da Família I, II, III, IV,V e VI do Centro de Saúde Escola-Sumarezinho da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para o trabalho **"O CUIDADO DE CRIANÇAS NASCIDAS PRÉ-TERMO: A VIGILÂNCIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA "**.

Atenciosamente,

Profª. Drª. Nereida Kilza da Costa Lima
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa do
CSE-FMRP-USP

Ilma. Senhora.

Profª. Drª. Débora Falleiros de Mello (orientadora)
Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo