

**Aldalice Pinto de Aguiar**

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: PRÁTICAS DOS  
ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DO *EMPOWERMENT***

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (Doutorado Interinstitucional – Universidade Federal de Santa Catarina/Universidade do Estado do Amazonas), como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Área de concentração:** Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

**Linha de pesquisa:** Promoção da Saúde no Processo de Viver Humano e Enfermagem.

**Orientadora:** Prof. Dr<sup>a</sup>. Ivonete Teresinha Schuler Buss Heidemann

**Florianópolis  
2018**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Aguiar, Aldalice Pinto de  
/ Aldalice Pinto de Aguiar ; orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>  
Ivonete Teresinha Schülter Buss Heidemann, 2018.  
211 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Promoção da Saúde. 3. Saúde da Criança.  
4. Empowerment. 5. Atenção Primária à Saúde. I. Heidemann,  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivonete Teresinha Schülter Buss. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós  
Graduação em Enfermagem. III. Título.

ALDALICE PINTO DE AGUIAR

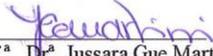
**PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: PRÁTICAS DOS  
ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DO *EMPOWERMENT***

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de:

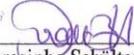
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia e Cuidado em  
Enfermagem.**

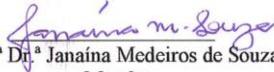
Local, 13 de agosto de 2018.

  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Jussara Gue Martini  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann  
Orientadora/Presidente  
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Celmira Lange  
Membro  
Universidade Federal de Pelotas

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Janaina Medeiros de Souza  
Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patricia Kuerten Rocha  
Membro  
Universidade Federal de Santa Catarina



Dedico esta pesquisa a minha família que tanto amo, ao meu esposo Manoel Souza e meus filhos Ana Luíza de Aguiar Souza e Guilherme Aguiar de Souza.



## AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS por acreditar que seus ensinamentos fundamentam a nossa vida.

À minha FAMÍLIA querida, gratidão ao meu esposo Manoel pelo apoio incondicional, paciência e compreensão de minhas ausências, além de ter me dado força e estímulo em todos os momentos. Aos meus filhos Ana Luiza e Guilherme, minhas fortalezas inspiradoras.

A MEUS PAIS Antônio e Lusia pela força mesmo à distância, e aos MEUS IRMÃOS Joana, Andrea, Marcos e Denise. Eterna gratidão por serem parceiros e zelosos por mim.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN-UFSC) e a Universidade do Estado do Amazonas – Escola Superior de Ciências da Saúde (UEA/ESA), pela possibilidade e oportunidade de cursar este Doutorado.

À minha estimada ORIENTADORA Profa. Ivonete Teresinha Schüller Buss Heidemann, que sempre buscou apontar os caminhos a seguir, impulsionando-me às leituras e aperfeiçoamento no cerne da promoção da saúde, acreditando em minha proposta de pesquisa. Gratidão pela calma e carinho, o meu respeito e admiração como pessoa e profissional.

Aos meus colegas do DINTER UFSC/UEA pelo companheirismo sempre. Aos meus parceiros de estágio doutoral, Darlisom, Gisele e Sonia, pela amizade e por compartilharem momentos de alegrias, angustias e saudades da família.

A PREFEITURA E SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS, pela autorização da realização da pesquisa.

Aos gestores dos DISTRITOS DE SAÚDE das Unidades Básicas da Estratégia Saúde da Família, por contribuírem e apoiarem minha entrada e integração no campo de pesquisa.

Aos ENFERMEIROS que participaram e contribuíram com este estudo, cedendo horas dedicadas aos Círculos de Cultura, compartilhando suas ideias e reflexões, tornando possível o alcance dos objetivos proposto aqui. O meu muito obrigada!!!!

Aos novos amigos do LAPEPS, pela acolhida carinhosa e por compartilhar conhecimentos e experiências sábias, as quais com certeza transformaram meu modo de ver e pensar a promoção da saúde e contribuições das obras de Paulo Freire para minha vida.

À BANCA EXAMINADORA, Dr<sup>a</sup> Astrid Eggert Boes, Dr<sup>a</sup> Ana Izabel Jatobá de Souza, Dr<sup>a</sup> Betina Hörner Schlindwein Meirelles, Dr<sup>a</sup> Celmira Lange, Dr<sup>a</sup> Edinilza Ribeiro dos Santos Dr<sup>a</sup> Janaína Medeiros de Souza e Dr<sup>a</sup> Patrícia Kuerten Rocha, pelo aceite de participação e contribuições valiosas à construção e aprimoramento do trabalho final de minha tese.

Enfim, a todos aqueles que de forma direta ou indireta participaram do meu itinerário de pesquisa. Muito obrigada!!!

“ Se é possível obter água cavando o chão, se é possível enfeitar a casa, se é possível crer desta ou daquela forma, se é possível nos defender do frio ou do calor, se é possível desviar leitos de rios, fazer barragens, se é possível mudar o mundo que não fizemos, o da natureza, por que não mudar o mundo que fazemos, o da cultura, o da história, o da política? ”  
(FREIRE, 2016, p. 48).



AGUIAR, Aldalice Pinto. **Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do *empowerment***. 211f. Tese (Doutorado de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2018.

## RESUMO

O objetivo deste estudo foi analisar a compreensão dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, quanto a suas práticas na atenção à saúde da criança, a partir da perspectiva do *empowerment* na promoção da saúde. Estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa participante, apoiado no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, realizado por meio de Círculos de Cultura, consistindo em três etapas interdependentes: investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico. Foram realizados 13 Círculos de Cultura, os quais ocorreram entre os meses de julho de 2017 a janeiro de 2018. Utilizou-se como auxílio para a investigação um diário de campo, gravador de áudio, notebook, datashow, papel pardo e canetas coloridas. Participaram 16 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de cinco Unidades Básicas de Saúde no município de Manaus, Amazonas. Nos Círculos de Cultura emergiram 20 temas geradores, dos quais dez foram considerados pelos participantes relevantes para a discussão: acúmulo de atividades; dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças; trabalho centrado na produtividade; falta de treinamento; limitação de recursos humanos; dificuldade de acolhimento; dificuldade de incorporação da promoção da saúde às práticas dos enfermeiros; pouca participação social; condições sociais desfavoráveis e violência na comunidade. Os resultados revelaram que os enfermeiros compreendem suas práticas apreendidas em um processo de trabalho complexo, demandado por acúmulo de atividades e responsabilidades e frágil articulação com a equipe de saúde, desenvolvido em um contexto social cujas famílias se inserem em situações de vulnerabilidades. Tais circunstâncias refletem as dificuldades de incorporação da promoção da saúde em suas práticas na atenção à saúde da criança. Conclui-se que a articulação do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire com a perspectiva do *empowerment* na promoção da saúde contribuiu para o diálogo e a reflexão entre os profissionais enfermeiros quanto à realidade de suas práticas na atenção à saúde da criança. Deste modo, possibilitou o *empowerment* por meio da tomada de consciência e ação concreta para a transformação de suas práticas.

**Descritores:** Promoção da Saúde. Empowerment. Saúde da Criança. Enfermeiros. Atenção Primária à Saúde.

AGUIAR, Aldalice Pinto. **Promotion of child health: nurses' practices in the perspective of empowerment.** 211p. Thesis (Doctorate of Nursing) – Post-Graduation in Nursing Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, 2018.

### **ABSTRACT**

The aim of this study was to analyze nurses' understanding of the Family Health Strategy, and their practices in the health care of the child, from the perspective of empowerment in health promotion. A qualitative study of the participatory research type, supported by Paulo Freire's Itinerary of Research, carried out through Culture Circles, consisting of three interdependent stages: thematic investigation, codification and decoding and critical unveiling. A total of 13 Culture Circles took place between July 2017 and January 2018. A field diary, audio recorder, notebook, datashow, brown paper and colored pens were used as research aid. Participants were 16 nurses from the Family Health Strategy of five Basic Health Units in the city of Manaus, Amazonas. In the Culture Circles, 20 generating themes emerged, of which ten were considered by the participants relevant to the discussion: accumulation of activities; difficulty in monitoring children; work centered on productivity; lack of training; limitation of human resources; difficulty in receiving; difficulty in incorporating health promotion into nurses' practices; little social participation; unfavorable social conditions and violence in the community. The results revealed that nurses understand their practices in a complex work process, demanded by the accumulation of activities and responsibilities and fragile articulation with the health team, developed in a social context whose families are inserted in situations of vulnerability. Such circumstances reflect the difficulties of incorporating health promotion into their practices in the health care of the child. It is concluded that the articulation of Paulo Freire's Itinerary of Research with the perspective of empowerment in health promotion contributed to the dialogue and flexion among the nurses professionals, regarding the reality of their practices in the health care of the child. In this way, it enabled empowerment through awareness and concrete action to transform their practices.

**Keywords:** Health Promotion. Empowerment. Child Health. Nurses. Primary Health Care.



AGUIAR, Aldalice Pinto. **Promoción de la salud del niño:** prácticas de los enfermeros en la perspectiva del empowerment. 211f. Tesis (Doctorado de Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2018.

## RESUMEN

El objetivo de este estudio fue analizar la comprensión de los enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia en cuanto a sus prácticas en la atención a la salud del niño, desde la perspectiva del empoderamiento en la promoción de la salud. Estudio de abordaje cualitativo del tipo investigación participante, apoyado en el Itinerario de Investigación de Paulo Freire, realizado por medio de Círculos de Cultura, consistente en tres etapas interdependientes: investigación temática, codificación y descodificación y desvelamiento crítico. Se realizaron 13 Círculos de Cultura, los cuales ocurrieron entre los meses de julio de 2017 a enero de 2018. Se utilizó como ayuda para la investigación un diario de campo, grabadora de audio, notebook, datashow, papel pardo y plumas de colores. Participaron 16 enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia de cinco Unidades Básicas de Salud en el municipio de Manaus, Amazonas. En los Círculos de Cultura surgieron 20 temas generadores, de los cuales diez fueron considerados por los participantes relevantes para la discusión: acúmulo de actividades; dificultad de monitoreo y seguimiento de los niños; trabajo centrado en la productividad; falta de entrenamiento; limitación de recursos humanos; dificultad de acogida; dificultad de incorporación de la promoción de la salud a las prácticas de los enfermeros; poca participación social; las condiciones sociales desfavorables y la violencia en la comunidad. Los resultados revelaron que los enfermeros comprenden sus prácticas incautadas en un proceso de trabajo complejo, demandado por acumulación de actividades y responsabilidades y frágil articulación con el equipo de salud, desarrollado en un contexto social cuyas familias se insertan en situaciones de vulnerabilidades. Tales circunstancias reflejan las dificultades de incorporación de la promoción de la salud en sus prácticas en la atención a la salud del niño. Se concluye que la articulación del Itinerario de Investigación de Paulo Freire con la perspectiva del empoderamiento en la promoción de la salud contribuyó al diálogo y la reflexión entre los profesionales enfermeros en cuanto a la realidad de sus prácticas en la atención a la salud del niño. De este modo, posibilitó el empowerment por medio de

la toma de conciencia y acción concreta para la transformación de sus prácticas.

**Descriptor:** Promoción de la Salud. Empoderamiento. Salud del Niño. Enfermeras. Atención Primaria de Salud.

## LISTA DE QUADRO

<b>Quadro 1</b> - Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde conforme ano, local e principais temas abordados.....	40
<b>Quadro 2</b> - Conferências Nacionais de Saúde, conforme ano e temas abordados. ....	41
<b>Quadro 3</b> - Princípios, diretrizes e eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. ....	50
<b>Quadro 4</b> - Classificação de risco para o pleno Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI).....	56

### MANUSCRITO I

<b>Quadro 1</b> - Caracterização dos artigos conforme título, autores, ano de publicação, periódico, desenho e local do estudo.....	97
<b>Quadro 2</b> - Relação dos objetivos e contribuições das práticas de promoção da saúde da criança ao empowerment dos profissionais e das famílias.....	100

### MANUSCRITO II

<b>Quadro 1</b> - Caracterização dos participantes de acordo com codinomes, unidades básicas de saúde (codinomes), sexo, idade, tempo de atuação e especialização.....	119
--	-----



## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos Distritos de Saúde conforme população, cobertura da Estratégia Saúde da Família e alguns serviços de saúde, Manaus-Amazonas.....	77
---	----



## LISTA DE FIGURA

<b>Figura 1</b> - Eixos e linhas de cuidado de atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil.....	48
<b>Figura 2</b> - Fluxograma das práticas do enfermeiro na Atenção Básica à saúde da criança (primeira infância) .....	58
<b>Figura 3</b> - Esquema do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.....	71
<b>Figura 4</b> - Mapa do estado do Amazonas conforme distribuição da população nos municípios. ....	72
<b>Figura 5</b> - Distritos de Saúde conforme zonas e Unidades de Atenção Primária, Manaus-Amazonas. ....	74
<b>Figura 6</b> - Seleção das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família participantes do estudo. ....	79
<b>Figura 7</b> - Serviços e ações disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo. ....	82
<b>Figura 8</b> - Diagrama dos momentos da investigação e a estratégia metodológica do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire. ....	84

### MANUSCRITO I

<b>Figura 1</b> - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos.....	96
--	----

### MANUSCRITO II

<b>Figura 1</b> - Diagrama das etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: Investigação Temáticas, Codificação e Descodificação e Desvelamento Crítico.....	120
---	-----

### MANUSCRITO III

<b>Figura 1</b> - Diagrama dos temas investigados nas etapas dos Círculos de Cultura: investigação temática, codificação/descodificação e desvelamento crítico.....	148
---	-----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ACS</b>	Agentes Comunitários de Saúde
<b>ACE</b>	Agentes de Combate às Endemias
<b>CNS</b>	Conferência Nacional de Saúde
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>ESA</b>	Escola Superior de Ciências da Saúde
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>eSF</b>	Equipe Saúde da Família
<b>ICSAP</b>	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde
<b>IRA</b>	Infecções Respiratórias Aguda
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>MI</b>	Mortalidade Infantil
<b>NASF</b>	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ODM</b>	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
<b>PAISC</b>	Programa de Atenção Integral a Saúde da Criança
<b>PS</b>	Promoção da Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UEA</b>	Universidade do Estado do Amazonas



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>29</b>
1.1 OBJETIVO DO ESTUDO.....	35
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>37</b>
2.1 TECENDO CONSIDERAÇÕES QUANTO O CONSTRUTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	37
2.2 ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA: NOTAS SOBRE A HISTÓRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE .....	44
2.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	53
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>61</b>
3.1 O <i>EMPOWERMENT</i> COMO ELEMENTO CHAVE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	61
<b>4 MÉTODO .....</b>	<b>67</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	67
4.1.1 O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: Círculos de Cultura.....	67
4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO .....	72
4.2.1 A rede municipal dos serviços de saúde: Rede Saúde Manauara.....	73
4.2.2 Cenários do estudo.....	78
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	82
4.4 INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	83
4.4.1 Inserção no campo e aproximação com os participantes do estudo.....	83
4.4.2 O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: inaugurando os “Círculos de Cultura”.....	83
4.4.2.1 Os Círculos de Cultura.....	83
4.4.2.2 Investigação temática.....	85
4.4.2.3 Codificação e Decodificação dos temas geradores.....	86
4.4.2.4 Desvelamento Crítico.....	87

4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	88
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>89</b>
5.1 MANUSCRITO I - CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA PARA O <i>EMPOWERMENT</i> DOS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS .....	90
5.2 MANUSCRITO II - PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: SITUAÇÕES-LIMITE ÀS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS E O <i>EMPOWERMENT</i> .....	111
5.3 MANUSCRITO III - VULNERABILIDADE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: DESAFIOS ÀS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS.....	138
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>165</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>171</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>189</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>191</b>
<b>APÊNDICE B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....</b>	<b>193</b>
<b>APÊNDICE C – QUADRO SÍNTESE DOS CÍRCULOS DE CULTURA COM TEMAS GERADORES, CODIFICAÇÃO/DESCODIFICAÇÃO E DESVELAMENTO CRÍTICO.....</b>	<b>195</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>205</b>
<b>ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS (UEA) .....</b>	<b>207</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS-AM.....</b>	<b>211</b>

## APRESENTAÇÃO

A aproximação com a temática do estudo se deu no decorrer dos meus 12 anos atuando como docente na Disciplina “Processo de Cuidar da Saúde do neonato, criança e adolescente”, do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde, Universidade do Estado do Amazonas, em que venho transitando pelos campos de práticas de ensino e pesquisa, com os alunos de graduação do 7º e 9º período. O cenário de saúde local, tanto na oferta de serviços de níveis de atenção primária, quanto secundária e terciária, tem-se mostrado vulnerável no sentido de, empiricamente, perceber que as ações de atenção à saúde da criança vêm sendo exercidas pelos profissionais enfermeiros com pouca ênfase na prevenção e promoção da saúde.

No campo de prática dos serviços de nível secundário e terciário de saúde, sugere-se que esta percepção é refletida também pela grande demanda epidemiológica de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP). No entanto, reconhece-se que estas realidades não sofrem influências restritas às ações do enfermeiro, mas se atribui, aqui, a possibilidade de adotar como objeto de investigação, “às práticas do enfermeiro”, como uma das intervenções chave para melhoria da qualidade de vida e saúde da criança.

Assim, a tese que defendo decorre de inquietações que buscam elucidar a realidade das práticas dos enfermeiros, desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde da criança. Acredita-se que os pressupostos teóricos do *empowerment* possam contribuir para impulsionar a transformação dessas práticas, possibilitando a provisão de ações que promovam a saúde e o bem-estar da criança na primeira infância. Além disso, aposta-se no fortalecimento dos profissionais enquanto sujeitos mediadores de cuidados, mediante uma práxis educativa, dialógica e crítica, para a consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A tese “Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do *empowerment*” está organizada da seguinte forma: a introdução faz uma contextualização das questões pertinentes ao problema do estudo, justificativa e questão norteadora; o objetivo do estudo; a revisão de literatura subdividida em três tópicos: 1. Tecendo considerações quanto o construto da promoção da saúde; 2. Atenção à saúde da criança: notas sobre a história e as políticas públicas de saúde; 3. Atuação do enfermeiro nas práticas de atenção primária à saúde da criança; referencial teórico: O *empowerment* como elemento chave para

a promoção da saúde. O método, com a descrição do referencial metodológico Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire e o percurso seguido na coleta e análise dos resultados. Os resultados estão estruturados em três manuscritos: 1. Contribuições das práticas de promoção da saúde da criança para o *empowerment* dos profissionais e das famílias; 2. Promoção da saúde da criança: situações-limite às práticas dos enfermeiros e o *empowerment*; 3. Vulnerabilidade e promoção da saúde da criança: desafios às práticas do enfermeiro; e as considerações finais acerca dos resultados da pesquisa e alcance do objetivo do estudo, contribuições e limitações, assim como recomendações para a prática dos enfermeiros no contexto da atenção primária à saúde da criança.

# 1 INTRODUÇÃO

O conceito contemporâneo de Promoção da Saúde (PS) foi idealizado na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986), no Canadá, que resultou na Carta de Ottawa, documento que descreve a PS como um processo de capacitação das pessoas para tomarem decisões quanto a melhoria da qualidade de vida, ampliando espaços aos indivíduos e comunidades a terem maior responsabilidade sobre sua saúde (WHO, 1986; BUSS, 2012).

Nesta perspectiva, a promoção da saúde alcança amplitude a outras áreas de conhecimento, como social, política, cultural, ambiental, e a determinantes gerais sobre as condições de vida e saúde, extrapolando o reducionismo biomédico de saúde vigente. Contudo, a Carta de Ottawa traz cinco campos estratégicos de atuação, como a recomendação de políticas públicas favoráveis, criação de ambientes sustentáveis, reorientação dos serviços de saúde, desenvolvimento de habilidades pessoais e o fortalecimento de ações comunitárias, sendo as duas últimas caracterizadas pelo *empowerment* individual e comunitário (HEIDEMANN et al., 2018).

O termo “*empowerment*”, utilizado neste estudo, refere-se ao defendido por Carvalho e Gastaldo (2008), Tengland (2012), Freire (2013), Souza et al. (2014) e Laverack (2015), em que indivíduos e coletividade adquirem habilidades e conhecimentos para o enfrentamento de seus determinantes sociais da saúde, com vista a terem maior controle sobre suas condições de vida.

No Brasil, a Promoção da Saúde emerge de intensas transformações políticas, sociais e de saúde, sendo então institucionalizada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) em 2006, com sua última revisão em 2014. A PNPS opera de uma forma transversal aos programas e iniciativas do Ministério da Saúde (MS), estabelecendo redes de corresponsabilidade e valorizando os condicionantes e determinantes sociais da saúde. Delineia suas estratégias por meio de temas prioritários, como a formação e educação permanente, alimentação saudável e adequada, promoção do desenvolvimento sustentável, mobilidade segura, cultura da paz e direitos humanos, dentre outros, com a finalidade de alcançar maior equidade social e melhores modos de viver à população brasileira (BRASIL, 2015a; MALTA et al., 2016).

Deste modo, a PS é um compromisso firmado pelas ações do Sistema Único de Saúde brasileiro, caracterizada por um conjunto de

ações técnico-operacionais e organizacionais, que visam prover cuidados à saúde de toda a população, por meio de redes de serviços que atuam em diferentes níveis de atenção à saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No que concerne ao cuidado à saúde da população infantil, nestes últimos 30 anos de SUS, o país vem implementando políticas de intervenção, principalmente com enfoque no aleitamento materno, controle de doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Aguda (IRAs), imunização e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Além disso, em 2000 o país assumiu o compromisso, com mais 189 nações, de alcançar as metas dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), reduzindo a Mortalidade Infantil (MI) em dois terços até o ano de 2015 (ARAUJO et al., 2014; LIMA; BARBALHO, 2015).

Para tanto, foram criadas iniciativas, como forma de orientar o serviço e ações profissionais direcionadas à atenção a saúde da criança, como a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2004), o Pacto pela Vida (2006), Rede Amamenta Brasil (2008), Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (2009), Rede Cegonha (2011) e, finalmente, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015 e reformulada em 2018. A PNAISC tem como proposta central a redução da mortalidade e a criação de ambientes que possibilitem o pleno desenvolvimento à criança, desde a gestação até aos nove anos, com especial atenção à primeira infância e às crianças que se encontram em condições de maior vulnerabilidade (ARAUJO et al., 2014; BRASIL, 2015; 2018).

Complementarmente à PNAISC, a Lei Nº 13.257, de 8 de março de 2016, também chamada de Marco Legal da Primeira Infância, dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, idade que corresponde de zero aos seis anos de vida. Em atenção às importantes transições acometidas nesta fase do desenvolvimento humano, que vai desde suas funções cerebrais, imunológicas, cognitivas, comportamentais até as de bases sociais, culturais e ambientais, as quais podem interferir no desenvolvimento integral da criança (BRASIL, 2016).

A ênfase dada a atenção à criança na primeira infância se deve a estudos baseados na neurociência e ciências comportamentais e sociais, com o argumento de que os primeiros anos de vida são determinantes para a formação de habilidades e capacidades cognitivas. Os estudos

também salientam que a influência da família no papel de cuidados, desde a gestação até os primeiros mil dias, produz importantes estímulos de afeto e aprendizagem para a construção de bases sólidas em todas as dimensões do desenvolvimento infantil, como sociais, físicas, motoras, intelectuais, emocionais e personalidade (ECKENRODE et al., 2010; MORRISON et al., 2014)

Por outro lado, fatores de ordem socioeconômicos, como pobreza, desnutrição, baixa renda e escolaridade, condições habitacionais precárias, podem acarretar no atraso do desenvolvimento infantil. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos (Nova Iorque e Califórnia) revelam que o estresse da pobreza pode comprometer as funções cerebrais da criança em áreas da linguagem, tomada de decisão, leitura e memorização, comprometendo o desempenho e potencial ao longo da vida adulta (SHONKOFF; GARNER, 2012; WALKER et al., 2011; HORII et al., 2016).

Assim, os investimentos no desenvolvimento na primeira infância são um marcador para promover a justiça e equidade social em âmbito mundial, reduzindo as lacunas nas disparidades de renda familiar, impactando na economia e qualidade de vida da sociedade em geral. No entanto, algumas iniciativas políticas ainda são realizadas de forma fragmentada, com enfoque reducionista nas micropolíticas (SHONKOFF; GARNER, 2012; GERTLER et al., 2014).

A Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança (CDC) é um dos tratados universais que apoia as políticas públicas na primeira infância, integrando 193 países, como a União Europeia, Escócia, Suécia, Finlândia, Japão, e na região das Américas o Brasil, México, Colômbia, dentre outros, que fazem parte da luta pelos direitos da criança. Este tratado advoga em favor das principais medidas para o cumprimento dos direitos na infância e trata de tema referentes à educação, à violência, às minorias étnicas, ao direito de brincar, ao lazer, dentre outros assuntos pertinentes à atenção integral na infância (BRASIL, 2016).

Apesar da existência de políticas públicas sociais e de saúde direcionadas à população infantil impactando em indicadores, como o controle e redução das doenças imunopreveníveis, acesso ao serviço, mortalidade infantil, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e outros, que refletem o desempenho da atenção à saúde, ainda persiste uma grande disparidade social e epidemiológica no cenário mundial (STÁBILE et al., 2013; ARAUJO et al., 2014).

Em âmbito global, a cada quatro crianças menores de cinco anos, uma apresenta crescimento abaixo do normal, estando associado à alta mortalidade infantil, principalmente nas regiões em vias de desenvolvimento e em populações que vivem em condições de pobreza extrema. A Mortalidade Infantil (MI), nos últimos 15 anos, vem diminuindo em mais da metade, reduzindo de 12,7 milhões, em 1990, para 5,9 milhões de mortes de crianças menores de cinco anos em 2015 (UNITED NATIONS, 2015; RAMOS; LIMA; GUBERT, 2015).

No entanto, entre crianças no período neonatal (zero a 28 dias), a redução da MI foi mais lenta, representando a maior parcela das mortes, sendo a maioria associada a complicações no pré-parto e parto. Esta dramática redução da mortalidade infantil representa uma das conquistas mais importantes na história da humanidade. Porém, países da África Subsaariana, Oceania e Sul da Ásia, ainda permanecem com índices muito elevados de mortes entre crianças (UNITED NATIONS, 2015; BUSS et al., 2014).

No cumprimento da agenda dos Objetivos do Milênio, o Brasil conseguiu reduzir a Mortalidade Infantil em mais da metade, passando de uma taxa de óbito por mil nascidos vivos de 53,7 (1990) para 16,9 (2012) e 17,9 (2015). Entre as regiões brasileiras, as que mais apresentaram decréscimo foram o Nordeste, de 87,3 (1990) para 20,7 (2011) e o Norte, de 52,9 para 23,7, respectivamente. No estado do Amazonas, foi de 41,4 (1990) para 24 (2011), sendo que a sua capital, Manaus, local deste estudo, sofreu declínio de 15,8% (2008) para 13,8% (2014) (IPEA, 2014; IBGE, 2017; BRASIL, 2018).

Os indicadores maternos no país também apresentaram importantes progressões, sendo constatadas melhorias na assistência ao pré-natal, como o aumento do número de gestantes com sete ou mais consultas e a proporção de mães que não fizeram nenhuma consulta sendo reduzida de 4,7% (2003) para 1,8% (2010). Além disso, algumas doenças como o HIV/AIDS, tuberculose e malária, tiveram seus índices reduzidos e maior acesso ao tratamento, com impacto na redução de crianças órfãs por mortes parentais (IPEA, 2014).

Indubitavelmente, os indicadores epidemiológicos de saúde e os de bases socioeconômicas e demográficas são sensivelmente refletidos nas condições de vida e saúde da população, principalmente das crianças na primeira infância, por se encontrarem em situações de maior vulnerabilidade (BROWN, 2015; CARVALHO et al., 2015).

A vulnerabilidade à primeira infância pode ser entendida como um conjunto de circunstâncias que torna a criança suscetível a danos que

comprometem o seu crescimento e desenvolvimento (SILVA et al., 2015). De acordo com Ayres (2012), a vulnerabilidade é descrita em três componentes: o individual, referente a aspectos inerentes às particularidades da pessoa; no caso da criança, por exemplo, ao grau de dependência parental e estatal quanto a proteção à vida e à saúde. O componente social, analisado sobre o contexto das condições de vida em que suas famílias são inseridas. E o componente programático (ou institucional), referente à mediação e esforços exercidos pelos serviços, instituições, programas e ações de saúde para a superação da vulnerabilidade.

Deste modo, ressalta-se a necessidade da adoção de práticas que visem à promoção da saúde e bem-estar da criança, considerando suas especificidades, seus condicionantes e determinantes sociais de saúde, seus contextos familiares e cuidados realizados de forma integralizada, com vista a melhor qualidade de vida, redução das vulnerabilidades e riscos de adoecimento (SILVA et al., 2015).

Nesta perspectiva, a provisão de cuidados à criança advindos da família, dos serviços e profissionais de saúde, constitui um grande desafio para a promoção da saúde da criança na primeira infância, principalmente quanto à atuação profissional no âmbito da Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS). Para a efetivação das ações de APS, foi instituída no país a Estratégia Saúde da Família (ESF) (1994), tida pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2017) como estratégia primordial de assistência básica do Sistema Único de Saúde (SUS) à população (VIEIRA et al., 2012; BRASIL, 2017).

O profissional enfermeiro, integrante da ESF, possui ampla atuação na APS, tendo suas práticas de saúde da criança, neste nível de atenção, apreendidas na vigilância e monitoramento do acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) infantil, que se inicia na maternidade e tem seguimento ao cuidado na atenção básica até aos seis anos de vida (VIEIRA et al., 2012; YAKUWA et al., 2016; BRASIL, 2018).

As ações do CD são realizadas pelo enfermeiro por meio das consultas de enfermagem de puericultura, com ênfase no acompanhamento do crescimento da criança mediante as medidas antropométricas, avaliação do estado nutricional, estímulo ao aleitamento, alimentação complementar e desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e emocional, além da supervisão da cobertura vacinal e prevenção das principais doenças prevalentes na

infância, como as infecções diarreicas e respiratórias (VIEIRA et al., 2012; CARVALHO; SARINHO, 2016; BRASIL, 2018).

Outrossim, as práticas do enfermeiro na atenção básica à saúde da criança não se restringem apenas às ações individuais, abrangem também atividades coletivas com a equipe de Saúde da Família (eSF) nas unidades básicas, visitas domiciliares, educação em saúde nas escolas, igrejas, associações e outros espaços comunitários (XIMENES NETO et al., 2011). Apesar dos amplos espaços de atuação do enfermeiro na rede básica, ainda prevalece o modelo biologicista de atenção à saúde, pautado no cuidado centrado na prevenção de doenças, distanciando-se da nova proposta de promoção da saúde ancorada na Carta de Ottawa (SORATTO et al., 2015; DAMASCENO et al., 2016; HEIDMANN et al., 2018).

Neste sentido, estudos de Medeiros; Boehs; Heidemann (2013) apontam recomendações para as práticas de promoção da saúde da criança pautadas na organização do processo de trabalho, reconhecimento dos profissionais quanto às necessidades das famílias e das crianças e reflexões sobre suas práticas de cuidado, assim como a realização de atividades de educação em saúde a partir de espaços criativos, motivacionais e com o emprego de práticas pedagógicas diferenciadas, que considerem os atores envolvidos no processo de ensino/aprendizagem como forma de fomentar a criação de vínculo entre os cuidadores e as crianças, para que possam adquirir habilidades e autonomia no cuidado de seus filhos.

Deste modo, ressalta-se a importância de práticas potenciais para a promoção da saúde de criança de uma forma integralizada, assumindo, o profissional enfermeiro, o papel de mediador e facilitador no processo de cuidar da saúde. Portanto, acredita-se que a busca da compreensão das práticas desses profissionais, apoiada na utilização do referencial teórico metodológico de Freire, a partir dos pressupostos do *empowerment* na promoção da saúde, possa contribuir para reflexão crítica quanto à realidade de suas práticas, de modo a se tornarem sujeitos empoderados e mais autônomos para tomada de decisões e transformação de suas práticas, em especial, as de atenção à saúde na primeira infância.

Estudos realizados pelo Laboratório de Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde (LAPEPS), na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por autores como Durand e Heidemann (2013); Souza et al. (2014) e Heidemann et al. (2014; 2017) vêm mostrando a importância da utilização das produções filosóficas e teórico

metodológicas do Educador Paulo Freire na área da saúde, como conscientizadoras e emancipatórias na produção e cuidado em saúde.

Diante do exposto, o presente estudo tece a seguinte questão de pesquisa: Como os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família compreendem suas práticas na atenção à saúde da criança, a partir da perspectiva do *empowerment* na promoção da saúde?

## 1.1 OBJETIVO DO ESTUDO

Analizar a compreensão dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, quanto suas práticas na atenção à saúde da criança, a partir da perspectiva do *empowerment* na promoção da saúde.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta Revisão de Literatura apresenta os principais componentes temáticos, sustentados por diferentes autores, com o objetivo de nortear o estudo e auxiliar na compreensão das ideias (FERENHOF; FERNANDES, 2016). Deste modo, realizamos uma revisão narrativa para situar o leitor, organizada com os seguintes subtemas considerados relevantes para o estudo: 1. Tecendo considerações quanto o construto da Promoção da Saúde; 2. Atenção à saúde da criança: notas sobre a história e as políticas públicas de saúde; 3. Atuação do enfermeiro nas práticas de promoção da saúde da criança na atenção primária.

### 2.1 TECENDO CONSIDERAÇÕES QUANTO O CONSTRUTO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A evolução histórica da Promoção da Saúde (PS) foi se construindo mediante as concepções do conceito positivo de saúde, que gradativamente prosseguiu como um paradigma entre o pensamento flexeneriano e o sócio-ecológico-político. O modelo flexeneriano se atém no emprego do individualismo, aperfeiçoamento e curativismo na área das práticas de saúde, contrapondo-se com a incorporação de novos conceitos pautados nas transformações sócio-políticas (RABELLO, 2013).

Desde os séculos XIX e XX, a saúde vem sendo discutida em seus aspectos sociais e condições de vida do ser humano. As reflexões do médico e historiador canadense Henry Sigerist, na década de 40, incorporam à medicina quatro elementos: promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento das pessoas doentes e a reabilitação, sustentando que a PS se configurava a partir do estabelecimento de equilíbrio entre o indivíduo e seu meio, trabalho, educação, lazer, dentre outras interações (WESTPHAL, 2013; BUSS, 2012).

Leavel e Clark (1965) conceituaram a PS inserida no processo da história natural da doença, destacando três níveis aplicáveis de prevenção: prevenção primária (promoção da saúde e proteção específica), prevenção secundária e terciária (diagnóstico, tratamento precoce e limitação da invalidez) e prevenção (reabilitação). Os autores consideram neste processo os aspectos da educação e medidas sanitárias para a promoção da saúde como prática de alimentação saudável, atendimento às necessidades afetivas, a educação sexual, orientação pré-nupcial e parental, as boas condições de moradia,

trabalho e lazer, realização de exames periódicos e educação para a saúde.

Esses aspectos são reconhecidos como limitados aos comportamentos individuais e familiares, ações que podem ser controladas pelo indivíduo como a decisão de fumar ou não, de comer certos alimentos e se colocar diante de riscos de adoecimento. No entanto, emerge o desajuste a esta reflexão de Leavel & Clark, quanto à existência de outros fatores de riscos que interferem na saúde, como os determinantes gerais e as doenças crônicas não transmissíveis, nas quais os eventos não dependem apenas do controle das pessoas (CAPONI, 2012; BUSS, 2012).

Outrossim, nos últimos 30 anos, o ideário da promoção da saúde vem adquirindo amplitude, incorporando-se a novas correntes de pensamentos e acontecimentos desenvolvidos nos países como o Canadá, Estados Unidos das Américas, Austrália, Nova Zelândia, Bélgica, dentre outros (LALONDE, 1996).

O movimento canadense “*A new perspective on the health of Canadians*” (Uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses), conhecido como o Informe Lalonde (1974), foi o primeiro documento oficial a abordar a Promoção da Saúde. Este documento trazia um enfoque ao crescente índice das doenças crônicas, sua influência nas transformações sociais e estilos de vida da população. Reportava-se a fatores como a biologia humana, o ambiente, os modos de vida e a organização dos serviços de saúde dentro do “campo da saúde” e os “determinantes de saúde”. Deste modo, as condições de saúde e doenças eram atribuídas exclusivamente aos indivíduos e a determinados grupos sociais, convergindo-se à culpabilização e à responsabilidade das circunstâncias (LALONDE, 1996; WESTPHAL, 2013).

Esta ênfase unilateral da corrente da PS no Informe Lalonde caracterizava-se como uma vertente behaviorista, por centralizar os problemas de saúde no comportamento do indivíduo, eximindo o Estado de suas obrigações com a saúde da população, o que impactou em custos elevados de cuidados médicos. Tais políticas receberam críticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), por manter o enfoque na lógica do comportamentalismo humano na prevenção de agravos e condições de vida e saúde (BUSS, 2012).

De outro modo, na Inglaterra, o Relatório de Sir Douglas Black faz uma abordagem social à saúde, chamando a atenção para os indicadores de morbimortalidade comparados à iniquidade social. Sob tais influências, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários

de Saúde (1978), na cidade de Alma Ata, lançou a proposta de garantir “Saúde para todos no ano 2000”, comprometendo-se com esforços políticos governamentais no campo da Atenção Primária à Saúde (BUSS, 2012).

Esta conferência representou o nível mais alto da saúde, sendo pactuada por 134 países e contando com a representação de 67 entidades não governamentais, reconhecendo a saúde como um direito fundamental para o ser humano, dever de participação individual e coletiva no planejamento e execução de seus cuidados, propondo uma vida social e economicamente produtiva à população (LABONTÉ, 2010).

Mediante os acontecimentos, é visto que a Alma Ata norteou a corrente da *Nova Promoção da Saúde*, incorporando as propostas de saúde como um direito universal e de responsabilidade governamental, abrindo espaço para a conquista da equidade e justiça social, bem como para a articulação política e econômica entre outros setores (LABONTÉ, 2010).

Sucessivamente, ocorreu a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde (1986), em Ottawa, no Canadá. Este acontecimento resultou na “Carta de Ottawa”, que propôs a discussão da PS como o processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para intervir na melhoria da qualidade de vida, valorizando a participação das pessoas quanto a ter um maior controle sobre seus determinantes sociais e de saúde (WHO, 1986).

Além disso, a “nova promoção da saúde” enfatiza como pré-requisito para um “viver com saúde”: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Elementos estes apreendidos como propostas favoráveis e positivas ao conceito de saúde, ultrapassando o reducionismo da prevenção de doença (WHO, 1986; HEIDEMANN et al., 2018).

Ainda, na Carta de Ottawa, a PS se configura de forma mais abrangente, relacionando-se a outros setores, além dos da saúde, abarcando os determinantes gerais e a intersetorialidade, em busca da equidade social. E, como estratégias de atuação, a promoção da saúde estabelece políticas públicas favoráveis nos seus diversos setores; criação de ambientes propícios à saúde; fortalecimento da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986; HEIDEMANN et al., 2018).

Nessa perspectiva, a PS vem galgando por intensos e importantes movimentos políticos e sociais, que marcaram a progressão da saúde global. A Organização Mundial de Saúde e Pan-Americana de Saúde, no intuito de reforçar e manter as propostas da Carta de Ottawa, como cumprimento de compromissos, objetivos e metas para a reorganização, planejamento e operacionalização das ações de promoção da saúde, estabeleceu novas agendas subseqüentes, conforme mostrado no Quadro 1, a seguir.

**Quadro 1** - Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde conforme ano, local e principais temas abordados.

<b>Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde/Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Temas abordados</b>
Carta de Ottawa (1986)	Canadá	Promoção da Saúde nos Países Industrializados
Carta de Adelaide (1988)	Austrália	Promoção da Saúde e Políticas Públicas Saudáveis
Declaração de Sundsvall (1991)	Suécia	Promoção da Saúde e criação de Ambientes Favoráveis à Saúde
Declaração de Jacarta (1997)	Indonésia	Promoção da Saúde no Século XXI
Declaração do México	México	Promoção da Saúde: rumo à maior equidade
Carta de Bangkok (2005)	Tailândia	Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado
Carta de Nairobi (2009)	Quênia	Lacuna de implementação da Promoção da Saúde
Declaração de Helsinki (2013)	Finlândia	Saúde em todas as Políticas
Declaração de Shanghai (2016)	China	Desenvolvimento sustentável

Fonte: WHO (1986; 1988; 1991; 1997; 2000; 2005; 2009; 2013; 2016).

No contexto nacional, embora o Brasil não tenha participado dos primeiros movimentos mundiais da PS, já se discutia os problemas de saúde desde 1941, quando foi realizada a 1ª Conferência Nacional de

Educação e de Saúde, com a finalidade de legitimar os rumos das políticas públicas nas instâncias municipal, estadual e federal (GADELHA, 2015).

A 1ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) tratou de questões pertinentes às necessidades prementes de saúde da população, como a organização sanitária; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; determinação das medidas para o desenvolvimento de serviços básicos e de saneamento; plano de desenvolvimento de obra nacional para a proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2009). A seguir, apresentam-se as Conferências Nacionais de Saúde e temas abordados, listados no Quadro 2.

**Quadro 2** - Conferências Nacionais de Saúde, conforme ano e temas abordados.

Conferências Nacionais de Saúde (Cns) /Ano	Temas abordados
1ª CNS (1941)	I. Organização sanitária estadual e municipal; II. Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a hanseníase e a tuberculose; III. Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento; IV. Plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.
2ª CNS (1950)	Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho
3ª CNS (1963)	Descentralização na área de Saúde
4ª CNS (1967)	Recursos humanos para as atividades em saúde
5ª CNS (1975)	I. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; II. Programa de Saúde Materno-Infantil; III. Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; IV. Programa de Controle das Grandes Endemias; e V. Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais
6ª CNS (1977)	I. Situação atual do controle das grandes

	endemias; II. Operacionalização dos novos diplomas legais básicos aprovados pelo governo federal em matéria de saúde; III. Interiorização dos serviços de saúde; e IV. Política Nacional de Saúde
7ª CNS (1980)	Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos
8ª CNS (1986)	I. Saúde como Direito; II. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e III. Financiamento Setorial
9ª CNS (1992)	Municipalização é o caminho
10ª CNS (1996)	I. - Saúde, cidadania e políticas públicas; II. Gestão e organização dos serviços de saúde; III. Controle social na saúde; IV. Financiamento da saúde; V. Recursos humanos para a saúde; e VI. Atenção integral à saúde.
11ª CNS (2000)	Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.
12ª CNS (2003)	Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.
13ª CNS (2007)	Saúde e Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento
14ª CNS (2011)	Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social - Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro
15ª CNS (2015)	Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro

Fonte: Brasil (2009); Gadelha (2015). Adaptado pela autora.

As primeiras Conferências Nacionais de Saúde no país foram concebidas a partir de uma participação restrita dos membros do próprio governo; porém, essas conferências já assumiam um papel avaliativo e propositivo de diretrizes governamentais, ainda que limitadas, apresentando-se timidamente no cenário de lutas para a melhoria da saúde da população (GADELHA, 2015).

Deste modo, até a 8ª CNS (1986), as negociações e as decisões das políticas públicas de saúde eram realizadas em âmbito intergovernamental e participação restrita de alguns representantes da

área técnica da saúde. A partir da Constituição Federal de 1988, na qual foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde 8080/1990, foi estabelecida a inclusão da comunidade (usuários) nos foros, como princípio estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), fato histórico marcado pela luta dos direitos à saúde e a democratização nas políticas públicas (CZERESNIA; FREITAS, 2012).

Assim, os espaços para o desenvolvimento de estratégias políticas para a saúde tornaram-se democráticos por meio da participação social nas tomadas de decisão, permitindo uma aproximação local das necessidades, transformando a assistência à saúde em um sistema público, universal e descentralizado. Neste processo de transformação se deu a Reforma Sanitária, sendo reproduzidas novas bases para a saúde da população brasileira (RABELLO, 2013; PAIVA; TEIXEIRA, 2015).

A criação do SUS foi fruto da luta pela democratização, constituindo-se como uma proposta de reorganização do serviço de saúde, o qual tem como princípios a universalidade, equidade, integralidade, resolutividade, descentralização, regionalização e hierarquização e a participação social, destinados a prover assistência à saúde em todos os níveis de complexidade (PAIVA; TEIXEIRA, 2015).

Reconhece-se que a conquista da “participação popular” nos processos de decisões políticas se constituiu em um fator crucial para a condução do SUS. Porém, ainda acontece de forma limitada e pouco efetiva, uma vez que incorre a tendência da mercantilização e privatização da gestão e da prestação de serviços no SUS, bem como a destinação de baixos investimentos para o cumprimento dos planejamentos e medidas acordados nos conselhos e conferências de saúde (CAMPOS, 2016).

Em conformação com o compromisso da saúde pública, em 2006 foi instituída a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), reformulada em 2014, com o objetivo de orientar as ações do sistema de saúde. Esta política foi estruturada com base no conceito ampliado de saúde, conforme propõe a Carta de Ottawa, apontando a necessidade de articulação com outras políticas, uma vez que já se deu conta de que a saúde não consegue por si só enfrentar todos os seus determinantes e condicionantes (MALTA et al., 2015).

Deste modo, a PNPS reconhece a intersetorialidade como uma das potentes ferramentas para o alcance da equidade e a qualidade de vida, com vistas à redução da vulnerabilidade e riscos à saúde, mediante os determinantes políticos, culturais, econômicos, ambientais e sociais

que permeiam os modos de vida, tanto individuais como coletivos (MALTA et al., 2015).

Outra valorização da PS que oferece grandes potenciais de alcance da equidade e redução das vulnerabilidades são os campos estratégicos, reforço da ação comunitária e de habilidades pessoais, incidindo no *empowerment* individual e comunitário, na possibilidade de aumentar a capacidade dos sujeitos, na aquisição de conhecimentos para o desenvolvimento de uma consciência crítica e política, de modo a obter maior controle sobre seus determinantes sociais e de saúde (HEIDEMANN et al., 2018).

Portanto, considera-se a perspectiva do *empowerment* na promoção da saúde um elemento chave para reorientação das práticas de saúde e intervenção de cuidados. No sentido de fortalecer a autonomia dos profissionais de saúde, nas tomadas de decisões frente ao processo de trabalho e a realidade social dos usuários, principalmente na atenção à criança na primeira infância, considerado um grupo prioritário nas políticas de saúde (CARVALHO; GASTALDO, 2008; BRASIL, 2017).

## 2.2 ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA: NOTAS SOBRE A HISTÓRIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Philippe Ariés, clássico historiador francês, um dos precursores da história social na infância, assinala que, até o século XII, a ideia de infância não era concebida na sociedade medieval e que, ao longo do tempo, os sentimentos e comportamentos da criança foram sendo engendrados em diferentes contextos por cada sociedade. Para o historiador, entre os séculos XII e XVII, o período da infância estava relacionado à conquista da independência, entre os cinco ou sete anos. Assim, quando a criança alcançava algum tipo de autonomia, era considerada uma pessoa adulta, “um adulto em miniatura”, a quem eram atribuídas todas as tarefas de uma pessoa mais velha (ARIÉS, 2011).

O construto social da infância é marcado por transformações culturais, sociais, econômicas e políticas, que repercutiram na Europa e no Brasil, entre os séculos XVII e XIX. Tais transformações transcorrem-se por prevaricações, desde o colonialismo até o período republicano, em que um dos mecanismos de assistência à infância eram as chamadas “rodas de expostos”, um sistema de acolhimento das entidades religiosas ou hospitalares destinados a órfãos pobres, onde as crianças eram colocadas para dentro da entidade por meio de uma roda cilíndrica, mantendo o anonimato das pessoas que as deixavam. E lá

permaneciam, vivendo em condições precárias sanitárias e de higiene (AZEVEDO; SARAT, 2015).

Ainda neste período, os senhores-de-engenho impunham as suas escravas (amas-de-leite) a amamentarem os bebês dos brancos, expondo as crianças a risco de doenças. Além disso, em detrimento aos ditames da igreja, eram estabelecidas normas severas e disciplinas aos infantes, como castigos físicos por meio do uso da “palmatória”, contando, sempre, a adoção desses costumes, com o apoio das suas próprias famílias (ARAUJO et al., 2014; AZEVEDO; SARAT, 2015).

No período republicano, as políticas para infância tiveram várias vertentes na sociedade, principalmente perante as classes sociais em que ser pobre era sinônimo de estar em condições irregulares perante o Estado. Contudo, preconizava-se o “bem-estar social”. Caso as famílias não conseguissem manter seus filhos, o destino deles era tomado pelos juízes que impunham a ordem social. Este modelo paternalista do estado repercutiu na marginalização das crianças, ao mantê-las reclusas em condições insalubres, acarretando na mortalidade pelo acometimento de doenças como a tuberculose, a sífilis e a varíola (FREITAS, 2016).

Para as crianças pobres, o estado facultava as “rodas de expostos”, os orfanatos, as casas e escolas de correção e a inserção no mercado de trabalho informal e subalterno; para as crianças das famílias da elite, havia o favorecimento de inserção na educação formal e escolas de músicas e boas maneiras. Sobremaneira, as famílias de classe dominante eram consideradas “regulares” e de acordo com um estado de ordem e de bem, nos moldes de uma oligarquia paternalista e autoritária (FREITAS, 2016).

No âmbito da saúde, as políticas públicas de atenção à criança no Brasil ocorreram na perspectiva do higienismo e do desenvolvimento capitalista. Em 1934 foi criada a Inspetoria de Higiene Infantil, que posteriormente virou a Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, transformando-se no Departamento Nacional da Criança (DNCr) em 1940. O decreto que regulamentava o DNCr estabelecia a organização de serviços destinados à proteção à maternidade, à infância e à adolescência, além de realizar inquéritos e estudos relativos a esses grupos populacionais (ARAUJO et al., 2014).

Na década de 70, as iniciativas na saúde da criança incorreram em detrimento ao elevado índice de mortalidade e morbidade em escala mundial. Nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), guiadas pelas proposições da Declaração de Alma-Ata (1978), quanto aos cuidados da

saúde materno-infantil e imunização contra as principais doenças infecciosas, trouxeram importantes contribuições em termos de cuidados tecnológicos. No Brasil, este período foi marcado pela criação do Programa Nacional de Imunização (1973), no combate às doenças imunopreveníveis, principalmente em relação à cobertura vacinal da população infantil (BRASIL, 2018).

Na sequência, em 1980, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), tendo como finalidade prover as necessidades de saúde tanto da mulher quanto da criança. As propostas visavam o incentivo do aleitamento materno, suplementação alimentar, assistência ao parto e puerpério, dentre outras que contribuíram para melhoria da assistência materno-infantil e redução da morbimortalidade (ARAUJO et al., 2014).

Posteriormente, devido ao enfrentamento das diferentes demandas de atenção, a saúde da criança foi desvinculada da saúde da mulher, sendo implantado no país o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984. As iniciativas do PAISC consistiram nas estratégias de assistência ao Recém-Nascido (RN), prevenção e manejo de RN com baixo peso, acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento infantil, prevenção e controle de doenças infecciosas e parasitárias e prevenção de acidentes e intoxicação (ARAUJO et al., 2014).

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas por importantes conquistas sociais e de saúde no país, principalmente em relação ao desenvolvimento da criança. Com a Constituição Federal de 1988, a criança passou a ter seus direitos garantidos, sendo facultado não apenas a família, mas ao poder público e a toda a sociedade. E com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (1990), este direito foi legitimado e assegurado de forma intergralizada, com proteção à vida e saúde, incluindo a faixa etária entre zero a 18 anos (BRASIL, 2017b).

Desde então, com a criação do Sistema Único de Saúde (1990), uma série de programas e iniciativas paralelas foram sendo implementados pelo Ministério da Saúde (MS), com vista à ampliação e fortalecimento da atenção à saúde da criança. Em 1991, com a preocupação de prover cuidados peculiares à saúde da mãe e do recém-nascido, o MS implantou o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), e como forma estratégica de incentivo à oferta de um serviço humanizado e de qualidade, o país aderiu à iniciativa global do Hospital Amigo da Criança (IHAC) em 1995 (ARAUJO et al., 2014).

Em decorrência da distinta realidade epidemiológica no país, e com o objetivo de combater a morbidade e mortalidade infantil, foi criada a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) em 1996, desenvolvida originalmente pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Tal iniciativa propõe melhorar a qualidade do serviço de atenção à saúde da criança, com ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Além disso, o AIDPI é uma importante ferramenta de apoio para o profissional de saúde no acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da criança (BRASIL, 2017b).

Em 2004, foi lançada pelo MS a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, documento que integrou as principais diretrizes nacionais de atenção à saúde da criança. Este se constituiu como eixo norteador para o desenvolvimento de ações dos profissionais de saúde, porém pouco conhecido entre os profissionais de enfermagem (CARVALHAL et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2015).

Na agenda constam os seguintes princípios norteadores e linhas de cuidado à criança:

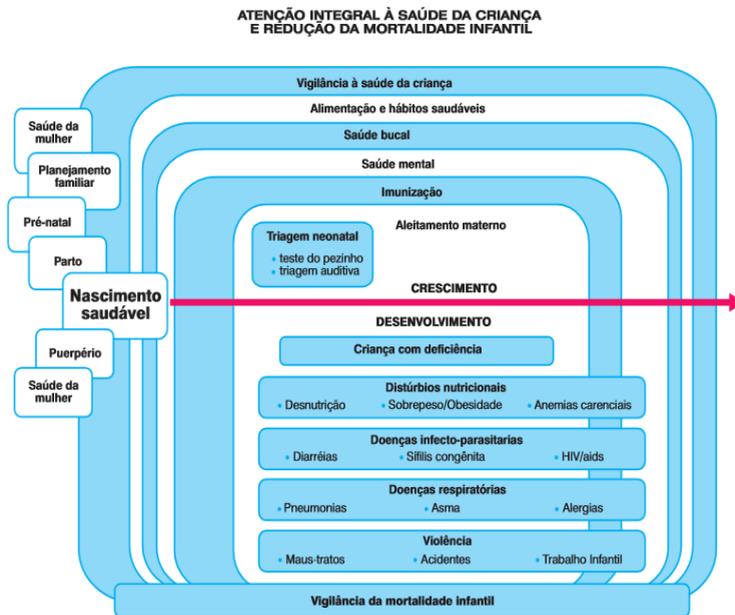
Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais; Acolhimento; Responsabilização; Assistência integral e resolutiva; Equidade; Atuação em equipe; Desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde; Participação da família/controle social na gestão local e Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BRASIL, 2004 p.11-17).

Enfrentamento às linhas de cuidado da saúde da mulher, gestante e ao recém-nascido, triagem neonatal, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, combate à desnutrição e anemias carenciais, imunização, atenção às doenças prevalentes, atenção à saúde bucal e mental, prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil

e atenção à criança portadora de deficiência (BRASIL, 2004 p.11-17).

As estratégias da agenda constituem um campo amplo de possibilidades de atuação dos profissionais de saúde na atenção primária, mais especificamente na ESF, principalmente para o enfermeiro, cujas atribuições também são destinadas à assistência materno-infantil (CARVALHAL et al., 2013). A figura a seguir mostra de forma sistemática os eixos e linhas de cuidado do documento.

**Figura 1** - Eixos e linhas de cuidado de atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil.



Menciona-se ainda outras estratégias de reforço para efetivação das políticas de saúde da criança, como a Rede Amamenta Brasil (2008) e, no ano seguinte, a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis. Estas tinham o propósito de apoiar as ações integrais de saúde da criança, fazendo articulação e dando suporte ao monitoramento do desenvolvimento infantil (ARAÚJO et al., 2014).

A Rede Cegonha foi implantada em 2011 com o objetivo de incrementar a assistência à mulher desde a gravidez, pré-natal, parto, puerpério, nascimento da criança, crescimento e desenvolvimento saudável até os dois anos de idade, com vistas a aumentar o vínculo e o acesso ao serviço de saúde, bem como o planejamento à saúde reprodutiva (OLIVEIRA et al., 2015).

Outras estratégias que integraram os esforços nacionais para o desenvolvimento da criança foram as desenvolvidas pelos programas sociais, como o Programa Brasil Carinhoso (Bolsa Família), que consiste na transferência automática de recursos para os municípios brasileiros para o combate à fome e à pobreza. Além disso, contribuiu para o fomento alimentar e nutricional e busca garantir o acesso da criança à educação infantil (BRASIL, 2018).

Finalmente, em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), sendo implementada em 2018. Esta política tem como finalidade assegurar o cuidado integral à criança, desde a gestação até aos nove anos, priorizando a primeira infância e as populações de maior vulnerabilidade, tais como as crianças indígenas, quilombolas, ribeirinhas e aquelas com necessidades especiais (com deficiências e/ou doenças raras). Além disso, a política apresenta como principais enfoques de desempenho das ações de saúde a redução da mortalidade neonatal, incentivo ao aleitamento materno e viabilização de ambientes saudáveis para pleno crescimento e desenvolvimento a criança (BRASIL, 2015; 2018). A seguir, o Quadro 3, com os princípios, diretrizes e os eixos estratégicos da PNAISC.

**Quadro 3** - Princípios, diretrizes e eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.

<b>Princípios</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Direito à vida e à saúde</li> <li>2. Prioridade absoluta da criança</li> <li>3. Acesso universal à saúde</li> <li>4. Integralidade do cuidado</li> <li>5. Equidade em saúde</li> <li>6. Ambiente facilitador à vida</li> <li>7. Humanização da atenção</li> <li>8. Gestão participativa e controle social</li> </ol>
<b>Diretrizes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gestão interfederativa das ações de saúde da criança</li> <li>2. Organização das ações e dos serviços na rede de atenção</li> <li>3. Promoção da Saúde</li> <li>4. Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família</li> <li>5. Qualificação da força de trabalho do SUS</li> <li>6. Planejamento e desenvolvimento de ações</li> <li>7. Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento</li> <li>8. Monitoramento e avaliação</li> <li>9. Intersetorialidade</li> </ol>
<b>Eixos estratégicos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-nascido;</li> <li>2. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável;</li> <li>3. Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral;</li> <li>4. Atenção Integral a Crianç�as com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenç�as Cr�nicas</li> <li>5. Atenção Integral � Crianç�a em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz</li> <li>6. Atenção � Saúde de Crianç�as com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade</li> <li>7. Vigilância e Prevenção do �bito Infantil, Fetal e Materno</li> </ol>

Fonte: Brasil (2018).

A Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral, terceiro eixo da PNAISC, se constituiu como uma das principais estratégias de Atenção Primária à Saúde da Criança. Preconiza o monitoramento e acompanhamento da criança no “Desenvolvimento da Primeira Infância” (DPI), fase que se inicia desde o nascimento e vai até os cinco anos ou até completar seis anos de vida, o que corresponde um período de 72 meses (BRASIL, 2018).

O DPI vem sendo discutido em âmbito mundial como o período mais importante da vida humana. Deste modo, a garantia de um bom desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e psicossocial são determinantes para o alcance do pleno potencial de desenvolvimento na sociedade. Estudos revelam que, em países de baixa e média renda, 250 milhões de criança com menos de cinco anos apresentam desenvolvimento infantil precário, vivendo em situações de extrema pobreza, e grande parte não tem acesso aos seus direitos básicos e serviços de saúde (SHONKOFF, 2012; GERTLER et al., 2014; MARRISON et al., 2014).

Por conseguinte, circunstâncias ambientais, biológicas e psicossociais, como a baixa escolaridade e depressão materna, baixo estímulo cognitivo, problemas socioemocionais, situações de negligência e violência na família e comunidade, exposição ambiental por chumbo e arsênio, carência nutricional e deficiência de ferro e iodo, bem como o alto índice de doenças infecciosas e parasitárias, podem comprometer o pleno crescimento e desenvolvimento infantil. Além disso, a baixa inserção desse grupo etário na escola e o mau desempenho escolar, devido à extrema condição de pobreza (WALKER et al., 2011; LU et al., 2016; RICHTER et al., 2016).

Em âmbito nacional, em 2016, foi aprovada a Lei de Nº 13. 257, denominada de Marco Legal da Primeira Infância, criada para estabelecer princípios e diretrizes para a implantação e implementação de uma série de iniciativas e programas voltados para promoção de desenvolvimento integral da infância. Tal iniciativa fomenta articulações políticas de saúde e sociais com vistas a reforçar a garantia dos direitos da criança como licença paternidade, lazer, direito de brincar, atendimento domiciliar, dentre outros (BRASIL, 2016).

A soma de esforços de políticas públicas de atenção à criança no país, por meio de programas e iniciativas apresentadas, reflete a melhoria de alguns indicadores de saúde, como a erradicação e controle das doenças imunopreveníveis pelo Programa Nacional de Imunização; a redução da fome e da pobreza extrema no país por meio do Bolsa

Família e Leite do Meu Filho; melhorias de indicadores maternos e redução da mortalidade infantil mediante ao alcance de metas dos Objetivo do Desenvolvimento do Milênio para 2000 a 2015. (MENDES, 2011; CARVALHAL et al., 2013; BATISTA FILHO; CRUZ, 2015).

O Relatório das Nações Unidas de 2015 revela que o Brasil está entre os 52 países (menos de um terço) dos 195 avaliados que apresentaram resultados positivos no cumprimento de seus indicadores. Porém, ainda há muito que avançar frente à grande disparidade sócio-política e econômica enfrentada no país como, por exemplo os subfinanciamentos para a saúde e educação, índices elevados de morbidade por doenças sensíveis à atenção primária e fragilidades nos modelos de atenção à saúde (CARVALHAL, 2013; BATISTA FILHO; CRUZ, 2015).

Diante do exposto, considere-se, neste estudo, a importância de práticas profissionais voltadas para promoção da saúde da população, principalmente as de atenção a saúde da criança na primeira infância. Tais práticas de promoção da saúde são apreendidas em “*modus operandi*” pautados em um processo de diálogo e reflexão sobre a realidade vivenciada no trabalho cotidiano. E, neste processo, os profissionais adquirem habilidade e autonomia para identificar possibilidade de transformação de suas práticas, no sentido de buscar intervenções de cuidado para melhor qualidade de vida das crianças e famílias (HEIDEMANN et al., 2017).

Assim, considera-se o *empowerment* dos enfermeiros como sujeitos de transformação de suas práticas, fortalecidos e capazes de se articularem com a equipe de saúde, por meio de uma relação dialógica no processo de trabalho. Desse modo, propiciariam o reforço da ação comunitária, com o desenvolvimento de ações estimuladoras de educação em saúde e promotoras de cuidado. E, nesta direção, também culmina no empoderamento comunitário das famílias, com vista ao fomento de maior equilíbrio e governabilidade de seus determinantes sociais e de saúde (CARVALHAL et al., 2013; SOUZA et al., 2014; HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014; HEIDEMANN et al., 2017).

Para tanto, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, devem buscar conhecer e compreender a realidade de suas práticas, por meio de uma relação de diálogo com a equipe de saúde e as famílias, aproximar-se do cotidiano e do contexto que envolvem os modos de vida da população, para a construção coletiva de intervenções

que atendam às necessidades de saúde (CARVALHAL et al., 2013; HEIDEMANN et al., 2014).

Ressalta-se ainda que o fortalecimento dos profissionais no exercício de suas práticas na atenção à saúde da criança vai de encontro aos princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, como o alcance do direito à vida e à saúde, integralidade do cuidado, equidade em saúde e provisão de um ambiente facilitador à vida. Além disso, abrange potenciais possibilidades para a organização e planejamento das ações na atenção básica, qualificação da força de trabalho, fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família, tal como regem as diretrizes da atual política (BRASIL, 2018).

### 2.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma nomenclatura adotada internacionalmente, e no Brasil é dada a denominação de Atenção Básica à Saúde (AB). A Política Nacional de Atenção Básica apresenta como estratégia prioritária das ações do SUS a Estratégia Saúde da Família (ESF), instituída em 1994, apreendida como eixo estruturante na reorientação do modelo assistencial em saúde à população (FERTONANI et al., 2105; BRASIL, 2017).

A ESF foi configurada com base na proposta de um “ novo modelo de atenção à saúde”, centrado no indivíduo, família e comunidade. Assume o papel de estreitar o relacionamento entre o usuário, a rede de serviços e os profissionais de saúde, por meio das ações de acolhimento e atendimento à livre demanda. Além disso, propõe a prestação do cuidado integralizado sob a ótica das necessidades de saúde das pessoas, considerando os contextos sócio-políticos, econômico, cultural e ambiental do território da área de abrangência de atuação (FERTONANI et al., 2105).

Embora o modelo assistencial proposto pela Política Nacional de Atenção Básica para o funcionamento da ESF seja pautado nos preceitos da “nova” promoção da saúde e nos princípios e diretrizes do SUS, há ainda uma ampla discussão quanto às dificuldades de incorporação nas práticas de saúde. Destacando-se que o “modelo biomédico”, o qual se pode designar como antigo e atual ao mesmo tempo, ainda se encontra fortemente arraigado nas ações de saúde. Sendo atribuída às dificuldades como: pouca ênfase dada ao processo saúde e doença e

consideração do contexto social das famílias e comunidade no planejamento das ações; predomínio de ações fragmentadas e com pouca abordagem multidisciplinar; falta de apoio institucional às equipes de saúde; grande adesão da população às ações curativas e de tratamento de doenças (FERTONANI et al., 2015; ESMERALDO et al., 2017; HEIDEMANN et al., 2018).

A operacionalização das ações da ESF é realizada por uma equipe multiprofissional de saúde composta minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS). Também podem fazer parte da equipe profissionais de saúde bucal e Agente de Combate às Endemias (ACE). A equipe de Saúde da Família (eSF) deve atuar no seu processo de trabalho, auxiliando na definição e delimitação do território de atuação, considerando as características locorregionais da população adscrita, planejar, executar e acompanhar suas atividades, mantendo uma agenda de trabalho domiciliar e comunitária de acordo com a necessidade local (BRASIL, 2017b).

A ESF abrange serviços de APS em mais da metade de população brasileira. Em 2012, o Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde registrou a implantação da ESF em 95% dos municípios brasileiros, com um total de 33.404 equipes de saúde; porém, verifica-se que há grande heterogeneidade entre as regiões brasileiras, mediante as desigualdades e contextos sociais, oferta e acesso aos serviços e processos de gestão (FAUSTO et al, 2014; MALTA et al, 2016).

Estudo de cobertura da ESF feito em 2013 pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) mostrou que, entre as regiões brasileiras, o percentual de cadastros de famílias cobertas tem aumentado em comparação aos anos anteriores. A região Norte apresentou uma cobertura de 51,5%, Nordeste 64,7%, Sudeste 46%, Sul 56% e Centro-Oeste com 53,2% de domicílios cadastrados neste ano. O estado do Amazonas aparece com um percentual de 49,9%, e sua capital, Manaus (local deste estudo), com 24,8% em anos consecutivos 29,5 % (2014), 28,2% (2015) e 39,3% (2015), sendo considerada uma das coberturas mais baixas entre as capitais brasileiras (MALTA et al, 2016; SEMSA, 2017).

Estudos revelam que o aumento de coberturas no atendimento da APS e ESF reflete na melhoria de indicadores como a mortalidade infantil, taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária, redução de custos com a saúde, equidade socioeconômica e acesso ao

serviço de saúde. Portanto, além da ampliação da rede de serviço, faz-se necessária a provisão de cuidados à saúde por meio de práticas de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação aos indivíduos, famílias e coletividade para desenvolvimento humano, com vistas à melhoria da qualidade da assistência à saúde (SORATTO et al., 2015).

Assim, a assistência à saúde deve ter como foco de atenção o indivíduo, de forma integralizada, concebida a partir de uma abordagem multidisciplinar e de um processo de ensino/aprendizagem compartilhado entre a equipe e as famílias das crianças. Outrossim, entende-se que, para que seja possível esta assistência, as ações precisam ser desenvolvidas de maneira articulada entre as diferentes competências profissionais (MEDEIROS; BOEHS; HEIDMANN, 2013; SORATTO et al., 2015).

Nesta perspectiva, o profissional enfermeiro, integrante da ESF, possui ampla inserção nas ações de APS, apreendidas nas práticas como consulta da enfermagem; procedimentos; classificação e estratificação de risco; atividades em grupos; planejamento, gerenciamento, avaliação e supervisão das atividades desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem e ACS e dentre outras normatizadas pela legislação profissional e pela gestão local (BRASIL, 2017).

No que concerne às práticas direcionadas à atenção à saúde de criança na atenção primária, o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD) da criança consiste em um dos eixos prioritários da atenção (CARVALHO; SARINHO, 2016). Neste eixo, a supervisão do CD da criança pelo enfermeiro inicia na primeira semana de vida, por meio da visita domiciliar e consulta de enfermagem junto com o Agente Comunitário de Saúde, e vai até aos nove anos, com especial atenção neste estudo, a primeira infância, ao completar seis anos (equivalente a 72 meses) (BRASIL, 2018).

As ações do CD são orientadas pela Caderneta de Saúde da Criança, disponibilizada pelo Ministério da Saúde. Neste instrumento devem ser inseridas informações quanto aos registros do peso da criança, estatura, perímetro cefálico (PC) e índice da Massa Corporal (IMC), o que permite o acompanhamento do risco nutricional (desnutrição ou obesidade), com base na curva do crescimento, tabelas e gráficos padronizados para este fim. Além disso, como parte da avaliação integral da criança, a caderneta traz as orientações sobre os **marcos do desenvolvimento e classificação de situações de riscos**.

Os **marcos do desenvolvimento** da criança abrangem ações de vigilância das habilidades cognitivas (sensorial e perceptiva), motoras, de comunicação e de interação social. Estas funcionalidades refletem não apenas no amadurecimento neuropsicomotor e biológico, mas também a dimensões relacionais, afetivas, simbólicas, contextuais e ambientais. Deste modo, o enfermeiro deve estar atento quanto à importância do papel da família, da escola e redes de serviços sociais no processo interativo da criança, para o alcance destas habilidades e desenvolvimento pleno na primeira infância (BRASIL, 2018).

E quanto à **classificação de riscos** à criança, a PNAISC (2018) apresenta, no **Quadro 4** as seguintes condições:

**Quadro 4** - Classificação de risco para o pleno Desenvolvimento da Primeira Infância (DPI).

<p><b>a) Situação familiar de risco/vulnerabilidade</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrema pobreza (foco do Programa Bolsa Família);</li> <li>• Violência familiar, seja contra a gestante/mãe, a criança ou outro membro do núcleo familiar;</li> <li>• Abuso ou dependência ao álcool e/ou a outras drogas na família, por parte da gestante/mãe, do pai ou outro membro do núcleo familiar.</li> </ul>
<p><b>b) Família com criança apresentando uma das seguintes condições de risco/ vulnerabilidade, ao nascer ou adquiridas posteriormente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RN pré-termo (&lt;37 semanas) e/ou com baixo peso ao nascer (&lt;2.500 g). Alto risco se idade gestacional &lt;32 semanas e/ou peso &lt;1.500 g;</li> <li>• RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e/ou com alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: dependendo de sua etiologia, esta pode ser associada a malformações estruturais do cérebro, com repercussões no desenvolvimento (BRASIL, 2016c);</li> <li>• RN egresso de internação em unidade neonatal (UTI ou UCI), com condições que caracterizam alto risco ao nascimento: asfixia ao nascer (Apgar &lt;7 no 5º minuto de vida);</li> <li>• RN/criança com doença crônica, com</li> </ul>

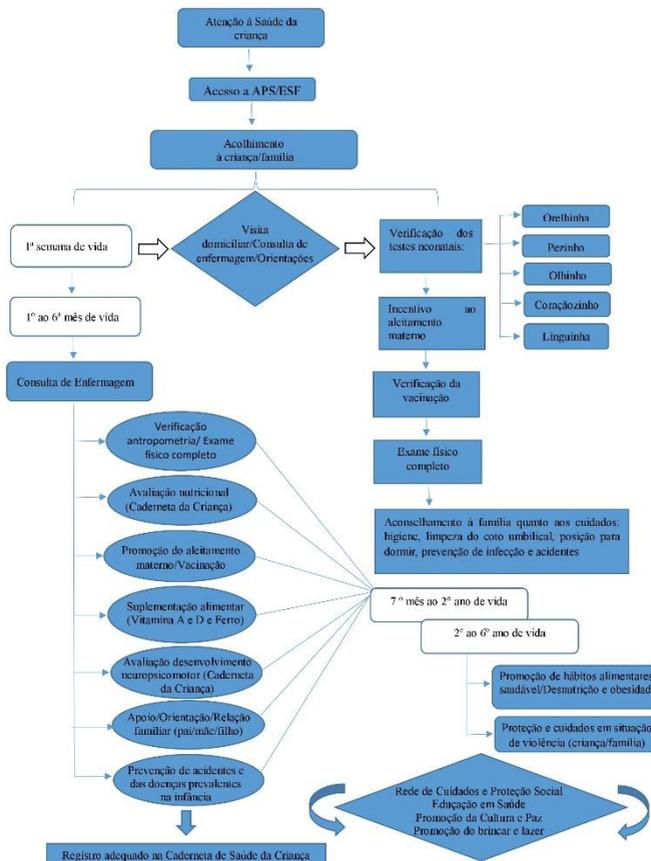
	múltiplas interações; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criança com desnutrição/obesidade;</li> <li>• RN/criança com malformação ou deficiência congênita ou adquirida após o nascimento.</li> </ul>
<b>c) Família com gestante ou mãe com alguma das seguintes situações de risco/vulnerabilidade:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baixa instrução (&lt;oito anos de estudo);</li> <li>• Quadro de depressão ou outra doença psiquiátrica;</li> <li>• Gravidez indesejada e/ou tentativa de abortamento;</li> <li>• História de morte de criança menor de 5 anos na família;</li> <li>• Mãe adolescente;</li> <li>• Gravidez com infecção por STORCH, HIV, vírus zika etc., com risco de repercussões congênitas no RN.</li> </ul>

Fonte: PNAISC (2018).

As condições de risco acima citadas, quando existentes no contexto das famílias com gestantes e crianças na primeira infância, requerem uma atenção prioritária por parte do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família e de toda a equipe de saúde, bem como dos serviços de saúde, de assistência social e de educação (BRASIL, 2018).

Para melhor compreensão das práticas do enfermeiro na atenção a saúde da criança no âmbito da APS, foi construído de uma forma resumida, um diagrama (**Figura 2**) concentrando às ações direcionadas à criança na primeira infância, apoiado no Caderno de Atenção Básica nº 33, sobre a saúde da criança e seu crescimento e desenvolvimento e na PNAISC (BRASIL, 2012; PNAISC, 2018).

**Figura 2** - Fluxograma das práticas do enfermeiro na Atenção Básica à saúde da criança (primeira infância)



Fonte: BRASIL (2012; 2018). Adaptado pela autora

É importante ressaltar que durante o acompanhamento na primeira infância, é fundamental que o profissional enfermeiro supervisione e incentive o vínculo afetivo da criança com os pais e seus familiares ou cuidadores. Nos primeiros anos de vida, o crescimento e desenvolvimento sofrem influência diretamente da família, sendo estruturada a consciência, a autoestima, a autoconfiança, a autonomia e todo o processo de aprendizagem e formação da criança (BRASIL, 2012; CARVALHAL et al., 2013).

Neste sentido, o enfermeiro deve ter conhecimento quanto aos pressupostos do “desenvolvimento da parentalidade”, compreendida como um conjunto de fatores que envolvem os sentimentos afetivos de ser pai e mãe de uma forma positiva. A interação parental estabelecida na parentalidade, é construída a partir de sentimentos de competência e responsabilidade que os pais exercem sobre seus bebês (DEMOTT, 2006). Deste modo, é importante que o profissional saiba identificar a presença ou não da parentalidade para que seja capaz de estimular a família quanto às boas práticas de cuidado à criança.

No tocante às práticas de promoção da saúde, estudos de Souza et al. (2014) e Heidemann et al. (2018) apontam como práticas promotoras de cuidado atividades como: educação em saúde; palestras; ações multidisciplinares; orientação individual na consulta de enfermagem; ações intersetoriais nas escolas e instituições de apoio social, dentre outras. Esses estudos enfatizam que essas práticas contribuem para a promoção da saúde, transformação social e superação do modelo tradicional biomédico de saúde, ainda fortemente presente na atuação das ações do SUS.

Portanto, considera-se a incorporação das práticas promotoras de saúde nas ações do enfermeiro como possibilidade de *empowerment* das famílias das crianças, tendo este profissional o papel de mediador de espaços que promovam a saúde da criança. Para tanto, faz-se necessário que haja um processo de trabalho articulado com a eSF, mediante propostas de diálogos e reflexões da realidade vivenciada em suas práticas.



### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste tópico buscou-se fazer uma descrição dos principais conceitos e ideias sobre o *empowerment* dentro da perspectiva crítico social, considerando sua repercussão e relevância na Promoção da Saúde. Assim, tomou-se este referencial como aporte teórico no contexto das práticas vivenciadas pelos enfermeiros na atenção à saúde da criança, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Em destaque, o *empowerment*, como elemento chave para a Promoção da Saúde.

#### 3.1 O *EMPOWERMENT* COMO ELEMENTO CHAVE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

A palavra “*empowerment* ou empoderamento” tem origem inglesa e é utilizada desde o século XVI, na Reforma Protestante, fundada pelo monge Martinho Lutero. Este movimento foi marcado pela luta social, em que as pessoas e a comunidade tiveram acesso à tradução das “escrituras sagradas” na língua local (alemã), que até então era restrita às autarquias religiosas. O conhecimento da escrita possibilitou o empoderamento das pessoas enquanto sujeitos da sua religiosidade (BAQUEIRO, 2012).

No século XX, nos Estados Unidos, as raízes do *empowerment* se deram a partir dos movimentos sociais emancipatórios das lutas pelos direitos humanos civis, dos negros, das mulheres e homossexuais. Neste contexto, o *empowerment* passou a ser visto como um marco histórico enquanto exercício da cidadania (ROSO; ROMANINI, 2014).

A terminologia supracitada é conhecida por diferentes sinônimos na língua portuguesa e espanhola como “empoderamento”, “apoderamento”, “emancipación”, “fortalecimiento”, dentre outros, que assumem diferentes significados, exprimindo certo grau de dificuldade na utilização destes termos. Sendo assim, optou-se em usar neste estudo a palavra “*empowerment*” (ROSO; ROMANINI, 2014).

Labonté (1994), na tradução anglo-saxônica do liberalismo civil e religioso, discute o *empowerment* em dois sentidos verbais: um no verbo transitivo, cujo significado transmite a ideia de autorizar, habilitar ou permitir, remetendo-se à noção de dar poder ao outro. Nesta vertente, entende-se como se um profissional de saúde, por exemplo, agisse impondo seu poder de cuidado sobre a pessoa, resultando em uma relação em que o sujeito age sobre o objeto. O outro sentido é pronunciado no verbo intransitivo, referindo-se a um processo em que o

profissional (o sujeito) não age sobre a pessoa (objeto), empoderando-o, mas no sentido de ajudá-lo a conquistar suas habilidades, ou seja, o agir é da própria pessoa, sendo ela mesma a responsável pelo seu *empowerment* (LABONTE, 1994; BAQUERO, 2012).

Deste modo, o significado do *empowerment* que se aplica neste estudo difere a noção de “tomar posse”, “dominar”, da ideia de poder sobre o outro (*power-over*), e sim, parte da consciência de poder com o outro (*power-with*) (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

O uso do *empowerment* tem se expandido em diversas áreas de conhecimento e práticas profissionais, como na educação, saúde pública, serviço social, psicologia comunitária, dentre outras, cujo emprego desta categoria se apoia em aspectos organizacionais da sociedade, governança, responsabilização social e melhoria da qualidade de vida e dignidade humana. Contudo, a aplicabilidade desta temática tem requerido um debate reflexivo quanto aos diferentes conceitos apreendidos na literatura contemporânea (BAQUEIRO, 2012).

Alguns autores discutem o *empowerment* em três dimensões: a **individual ou psicológica, organizacional e comunitária**. A primeira se insere em uma vertente psicológica, em qual, segundo Carvalho (2004), não se agregam fatores sociais e estruturais, assumindo um caráter próprio, ou seja, o indivíduo fortalecido, capacitado com autoestima e autoajuda em sua micropolítica. Como exemplo do *empowerment* psicológico é citada a educação para a saúde, que contribui para o despertar da consciência sanitária no indivíduo (GOHN 2004; CARVALHO, 2004; KLEBA E WENDAUSEN, 2009).

Kleba e Wendausen (2009) fazem inferência ao *empowerment* individual como intrapessoal, em que o indivíduo se encontra inserido em uma relação com o seu meio, o seu entorno, o ambiente e as outras pessoas em um contexto sociopolítico. Tomam, como exemplo, a participação em lideranças locais, uma vez que os participantes se posicionam com seus pontos de vista nas instâncias públicas e coletivas.

Ainda, o educador Paulo Freire traz a noção do *empowerment* individual, expressado pela sociedade norte-americana, na qual a ênfase é dada ao *self made man*, o que quer dizer, “o homem que se faz pelo seu próprio esforço pessoal”, fundamentando-se no individualismo e na auto-emancipação (BAQUEIRO, 2005).

Na segunda dimensão, o *empowerment* emerge em organizações, igrejas, entidades de serviços, dentre outras, em que o poder *a priori* não existe, é criado pelos grupos de pessoas que compõem as organizações e se fortalecem como um todo, com vistas ao alcance de objetivos e metas

comuns. Pode-se dizer que é o poder chamado de “democracia interna”, ainda que, para o alcance do fortalecimento, perpassa por discussões intensas e conflituosas (KLEBA; WENDAUSEN, 2009).

A dimensão do *empowerment* comunitário, defendida por Carvalho (2004), Tenglund (2012), Souza et al. (2014), Freire (2013) e Laverack (2015), converge-se na possibilidade dos indivíduos e coletividade desenvolverem não apenas capacidades e competências de participação social, mas um pensamento reflexivo que enriquece a ação política. Deste modo, “empodera” os sujeitos para a busca de melhores condições de vida e promoção de sua própria saúde, possibilitando que os indivíduos tenham maior controle sobre seus determinantes.

Tenglund (2012), Freire (2013) e Laverack (2015) discutem o *empowerment* a partir de uma perspectiva emancipatória, como um processo dinâmico, no qual os indivíduos, as organizações e as comunidades assumem um controle de si, no contexto que estão inseridos, de modo a adquirir competências e habilidades para transformação social.

Nesta perspectiva, embora Freire tenha utilizado pouco a palavra empoderamento, suas ideias se aproximam do termo quando sustentadas por uma educação libertadora, como um conhecimento adquirido a partir de uma realidade, a qual pode ser transformada em função de uma ação positiva. E, conforme essa capacidade vai se instalando no indivíduo, o mesmo ganha mais força e incentivo para tal (FREIRE, 2013).

Essa força que se ancora no indivíduo refere-se ao processo do *empowerment*, que possibilita a emancipação, a tomada de consciência e aumento da autonomia. No entanto, para Freire, este processo não acontece de forma reducionista, como visto no *empowerment* individual ou psicológico, no qual, por si só, não reproduz a proposta de mudança política e social. Deste modo, reporta-se a uma ideia que ultrapassa o indivíduo, envolve a sociabilidade (FREIRE, 2013; ROSO; ROMANINI, 2014).

Deste modo, a ideia de *empowerment* defendida por Freire é aquela que se consolida a partir de uma libertação social, e não simplesmente mediante a autolibertação. Acredita que, quando um indivíduo se sente empoderado, deve expressar um sentimento social, advindo de um poder que liberta para ajudar o outro, o qual possa ser usado a favor de uma sociedade (FREIRE, 2013).

Assim, o *empowerment* como categoria não se restringe a uma discussão meramente conceitual, mas se fundamenta em um processo de

reflexão sobre a ação, de como ele se dá no agir, nas práticas profissionais apreendidas em uma determinada realidade sociopolítica e cultural (BAQUERO, 2012).

Na área da saúde pública, mais especificamente da promoção da saúde, o *empowerment* é discutido na Carta de Ottawa como um elemento chave para potencializar a capacitação do indivíduo ao desenvolvimento de uma consciência política em prol de sua saúde. Contudo, esta capacitação deve ser alcançada a partir de uma perspectiva tanto individual quanto coletiva, a ser desenvolvida nos campos estratégicos da promoção da saúde (HEIDEMANN et al., 2018).

Deste modo, o uso do *empowerment* (como um elemento de capacitação técnica e política), tanto nos serviços de saúde como nas práticas dos profissionais de saúde, precisa ser articulado e mediado nos campos estratégicos da promoção da saúde:

- Implementação de “**políticas públicas saudáveis**”, expressada pelas medidas legislativas de responsabilidades governamentais dos setores envolvidos com a saúde da população, tendo a finalidade de alcançar a equidade em saúde (BUSS, 2012; HEIDEMANN et al., 2018);

- A criação de “**ambientes favoráveis à saúde**”, concernente ao reconhecimento e a compreensão dos aspectos do meio ambiente quanto à sua conservação e os impactos produzidos sobre a saúde, de modo a fomentar e estimular ambientes facilitadores à saúde, como moradias adequadas, disponibilidade de lazer, inserção na escola, dentre outras condições que favoreçam o bem-estar da comunidade (WHO, 1986; BUSS, 2012; HEIDEMANN et al., 2018);

- O desenvolvimento de “**habilidades e atitudes pessoais**”, tendo como uma das principais estratégias para o alcance de tais habilidades a educação para a saúde, apreendida nos espaços inter-relacionais individuais, no domicílio, nas escolas, no serviço de saúde e na comunidade. Este campo estratégico avança na ideia de *empowerment* individual, na capacitação das pessoas para o desenvolvimento da consciência política quanto às decisões e atitudes sobre a saúde (BUSS, 2012; HEIDEMANN et al., 2018);

- A “**reorientação dos serviços de saúde**” avança na provisão de ações assistenciais com ênfase na articulação intersetorial, ampliando-se para além do setor saúde aos setores políticos, sociais, econômicos e ambientes. Este campo de atuação da promoção da saúde também se preocupa com a formação e aperfeiçoamento de recurso humanos

engajados na efetivação dos serviços de saúde (WHO, 1986; BUSS, 2012; HEIDEMANN et al., 2018).

Assim, a atuação dos serviços de saúde e dos profissionais focalizadas nos componentes da promoção da saúde converge na busca por maior equidade e provisão de práticas de promoção da saúde, especialmente aquelas direcionadas a grupos populacionais mais vulneráveis, como as crianças na primeira infância.

No entanto, essas práticas devem ser desenvolvidas com ênfase ao estímulo da participação social, capacitação e responsabilização das pessoas e comunidades a terem influência nos fatores determinantes de saúde. Neste sentido, exige um processo em que os indivíduos possam se empoderar, ter voz ativa, autonomia e habilidade para adquirirem recurso para decisões políticas com vista à promoção de sua saúde (CARVALHO, 2004).

Carvalho (2004b), sobre o *empowerment* na promoção da saúde, reitera:

Mais do que repassar informações e induzir determinados comportamentos, esta estratégia sugere que as pessoas e coletivos sejam apoiados no processo de reflexão sobre os problemas postos pela vida em sociedade, procurando contribuir para a tomada de decisões, o desenvolvimento da consciência crítica e o aumento da capacidade de intervenção sobre a realidade (CARVALHO, 2004b, p. 1092).

Para que ocorra o processo de empoderamento, faz-se necessário a adoção de atitudes a partir de um pensamento crítico-social e reflexivo, que possa auxiliar as famílias e a comunidade na construção de uma “consciência sanitária”, por meio de práticas de educação em saúde (LOPES, 2015).

Devem ser propostas práticas que contribuam para a transformação do “*status quo*” do cenário percebido no contexto social dessas famílias, considerando os modos de vida e os fatores sócio políticos, econômicos, culturais e ambientais da sociedade local, com vista a provisão de ambientes facilitadores à vida, com condições dignas de existência para o desenvolvimento infantil, tal como proposto pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015) (SOUZA et al, 2014).

Um dos objetivos centrais da Promoção da Saúde é a busca pela equidade social, desenvolvimento que garanta melhores condições de

vida às pessoas, trabalho, remunerações justas, educação, habitação adequada, cidadania e dignidade. Condições, estas, que necessitam de um equilíbrio social para que sejam concretizadas (BUSS, 2012).

Assim, busca-se apoiar a discussão do *empowerment* na promoção da saúde, dentro da perspectiva crítico-social, abordando os aspectos do *empowerment* nos sentidos individual e coletivo (SOUZA et al., 2014). Nesta perspectiva, acredita-se que a aplicabilidade do Itinerário de Pesquisa de Freire, articulado com os pressupostos do *empowerment*, possa apontar caminhos a descoberta de novas olhares, pensamentos e perspectivas aos enfermeiros quanto suas práticas na atenção à saúde da criança; além disso, perceber a importância da incorporação da promoção da saúde em suas práticas.

## 4 MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa do tipo pesquisa participante, apoiado no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, realizado por meio de “Círculos de Cultura”, utilizados *a priori* pelo educador, como estratégia metodológica para alfabetização de adultos. Este aporte teórico-metodológico fundamenta-se no processo de aprendizagem a partir da realidade que cerca o educando, permitindo-lhe uma relação dialógica com o educador na construção do conhecimento de ambos (FREIRE, 2018).

A pesquisa qualitativa é compreendida como uma abordagem que se aproxima de forma subjetiva e relacional da realidade social, ocupando-se da história, do universo, das crenças e valores, das atitudes e significados dos atores sociais envolvidos no estudo (MINAYO, 2014).

A articulação do pensamento freireano com o estudo qualitativo possibilitou a busca da compreensão pelos profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família quanto às suas práticas na atenção à saúde da criança. Ao passo que os encontros dialógicos iam se concretizando, as realidades vivenciadas pelos enfermeiros deixavam de ser ocultas, sendo apresentada a reflexão acerca do cuidado com a criança e suas famílias no tocante à promoção da saúde (HEIDEMANN et al., 2017).

Deste modo, o Itinerário de Pesquisa freireano se articula com a abordagem qualitativa e também se estreita a pesquisa participante, por permitir a aproximação da pesquisadora com os participantes do estudo, estabelecendo uma relação de poucas fronteiras, permitindo um confronto de conhecimentos e ideias, a se pensar e repassar em práticas transformadoras (HEIDEMANN et al., 2017).

#### 4.1.1 O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: Círculos de Cultura

O educador Paulo Freire, ao buscar a essência da educação como prática libertadora, reproduz o diálogo contendo duas dimensões, a ação e a reflexão, agindo de maneira indissociável, de modo que o homem, para se tornar dialógico, precisa ser verdadeiro e solidário ao se pronunciar ao mundo. O diálogo acontece com os outros, mas não por

uma simples troca de ideias e saberes, e sim por um pensar e agir de maneira comprometida com a transformação social (FREIRE, 2018).

E é por meio deste diálogo coletivo que surgem as reflexões e aspirações mediatizadas pelo mundo, permeado por uma realidade vivenciada. Deste modo, os participantes, ao discutirem sobre um determinado tema, mediante um universo vocabular, fazem emergir os chamados **“temas geradores”** ou **“investigação temática”**, compreendendo a primeira etapa do **“Círculo de Cultura”**. Este é entendido como um espaço dinâmico de aprendizagem, em que os envolvidos no encontro, à medida que desenvolvem pensamentos crítico-reflexivos sobre as situações existenciais, tornam-se capazes de transformar suas realidades por meio de uma ação política (FREIRE, 2018).

Esta investigação implica, necessariamente, em uma metodologia que não pode concretizar a dialogicidade da educação libertadora. Daí que seja igualmente dialógica. Daí que conscientizadora também, proporcione, ao mesmo tempo a apreensão dos “temas geradores” e tomada de consciência dos indivíduos em torno dos mesmos (FREIRE, 2018 p.121).

O que se pretende investigar, na verdade, não são os homens como objetos, no caso deste estudo, as práticas dos profissionais enfermeiros, mas como as percebem e o que pensam sobre as mesmas a partir de suas experiências e realidades.

Assim, ao buscar os “temas geradores”, inaugura-se o diálogo da educação como prática libertadora, a partir de uma reflexão crítica sobre a relação homem-mundo e homem-homem. Na ação dos homens sobre a realidade concreta se dão as “situações limites”, em que, ao enfrentar a realidade na tentativa de superá-la, transformando suas práticas, se dão os “atos-limites”. Para o educador Álvaro Vieira Pinto, as “situações-limites” não podem ser consideradas pelos homens como um freio ou uma fronteira, causando-lhes desencorajamento para enfrentá-las, mas sim, a margem real onde iniciam todas as possibilidades (FREIRE, 2018).

Por outro lado, quando o homem se opõe a enfrentar as “situações limites”, rendendo-se a elas como obstáculos insuperáveis, não percebidas como o *“inédito viável”*, termo utilizado por Freire ao se referir a situações inéditas e desconhecidas, inacabadas, mas passíveis de superação, age como um sujeito que aceita a “situação-limite” como

definida e acabada, sem se sujeitar ao pensamento crítico para, daí sim, mover-se, libertar-se para a superação da mesma (WANDERLEY, 2013; FREIRE, 2018)

Na medida em que os “temas geradores” vão emergindo nos encontros dialógicos entre os participantes, vão acontecendo as tentativas de compreensão dos temas, o reconhecimento da situação existencial, a consciência da realidade na sua totalidade. Reportando-se para o presente estudo, o pesquisador e mediador da investigação temática apresenta os temas levantados pelos enfermeiros para o reconhecimento dos mesmos e os devolve como um problema, e neste momento fazem uma espécie de fotografia dos temas, uma figuração, dimensionando a totalidade da situação existencial concreta, configurando como um “código”, no qual os temas geradores são “codificados” (FREIRE, 2013).

Os participantes, ao dimensionar a totalidade dos temas, já reconhecidos como situação existencial concreta, ou seja, tomam conhecimento dos elementos constituintes dessa totalidade, fazem uma “cisão” dos temas geradores codificados, como se estivessem abrindo um leque, em que as pessoas, na compreensão de como interagem as partes do problema (tema gerador), assumem uma postura crítica sobre o mesmo em face das “situações-limites”, chegando a decodificá-las e a retotalizá-las (HEIDEMANN et al., 2017).

Deste modo, os temas codificados (figurados) são decodificados, a partir de uma ação-reflexão dos participantes, surpreendendo-se com as situações vivenciadas, as quais são redescobertas e valorizadas, ultrapassando o pensamento já constituído no senso comum dos sujeitos envolvidos, criando-se assim possibilidades de mudanças em suas práticas (HEIDEMANN et al., 2017).

Daí a segunda etapa do Círculo de Cultura proposto por Freire, a “**Codificação e Decodificação**”, não podendo acontecer de maneira indissociada, e neste processo podem surgir novos temas geradores, os quais precisaram ser totalizados e retotalizados mediante a novas percepções e conhecimento da realidade (HEIDEMANN et al., 2017).

Assim, quando se investiga um “tema gerador”, uma questão, um assunto que emerge neste encontro dialógico, pensado a partir de uma dada realidade, os participantes (profissionais enfermeiros), investigam a sua atuação sobre a realidade, que é a sua práxis. O que eles veem ou sentem? Como percebem sua situação-limite existencial? Como dividem experiências similares entre eles? Por que esses

problemas existem, e como podemos superar o desafio que lhes é imposto?

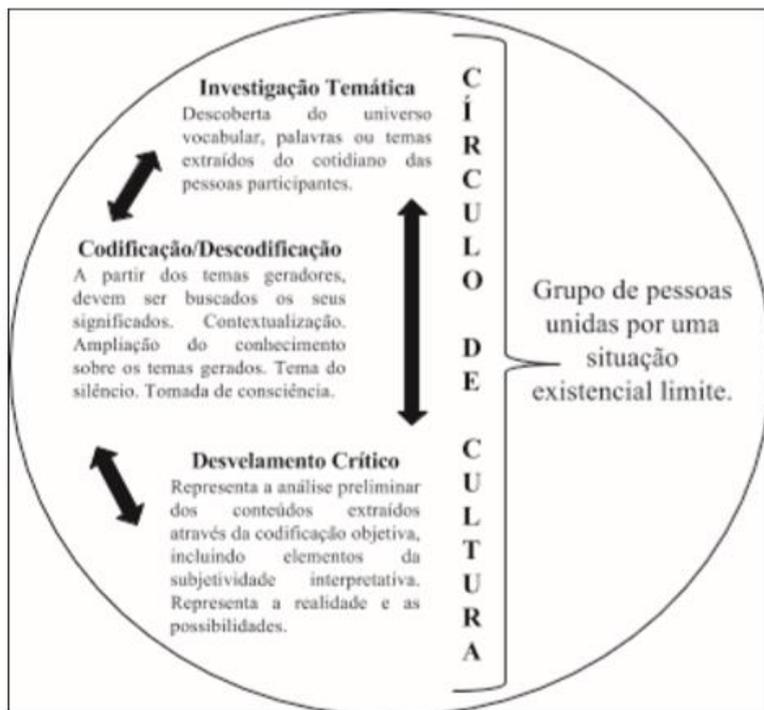
Finalmente, no transcorrer de mais um simpático encontro do pesquisador/facilitador com os participantes (profissionais enfermeiros), é inaugurada a terceira etapa do Círculo de Cultura, o *Desvelamento Crítico*, na qual, após a apresentação dos temas geradores e feita a codificação e decodificação, há o reconhecimento da realidade e a tomada de consciência, a partir das situações reais apreendidas no interior das relações dos Círculos de Cultura, culminando no processo de ação-reflexão-ação (FREIRE, 2018; HEIDEMANN et al., 2017).

Neste momento, o que anteriormente era desconhecido passa a ser conhecido, impulsionando os participantes a ter capacidade de evidenciar a necessidade de uma ação e reação diante das situações-limite e, assim, buscar a superação das mesmas, algo que antes lhes parecia impossível e acabado, e agora com possibilidades de transformação social e política (FREIRE, 2018; HEIDEMANN et al., 2017).

Ainda nesta etapa, o investigador propõe aos participantes a “redução” dos temas, constituindo-se em unidades de aprendizagem, dando uma visão geral dos temas reduzidos, e ao consolidá-los e agrupá-los por meio das situações existenciais cindidas, são reapresentados aos participantes para a discussão, podendo ser utilizados como auxílio textos de leituras, fotos, slides, cartazes, dramatizações e outros recursos áudio visuais desde que de forma não “bancária”, como simples depósitos de conteúdo, mas mantendo sempre a dialogicidade, a participação e uma relação constante de construção mútua de conhecimento e de maneira horizontalizada (FREIRE, 2018).

Heidemann et al. (2017) vêm utilizando em suas pesquisas na área da saúde o Itinerário de Freire, sustentando que a aplicabilidade do método resgata aspectos culturais e históricos dos participantes (profissionais de saúde ou usuários, docentes e discentes e outros pesquisadores), desvelados nos encontros dialógicos dos Círculos de Cultura. Os autores argumentam que a característica reflexiva e conscientizadora do Itinerário possibilita um exercício da consciência crítica aos participantes que, por sua vez, adquirem capacidade de transformar sua realidade, gerando impacto na promoção da saúde e qualidade de vida. Vejamos a seguir a **Figura 3**, representando um esquema da aplicabilidade do método.

**Figura 3** - Esquema do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire



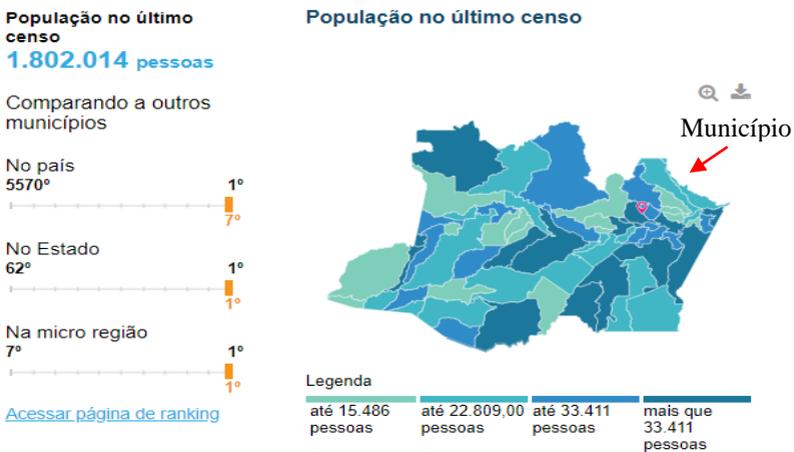
Fonte: Heidemann et al. (2017).

O Itinerário de pesquisa de Paulo Freire tem contribuído com inúmeras pesquisas, não apenas nas áreas de educação e social, mas também na área da saúde, especialmente na atuação da enfermagem, oportunizando encontros dialógicos e reflexivos a partir da realidade vivenciada pelos participantes dos Círculos de Cultura. As bases filosóficas e metodológicas de Freire, articuladas com a perspectiva do *Empowerment* crítico social, tem potencializado a apreensão do conhecimento e reforçado a capacidade desses profissionais de se tornarem cada vez mais empoderados no processo de transformação da realidade sócio-política em suas áreas de atuação (HEIDEMANN; WOSNY; BOEHS, 2014).

## 4.2 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Manaus, capital do estado do Amazonas, localizado na região norte do Brasil, limitando sua margem esquerda com o Rio Negro. Possui uma área de 11.401.092 Km<sup>2</sup>, população de 1.842.014 habitantes, de acordo com o último censo demográfico de 2010; estimativa de 2.130.264 habitantes no ano de 2017, com densidade demográfica de 158,06 de habitantes/km<sup>2</sup>, conforme mostrado na **Figura 4** (IBGE, 2017).

**Figura 4** - Mapa do estado do Amazonas conforme distribuição da população nos municípios.



Fonte: IBGE (2017).

O clima do município é equatorial úmido, com temperatura anual que varia entre 23,2°C e 31,4°C. A umidade relativa do ar oscila na casa de 80%. Possui duas estações, a chuvosa (inverno) e a seca (verão), com poucas chuvas e temperatura elevada, em torno de 38°C, chegando a atingir quase 40°C no mês de setembro.

Quanto a outros aspectos socioeconômicos e demográficos, em 2015 a renda mensal média da população era de 3.1 salários mínimos, correspondendo a 26.0% da proporção de pessoas ocupadas com relação a população total do município. A taxa de escolarização entre 6 a 14 anos foi de 94,2% em 2010, na posição 10 de 62 dentre as cidades do

estado, e na posição 5196 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2017).

Sua principal base econômica se concentra no polo industrial da Zona Franca de Manaus, com mais de 700 fábricas entre grande, médio e pequeno porte, na fabricação de motocicletas, monitores para computador, telefones celulares, relógios, dentre outros produtos, detendo o sexto maior PIB municipal do Brasil. No Estado, entre os municípios que fazem parte da região metropolitana, a produção está na indústria petroquímica, com a extração vegetal (guaraná, açaí, madeira, borracha, cacau, castanha-do-brasil, essências e óleos) e mineral (bauxita, ferro, manganês, ouro e cassiterita) e o ecoturismo com hotéis de selva, passeios fluviais pela floresta amazônica, pesca esportiva e festivais folclóricos (PORTAL AMAZÔNIA, 2017).

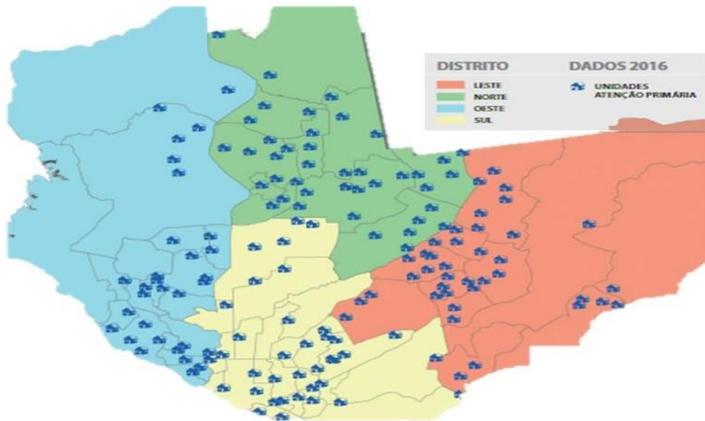
Quanto aos aspectos territoriais, apresentava, em 2010, 62.4% domicílios com esgotamento sanitário adequado, 23.9% domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 26.3% domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2017).

#### **4.2.1 A rede municipal dos serviços de saúde: Rede Saúde Manauara**

A estrutura organizacional dos serviços de saúde no município de Manaus se dá por zonas sanitárias, baseada estritamente em critérios geográficos, sem considerar os aspectos epidemiológicos e o processo saúde e doença da população residente, resultando em uma distribuição desigual em seu contexto político e social (LUNA; OLIVEIRA, 2010).

Deste modo, foram implantados, pela Lei Municipal nº 590, de 13 de março de 2001, que reestrutura a administração do Poder Executivo, os Distritos de Saúde (DISA), distribuídos geograficamente nas cinco zonas da cidade, ilustrados na Figura 5: Distrito de Saúde Norte (DISAN), Distrito de Saúde Sul (DISAS), Distrito de Saúde Leste (DISAL), Distrito de Saúde Oeste (DISAO) e o Distrito de Saúde Rural (DISAR) (LUNA; OLIVEIRA, 2010; SEMSA, 2017).

**Figura 5** - Distritos de Saúde conforme zonas e Unidades de Atenção Primária, Manaus-Amazonas.



Fonte: SEMSA (2017).

A gestão dos DISA é feita pelos seus respectivos departamentos de atenção à saúde (Núcleo de Monitoramento e Avaliação e Setor de Assistência Farmacêutica) e vigilância (Núcleo de Imunização e Setor de Controle de Endemias) (SEMSA, 2017).

As responsabilidades da Divisão de Atenção à Saúde compreendem:

- Núcleo de monitoramento e avaliação, bem como de suas subfunções: chefia imediata das Equipes de Saúde da Família, além de territorialização, sistemas de informação, AMAQ, PMAQ e produção;
- Assistência farmacêutica;
- Gestão das áreas programáticas/redes de atenção sob sua responsabilidade: saúde da mulher, criança, adolescente, idoso, alimentação e nutrição, saúde mental, do deficiente, saúde bucal, do homem e grupos especiais;
- Gestão de áreas estratégicas como Programa Saúde na Escola, Humanizasis e controle social (SEMSA, 2017 p.45).

E da Divisão de Vigilância em Saúde:

- Núcleo de Imunização, bem como de suas subfunções: coordenação e supervisão técnica das 45 salas de vacinas, alimentação e avaliação dos bancos de dados dos Sistemas de Avaliação de Doses Aplicadas (SI-API) e Sistema de Apuração de Imunobiológicos Utilizados (SI-AIU), planejamento e coordenação de campanhas de vacina e educação permanente em serviço (SEMSA, 2017 p.45)
- Setor de Controle de Endemias; bem como as coordenações do controle da Malária e Dengue e outras endemias, educação em saúde e avaliação dos bancos de dados do Sistema de Informação em Vigilância Epidemiológica (SIVEP), equipe de Reconhecimento Geográfico (RG), laboratório de revisão de lâminas de malária e supervisão geral das endemias (SEMSA, 2017 p.46).
- Gestão das áreas programáticas e investigação epidemiológica sob sua responsabilidade: Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT's), promoção de hábitos saudáveis e tabagismo, Controle de Doenças e Agravos Transmissíveis da Tuberculose, Hanseníase e DST/Aids/Hepatites Virais, o programa de controle e prevenção da Raiva Humana, Saúde do Trabalhador, Monitoramento de Doenças Diarreicas Agudas, inserção, avaliação e monitoramento dos dados inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), investigação de óbitos e agravos de notificação compulsória (SEMSA, 2017. p. 46).

Cabe ainda à gerência distrital a coordenação das unidades de saúde sob sua responsabilidade e também as atribuições administrativas da sede do distrito, ou seja, a administração de recursos (físicos e humanos) e a logística, uma vez que não existe a figura de um administrador na estrutura organizativa (SEMSA, 2017).

De acordo com o Diário Oficial do Município, publicado em 15/01/2013, são competências dos dirigentes de distritos de saúde:

a) dirigir, coordenar, controlar e monitorar as atividades a serem executadas sob sua direção; b) planejar, coordenar, monitorar e avaliar as ações integrais de saúde em território de abrangência do distrito de saúde, em articulação com as diretorias do nível central; c) alimentar os sistemas de informação, consolidando os dados de vigilância e assistência, referentes ao seu território de abrangência; d) apresentar propostas e execução de programas e ações emergenciais, fundamentadas em dados epidemiológicos; e) fortalecer controle social por intermédio dos conselhos distritais e locais de saúde; f) executar outras atividades inerentes à sua área de competência (DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO DE MANAUS, 2013 p. 09).

Cada DISA dispõe de uma rede de serviços com Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e Unidades de Saúde da Família (USF), Policlínicas (unidades ambulatoriais de saúde, que oferecem serviço especializado), Maternidade, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Laboratórios, Centros de Reabilitação, Centros Especializados de Odontologia (CEO) e Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com 10 bases descentralizadas nas zonas da cidade, sob a administração da esfera municipal, conforme mostrado na **Tabela 1** (LUNA; OLIVEIRA, 2010; SEMSA, 2017).

**Tabela 1** - Distribuição dos Distritos de Saúde conforme população, cobertura da Estratégia Saúde da Família e alguns serviços de saúde, Manaus-Amazonas.

<b>Distrito de Saúde</b>	<b>DISA Norte</b>	<b>DISA Sul</b>	<b>DISA Leste</b>	<b>DISA Oeste</b>	<b>DISA Rural</b>
População	551.149	483.153	492.729	442.106	13.035
Cobertura da ESF	24%	46%	26%	41%	-
<b>Serviços de Saúde</b>					
<b>Nº UBS</b>					
tradicional c/ uma a duas ESF inseridas	2	7	3	5	7
Nº UBS c/ três a cinco ESF inseridas	2	1	5	2	2
Nº UBS Tradicional s/ESF	4	6	10	7	6
Nº Estratégia Saúde da Família	59	46	52	46	12 (Fluvial)
NASF	0	0	3	0	0
CAPS	0	3	1	0	0
Policlínicas	2	1	1	2	0
Laboratórios	1	3	0	1	0
Maternidade	0	0	0	1	0
Centro de Especialidade Odontológica	1	2	1	1	0

Fonte: IBGE (2017); SEMSA (2017).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Manaus (2014-2017), a “Rede Saúde Manauara” surgiu da necessidade de remodelagem no Sistema Municipal de Saúde, sob novas abordagens conceituais, práticas, intersetoriais e de reorientação do processo de trabalho. É composta pela Rede Cegonha, Rede de Cuidados Crônicos, Rede de Urgência e Emergência e Rede de Atenção às Doenças

Endêmicas, sendo a Atenção Primária à Saúde, o centro de comunicação dessas redes, consolidada como coordenadora e ordenadora do cuidado, tendo como modelo prioritário a Estratégia de Saúde da Família SEMSA, 2017).

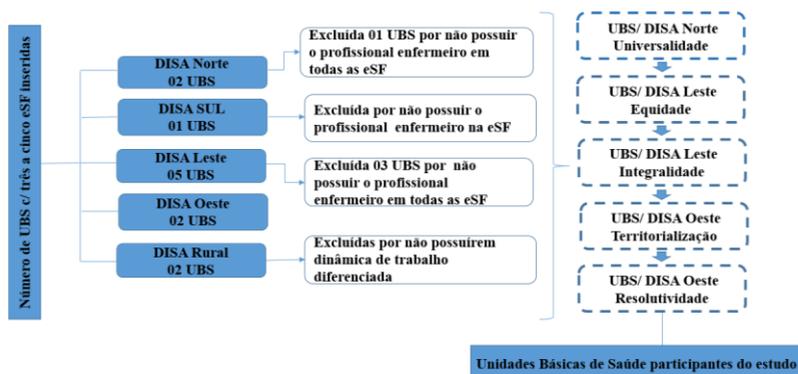
A Rede Saúde Manauara tem como proposta o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, com a implantação de novas equipes e reorganização das atuais unidades de saúde “tradicionais” em modelos de ESF. No município ainda há um quantitativo de unidades sem ESF inseridas, algumas com uma a duas equipes e outras com três a cinco equipes de ESF, que funcionam com seus profissionais integrantes e recursos de infraestrutura em um mesmo espaço, cada uma com consultórios médicos e de enfermagem, salas de agentes comunitários de saúde e consultórios odontológicos, quando composta por profissionais da saúde bucal, atendendo sua população adstrita por território (SEMSA, 2017; BRASIL, 2017).

Cada Unidade Básica de Saúde possui um setor de pessoal administrativo com um gestor que gere a unidade. Há unidades que funcionam com apenas uma eSF; neste caso, a gestão é assumida pelos membros da equipe, sendo que sua infraestrutura é bem menor (composta por um consultório, sala de recepção, banheiro e uma farmácia) do que as unidades com mais de uma equipe inserida.

#### 4.2.2 Cenários do estudo

O estudo foi realizado nas UBS contendo de três a cinco eSF inseridas, localizadas nos DISA da cidade de Manaus. Utilizou-se como critério de inclusão UBS com três a cinco eSF inseridas, sendo que todas as equipes deveriam ter, em sua composição, a presença do profissional enfermeiro no período da investigação. Devendo-se a isto a possibilidade de contar com três a cinco enfermeiros por grupo nos Círculos de Cultura, de modo a permitir que os encontros com os participantes acontecessem nas unidades de saúde. Como forma de garantir o sigilo da identificação das unidades de saúde, os nomes foram substituídos pelos princípios e diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica: Universalidade, Equidade, Integralidade e Territorialidade. A **Figura 6** apresenta a descrição de como as unidades foram selecionadas para inclusão no estudo.

**Figura 6** - Seleção das Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família participantes do estudo.



Fonte: Próprio da autora (2018).

\* Unidade Básica de Saúde (UBS)

\* Distrito de Saúde (DISA)

\* equipes Saúde da Família

Das 11 UBSs existentes no município com três a cinco eSF inseridas, cinco foram selecionadas para o estudo e seis foram excluídas: uma UBS no DISA Norte, três no DISA Leste e o DISA Sul por não terem o profissional enfermeiro na composição da equipe de saúde no período da investigação; o DISA Rural, por possuir características diferenciadas de funcionamento e atendimento, em virtude de ser um serviço disponibilizado para as populações ribeirinhas do município. Como forma de assegurar o sigilo das UBS participantes do estudo, foram denominadas com os nomes dos princípios e diretrizes da Atenção Primária à Saúde: Universalidade, Equidade, Integralidade, Territorialização e Resolutividade.

O horário de funcionamento das unidades participantes do estudo é de segunda a sexta-feira, das 7 às 17 horas. A UBS **Universalidade** pertence ao DISA Norte, situada na Zona Norte de Manaus e possui três eSF inseridas na unidade. A UBS **Universalidade**, além de dar apoio às suas eSF, oferece suporte operacional e administrativo a mais quatro eSF que funcionam em USF próximas da sua área de abrangência, dentre as quais, duas também participaram deste estudo (SEMSA, 2016).

Na **Universalidade**, cada eSF tem cadastrada em seu território de atuação cerca de 3.500 a 4.000 pessoas e aproximadamente 700 a 900 domicílios, com densidade de 4,5 habitantes por moradia, distribuída entre seis a sete microáreas. A população de crianças menores de seis anos cadastrada é de 150 a 300 (SEMSA, 2016).

No que concerne às características sociodemográficas da área de abrangência das equipes, as vias de transporte são parcialmente pavimentadas, algumas com declive e esburacadas, em certa microárea há a presença de igarapés, que em tempos de cheia ocasionam alagamentos. Os meios de transportes predominantes são carros, ônibus e motocicletas, sendo que algumas vias não adentram transporte público, somente nas extremidades. Cerca de 99% do território conta com abastecimento de água e coleta de lixo pela rede pública e o destino das fezes é por meio de fossa séptica (SEMSA, 2017).

Em relação aos recursos que podem colaborar com intervenções de prevenção e promoção da saúde, tem-se os grupos religiosos (nas igrejas) e projetos de educação em saúde nas escolas por meio de Programa Saúde na Escola (PSE). A participação social ainda se encontra incipiente: nem todas as eSF possuem um conselho local de saúde e, nas que possuem, o mesmo não é atuante (SEMSA, 2016).

As UBS **Equidade e Integralidade** pertencem ao DISA Leste, na zona leste da cidade de Manaus. A UBS **Equidade** conta com cinco eSF e a **Integralidade** com quatro eSF e uma equipe do NASF implantada, a qual dispõe da atuação de uma equipe multidisciplinar (médico, terapeuta ocupacional, nutricionista e educador físico). Cada eSF das duas unidades possui em seus territórios de abrangência entre 3.000 a 4.000 pessoas adcritas, cerca de 600 a 1000 famílias e uma população de 100 a 150 crianças menores de seis anos (SEMSA, 2017).

Ambas contam com uma estrutura física de aproximadamente 800m<sup>2</sup> de área construída, com uma recepção, sala de arquivos, sala de diretoria e secretaria, consultórios de enfermagem e médico para cada eSF, consultório de assistência farmacêutica, consultórios odontológicos, sala para atendimento ginecológico, sala para agendamento do Sistema Nacional de Regulação (SISREG), sala para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate à Endemia (ACE), sala para exames de eletrocardiograma e ultrassonografia, sala para coleta de exames laboratoriais, sala de curativo, sala de observação, sala de esterilização, sala de procedimentos (nebulização e teste do pezinho), sala de vacinação, sala

de estudo, espaço saúde, farmácia, almoxarifado, copa, banheiros para servidores, usuários e para pessoas com deficiência (SEMSA, 2017).

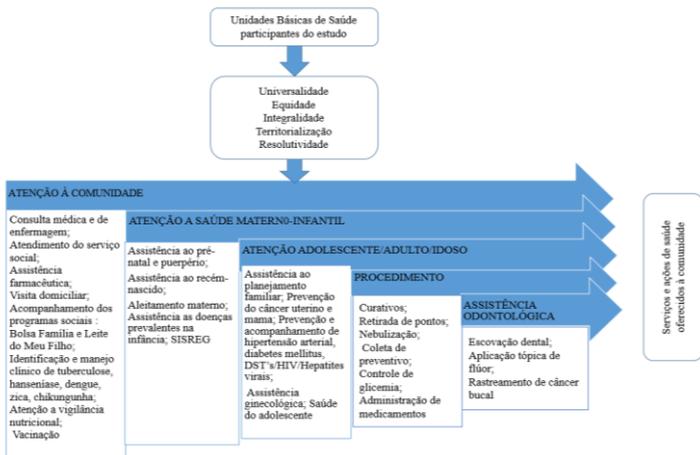
Destaca-se a realização de projetos na UBS **Integralidade**, tais como: “Vida ativa com idosos”, “Roda de conversa com as gestantes”, “Nas ondas da prevenção” e outros, de apoio social, direcionados para populações indígenas. A unidade também contribui na formação acadêmica e multiprofissional, recebendo alunos de nível médio e superior de graduação e pós-graduação dos cursos de farmácia, enfermagem e medicina de várias instituições de ensino (SEMSA, 2017).

As unidades **Territorialização e Resolutividade** fazem parte do DISA Oeste, localizadas na Zona Oeste de Manaus, com três eSF inseridas em cada unidade. No território de abrangência das eSF, há uma população adscrita de 3.000 a 4.500 pessoas, sendo de 100 a 250 crianças menores de cinco anos e cerca de 700 a 1000 famílias cadastradas (SEMSA, 2012).

A estrutura física de cada unidade possui aproximadamente 500m<sup>2</sup> em sua área de construção, contendo espaços como: recepção, sala de arquivos, sala de diretoria e secretaria, consultórios de enfermagem e médico para cada equipe de ESF, consultórios odontológicos, sala de serviço social, sala para agendamento do SISREG, salas para ACS e ACE, sala para coleta de exames laboratoriais, sala de curativo, sala de observação, sala de esterilização, sala de procedimentos (nebulização e teste do pezinho), sala de vacinação, farmácia, almoxarifado, copa e banheiros para servidores e usuários (SEMSA, 2012).

Quanto aos serviços e ações disponibilizados nas unidades de saúde participantes, apresenta-se na **Figura 7** a descrição conforme os grupos populacionais de atenção à saúde.

**Figura 7** - Serviços e ações disponibilizados nas Unidades Básicas de Saúde participantes do estudo.



Fonte: SEMSA (2016), adaptada pela autora.

#### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos participantes do estudo foram 16 enfermeiros integrantes das eSF das cinco UBS elencadas para o estudo (cinco da UBS **Universalidade**, três da **Territorialização**, três da **Equidade**, dois da **Resolutividade** e três da **Integralidade**). Foram incluídos aqueles enfermeiros com no mínimo um ano de atuação na ESF no período da investigação e os que tiveram disponibilidade em participar dos “Círculos de Cultura”. Foram excluídos dois profissionais por estarem em licença médica no momento dos encontros. Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, seus nomes foram substituídos pelas terminologias existentes na obra de Paulo Freire “*A pedagogia do Oprimido*”.

Ressalta-se a delimitação das práticas dos enfermeiros com enfoque na atenção à saúde de crianças no período da primeira infância, por ser considerada prioritária na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e Lei do Marco Legal da Primeira Infância.

## 4.4 INVESTIGAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

### 4.4.1 Inserção no campo e aproximação com os participantes do estudo

A investigação foi realizada em dois momentos distintos: o primeiro se deu a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (CEP-UEA) e autorização do estudo pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, ocorridos no mês de julho de 2017. Após a autorização da pesquisa, foi feita uma visita em cada Distrito de Saúde, previamente agendada pelo telefone, com o intuito de apresentar-me como aluna de doutorado, pesquisadora e docente da UEA; conhecer a coordenação distrital de saúde; identificar as UBS com três a cinco eSF inseridas; apresentar o objetivo, estratégia metodológica e contribuições do estudo.

Na sequência, foi realizada visita em cada UBS participante do estudo, (previamente agendado por telefone) como forma de aproximação com o campo, apresentação da pesquisadora, proposta da pesquisa, conhecimento da direção das unidades e dos participantes do estudo. Nesta visita já era feito o agendamento dos primeiros Círculos de Cultura.

O segundo momento consistiu na realização dos Círculos de Cultura, os quais eram acordados previamente, de acordo com a disponibilidade do grupo de enfermeiros participantes de cada unidade de saúde. Para o registro das observações e informações foi utilizado um **diário de campo** e também um **gravador de áudio** como auxílio para a captação das falas e temas geradores. Além disso, utilizou-se como ferramentas de apoio um **notebook**, **datashow**, **papel pardo** e **pincel de várias cores**.

### 4.4.2 O Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: inaugurando os “Círculos de Cultura”

#### 4.4.2.1 Os Círculos de Cultura

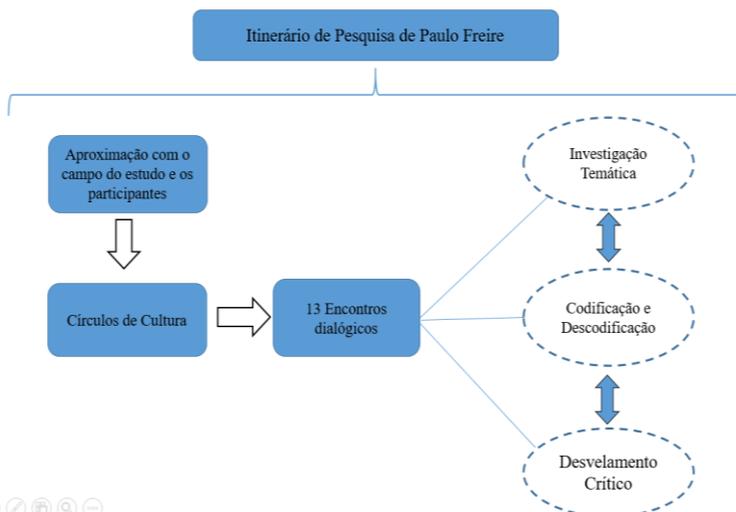
Os Círculos de Cultura aconteceram entre os meses de setembro de 2017 a janeiro de 2018. Foram realizados 13 Círculos Cultura, três em cada UBS, com exceção da **Resolutividade**, onde foi possível fazer apenas um encontro, devido à indisponibilidade dos enfermeiros em participar das outras etapas do Itinerário.

Os encontros contaram com a participação de dois a cinco enfermeiros, a pesquisadora, a qual exerceu o papel de facilitadora e um auxiliar de pesquisa, que colaborou com as anotações de observações importantes e organização dos materiais de apoio utilizado nos encontros.

Os encontros dialógicos eram realizados nas unidades de saúde, nos locais destinados às reuniões da equipe denominados de “espaço saúde”. Neste espaço foi possível manter a disposição dos participantes em forma de círculo, tal como proposto no Itinário de Pesquisa freireano. Cada Círculo teve duração de uma hora e meia a três horas e um intervalo de aproximadamente 15 dias entre um encontro e outro.

Costumeiramente, os encontros eram realizados no período da tarde e, quase sempre, nas sextas-feiras, quando os enfermeiros conseguiam ter um tempo para organizar a produção de trabalho da semana. E, favoravelmente, este período foi cedido exclusivamente para a realização dos Círculos de Cultura. Apresenta-se abaixo um diagrama (Figura 8), com a ilustração dos momentos da investigação e a estratégia metodológica adotada no estudo.

**Figura 8** - Diagrama dos momentos da investigação e a estratégia metodológica do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.



Fonte: Próprio da autora (2018).

Cabe ressaltar que a proposta do Círculo de Cultura não é simplesmente uma intervenção pedagógica entre a pesquisadora e os participantes. Não se trata de depositar um conjunto de ideias e informações nas pessoas e sim de uma relação dialógica, horizontalizada e problematizadora, em que todos possam se envolver e se pronunciar como sujeitos ativos no processo (FREIRE, 2018).

#### 4.4.2.2 Investigação temática

Nesta primeira etapa do Círculo de Cultura foram realizados cinco encontros, sendo um em cada UBS, em horários e momentos diferentes. Antes de iniciar o diálogo com os participantes, foi disponibilizado um momento para apresentação de todos e o esclarecimento detalhado da proposta de pesquisa pela pesquisadora. Nesta ocasião, foi proposta a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE-A) e preenchimento da ficha de identificação dos participantes do estudo (APÊNDICE-B).

Para direcionar a discussão nestes primeiros encontros da investigação temática, as reflexões partiram dos seguintes temas guias:

- Quem realiza, onde e como são desenvolvidas as práticas de atenção à saúde da criança?
- O que entendem e compreendem quanto ao conceito de promoção da saúde?
- Qual a diferença de prevenção e promoção da saúde?
- O que entendem quanto à qualidade de vida das crianças/famílias?
- Quais os limites, dificuldades e potencialidades encontradas no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da criança?
- O que entendem e compreendem quanto ao conceito de *empowerment*?

Ressalta-se que os temas guias não foram considerados nestes primeiros encontros como questões concluídas, ou seja, foi explicitado aos participantes a possibilidade de discussão de novas questões quanto às práticas de atenção à saúde da criança e de promoção à saúde.

E a partir da discussão e reflexão quanto aos temas guias disparados no grupo, os “temas geradores” ou “universo vocabular” foram emergindo durante os encontros.

Após cada Círculo de Cultura desta primeira etapa, foi feita a leitura das notas no diário de campo, escuta e transcrição na íntegra dos diálogos audiogravados, para que fosse possível prosseguir com os próximos encontros da etapa do Itinerário, a codificação e decodificação. Além disso, realizavam-se reuniões com a orientadora do estudo como suporte na análise e interpretação dos dados investigados.

Nesta primeira etapa emergiram 20 temas geradores, os quais foram levados para a discussão na próxima etapa do Itinerário (APÊNDICE-C).

#### 4.4.2.3 Codificação e Decodificação dos temas geradores

Nos encontros subsequentes, que corresponderam a segunda etapa do Itinerário de pesquisa, foram realizados quatro Círculos de Cultura, um em cada UBS. Embora os enfermeiros atuantes na UBS **Resolutividade** não tenham participado desta etapa, todos os temas geradores foram mantidos, por terem similaridade com os temas emergidos nos grupos de participantes das demais unidades.

Foram apresentados aos grupos os 20 temas geradores, por meio de projeção de slides, de modo que todos pudessem visualizá-los. Na medida em que os temas foram sendo debatidos, os enfermeiros levavam para a discussão aqueles que consideravam de maior interesse, sendo confrontados com a realidade das práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança. Assim, foram escolhidos pelos participantes dez temas geradores para a codificação.

Os enfermeiros, ao codificar os temas, ou seja, conhecê-los, contemplá-los e vislumbrá-los, percebiam algo que até então estava oculto, abstrato, advindo de uma realidade existencial.

Para a decodificação dos temas, já conhecidos pelos participantes, foi disponibilizado papel pardo e pincéis, de modo que cada participante pudesse expressar sua compreensão sobre os mesmos. Ao buscar a compreensão dos temas geradores, os enfermeiros se deparam com as “situações-limite” ou seja, os problemas. E conforme esses problemas iam sendo significados e contextualizados por meio do diálogo, o que estava oculto ia sendo substituído por uma visão crítica e reflexiva.

Assim, o processo de ação-reflexão se deu a partir da perspectiva de como os participantes percebiam suas práticas, colocando-se do lado de fora das mesmas, fazendo uma cisão da totalidade em um movimento de ir e vir. Ao retornar dessa abstração, os participantes iam sendo

estimulados e desafiados pela pesquisadora a expor suas opiniões e pensamentos quanto aos temas codificados, buscando respostas sobre a existência dos problemas identificados.

Após cada Círculo de Cultura desta segunda etapa, fazia-se a revisão das anotações no diário de campo, transcrição cuidadosa das gravações de áudio, organização e armazenamento das informações por meio de um editor de texto do programa Word for Windows (arquivadas separadamente por Unidade Básica de Saúde).

Deste modo, os temas geradores foram sendo codificados e decodificados. Não se tratava de temas acabados, prontos, havendo a possibilidade de surgir novos temas durante as discussões dos próximos encontros.

#### 4.4.2.4 Desvelamento Crítico

Nesta terceira e última etapa, também foram realizados quatro Círculos de Cultura. Os temas codificados e decodificados foram reapresentados aos participantes em um quadro síntese, reproduzido pela pesquisadora. Assim, este quadro foi ilustrado ao grupo com o auxílio do notebook e um datashow, para facilitar a visualização de todos.

Estes encontros foram os mais duradouros, chegando a três horas de debates conduzidos por tensões, emoções, angústias e momentos de silêncio. Os pronunciamentos dos enfermeiros exprimiam sentimentos de impotência diante das situações-limite desveladas, as quais ainda não se conhecia, ou simplesmente não eram levadas à reflexão.

No desvelamento crítico, intensifiquei ainda mais o papel como facilitadora, de estimular e encorajar os enfermeiros a desafiarem sua realidade, a se tornarem emancipados, livres para tomarem decisões mediante suas práticas. Passei a questioná-los: o que poderiam fazer para mudar a realidade desvelada? Ao passo que os enfermeiros iam tomando consciência dos problemas existentes (situações-limite), iam tendo a possibilidade de se empoderarem e terem mais autonomia, fortalecendo-se uns aos outros.

Finalmente, todas as recomendações e possibilidades de intervenções, ou seja, os “atos-limite” dos enfermeiros para cada tema gerador codificado e decodificado, foram registradas pela pesquisadora nos quadros síntese.

As informações dos últimos encontros também foram transcritas e organizadas com o auxílio de um editor de texto do programa Word for Windows, arquivadas separadamente por Unidade Básica de Saúde.

Diferente de outros métodos investigativos, para a realização das três etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, é necessário que a coleta e análise sejam feitas de forma simultânea e interdependente.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Com o parecer favorável das anuências da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e gestão distrital, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas em abril de 2017, considerando os critérios éticos e as recomendações da Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e Código de Ética da Enfermagem por meio da Resolução COFEN 311/2007. Foi aprovado no parecer consubstanciado no Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de Nº 68563717.7.0000.5016 (ANEXO-A). Deste modo, a investigação iniciou-se somente após a aprovação do CEP e autorização da pesquisa pela Secretaria Municipal de Saúde da Manaus (ANEXO-B).

Ressalta-se que no TCLE (APÊNDICE-A), além de informações quanto aos objetivos e estratégia metodológica utilizada, havia informações sobre: os possíveis riscos de constrangimento ou desconforto na participação das atividades; prejuízos ou benefícios na participação; liberdade de se retirar do estudo a qualquer momento; sigilo e respeito quanto à publicação dos dados. As anotações e gravações foram utilizadas para fins de análise e pesquisa, sendo informado aos participantes sobre quaisquer esclarecimentos adicionais que houvessem.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentam-se os resultados e discussão deste estudo no formato de três artigos, de acordo com a Instrução Normativa 01/PEN/2016, sancionada em 17 de agosto de 2016 pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), a qual dispõe sobre a apresentação de trabalhos de conclusão de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O Manuscrito I “Contribuições das práticas de promoção da saúde da criança para o *empowerment* dos profissionais e das famílias”, que teve a finalidade de realizar um levantamento em publicações científicas quanto às discussões das práticas de promoção da saúde da criança e o empoderamento, de modo a permitir maior aproximação com a temática e o conhecimento de suas principais ideias conceituais.

O Manuscrito II “Promoção da saúde da criança: situações-limite às práticas dos enfermeiros e o *empowerment*” traz um enfoque das situações-limite vivenciadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de rede de saúde de Manaus-Amazonas, com implicações ao processo de trabalho no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da criança. O estudo se apoia na estratégia metodológica do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, como um fio condutor para o diálogo e reflexão entre os participantes.

O Manuscrito III “Vulnerabilidade e a promoção da saúde da criança: desafios às práticas dos enfermeiros” traz um estudo quanto às dimensões programática e social da vulnerabilidade, fazendo uma interface com a promoção da saúde da criança, como desafios às práticas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família da rede de saúde de Manaus-Amazonas. Este estudo também foi articulado com a proposta metodológica do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.

## 5.1 MANUSCRITO I - CONTRIBUIÇÕES DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA PARA O *EMPOWERMENT* DOS PROFISSIONAIS E DAS FAMÍLIAS

*CONTRIBUTIONS OF CHILD HEALTH PROMOTION PRACTICES FOR THE EMPOWERMENT OF PROFESSIONALS AND FAMILIES*

*CONTRIBUCIONES DE LAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO PARA EL EMPOWERMENT DE LOS PROFESIONALES Y DE LAS FAMILIAS*

### RESUMO

**Objetivo:** identificar as contribuições das práticas de promoção da saúde da criança para o *empowerment* dos profissionais de saúde e das famílias, a partir de uma perspectiva crítico-social. **Método:** Estudo de Revisão Integrativa, realizado nas bases de dados Medline, Lilacs, BDenf, Scopus e Cinahl. Utilizaram-se como critérios de inclusão: artigos completos de pesquisa, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês, no período entre 2001 a 2016, tendo como critério de busca os descritores: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Atenção Básica, Saúde da Criança e o termo chave: *empowerment*. **Resultados:** Foram selecionados 11 artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. As contribuições identificadas foram oriundas de estratégias de ações quanto à avaliação de orientações familiares e comunitárias, educação em saúde e visitas domiciliares. As contribuições compreenderam: capacidade de interação entre profissionais, familiares e comunidade, estabelecimentos de relações horizontalizadas, reforço da autonomia, tanto dos profissionais quanto dos familiares/comunidades, por meio do conhecimento e reflexões de realidade vivenciada e tomada de decisão. **Conclusão:** as contribuições identificadas tenderam ao *empowerment* individual, possibilitando tanto o *empowerment* dos profissionais enquanto agentes de transformação social e facilitadores ao *empowerment* das famílias para o maior controle e cuidado de seus filhos.

**Descritores:** Enfermagem. Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica. Saúde da Criança. *Empowerment*.

## ABSTRACT

**Objective:** to identify the contributions of the practices of health promotion of the child to the empowerment of health professionals and families, from a critical-social perspective. **Method:** Integrative Review Study, conducted in the Medline, Lilacs, BDenf, Scopus and Cinahl databases. The following inclusion criteria were used: complete research articles, published in the Portuguese, Spanish and English languages, between 2001 and 2016, using as search criteria the descriptors: Nursing, Primary Health Care, Primary Care, Child Health and the key term: empowerment. **Results:** We selected 11 articles according to the inclusion and exclusion criteria. The contributions identified came from action strategies regarding the evaluation of family and community guidelines, health education and home visits. The contributions included: capacity of interaction between professionals, family and community, establishments of horizontal relationships, reinforcement of the autonomy of both professionals and family / communities, through knowledge and reflections of lived reality and decision making. **Conclusion:** the contributions identified tended to the individual empowerment, enabling both the empowerment of professionals as agents of social transformation and facilitators to the empowerment of families for greater control and care of their children.

**Keywords:** Nursing. Primary Health Care. Basic Attention. Child Health. Empowerment

## RESUMEN

**Objetivo:** identificar las contribuciones de las prácticas de promoción de la salud del niño para el empoderamiento de los profesionales de salud y de las familias, desde una perspectiva crítico-social. **Método:** Estudio de Revisión Integrativa, realizado en las bases de datos Medline, Lilacs, BDenf, Scopus y Cinahl. Fueron utilizado como criterios de inclusión: artículos de investigación completos, publicados en portugués, español e Inglés, en el período de 2001 a 2016, con los criterios de búsqueda descriptores: enfermería, atención primaria de salud, atención primaria, Salud Infantil y el término clave: *empowerment*. **Resultados:** Se seleccionaron 11 artículos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Las contribuciones identificadas fueron oriundas de estrategias de acciones en cuanto a la

evaluación de orientaciones familiares y comunitarias, educación en salud y visitas domiciliarias. Las contribuciones comprendidas: capacidad de interacción entre profesionales, familiares y comunidad, establecimientos de relaciones horizontalizadas, refuerzo de la autonomía, tanto de los profesionales y de los familiares / comunidades, por medio del conocimiento y reflexiones de realidad vivenciada y tomada de decisión. **Conclusión:** las contribuciones identificadas tendieron al *empowerment* individual, posibilitando tanto el *empowerment* de los profesionales como agente de transformación social y facilitadores al *empowerment* de las familias para el mayor control y cuidado de sus hijos.

**Descriptores:** Enfermería. Atención Primaria a la Salud. Atención Básica. Salud del Niño. La potenciación.

## INTRODUÇÃO

A 1ª Conferência Mundial de Promoção da Saúde teve como legado a “Carta de Ottawa” (1986), documento que traz um conceito inovador à Promoção da Saúde (PS), caracterizado como um processo pelo qual indivíduos e comunidade adquirem capacidade de terem maior controle sobre sua própria saúde. Entretanto, a PS abrange o incremento de recursos que ultrapassam o setor saúde, com enfoque nos campos estratégicos de atuação: políticas públicas saudáveis; criação de ambientes sustentáveis; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (WHO, 1986; BUSS, 2012).

Neste contexto, o “*empowerment*”, ou empoderamento, foi incorporado na Carta da Ottawa como um elemento estratégico e facilitador da promoção da saúde, apreendido como um processo pelo qual as pessoas ou grupos se capacitam e passam a obter competências e habilidades. Neste processo, as pessoas renunciam ao estado de dependência ou de impotência, tornando-se sujeitos ativos de ação em prol da transformação do seu cotidiano (HERRIGER, 2006; BAQUERO, 2012; TENGLAND, 2012).

A palavra “*empowerment*” tem origem inglesa e é utilizada desde o século XX, com suas raízes dos movimentos sociais de organizações não governamentais nas lutas pelos direitos humanos civis, culturais, políticos e econômicos. O termo é bastante utilizado na literatura nas línguas portuguesa e espanhola: “empoderamento”, “apoderamento”,

“*emancipación*”, “*fortalecimiento*”. Portanto, tratando-se de uma categoria que é apreendida por diferentes conotações e dimensões, exprimindo um certo grau de complexidade, optou-se para usar neste estudo a palavra “*empowerment*” (ROSO; ROMANINI, 2014; TENGLAND, 2012).

Dentro da perspectiva crítico-social, Carvalho e Gastaldo (2008) e Severo (2012) discutem o *empowerment* em duas dimensões: a individual ou psicológica, remetendo-se a um caráter individualista, ou seja; o indivíduo fortalecido, capacitado na autoestima e autoajuda em sua micropolítica, sem levar em consideração os fatores sociais e estruturais. A outra dimensão é dada ao *empowerment comunitário*, processo pelo qual indivíduos ou coletividade, por meio de interações participativas, desenvolvem ações para atingir seus objetivos, a partir de um pensamento crítico-reflexivo, que impulsiona a ação política e social.

O educador Paulo Freire aproxima sua ideia à categoria de *empowerment* comunitário, quando traz a noção de educação libertadora, em que é dada a voz ao indivíduo e a grupos sociais oprimidos, os quais conseguem romper barreiras que limitem na busca de direitos (FREIRE, 2013).

Uma outra perspectiva discutida sobre o *empowerment* é a pós-estruturalista, que emerge a partir das relações de poder e subjetividade em que, de acordo com as diferentes abordagens de Michael Foucault sobre o poder, remete-se ao poder disciplinar. Nesta perspectiva, o poder emana como estratégias e mecanismos usados para governar indivíduos e o social, gerando formas de docilização e resistência. Neste sentido, na promoção da saúde, o corpo é o objeto de saber, constituindo-se a partir do encontro do indivíduo e o coletivo (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

As “práticas de promoção da saúde” ou “promotoras de saúde” integram um conjunto de atividades que são capazes de interferir nas atitudes e decisões das pessoas ou comunidades sobre seus determinantes sociais de saúde. Assim, as práticas de saúde consistem em ações multidisciplinares; palestras e orientações individuais; ações intersetoriais; educação em saúde com grupos comunitários; parcerias com escolas, rede de apoio social e organizações não governamentais (HEIDEMANN et al., 2018).

No que concerne à criança, as práticas de saúde no território nacional são orientadas pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída em 2015 e implantada em 2018).

A PNAISC é estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos a partir dos determinantes sociais e condicionantes, visando garantir o direito à vida e o cuidado integral da saúde, para o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades. Deste modo, os profissionais de saúde, principalmente aqueles que atuam na Atenção Primária à Saúde, devem assumir o compromisso de fomentar a autonomia do cuidado e a corresponsabilização dos familiares das crianças (BRASIL, 2018).

Nesta perspectiva, acredita-se que o conhecimento das contribuições das práticas de promoção para o *empowerment* individual e comunitário possa trazer reflexões para os profissionais de saúde, quanto às possibilidades de intervenções de cuidado à criança e suas famílias. Além disso, pode tornar-se um agente apoiador das famílias ao alcance do *empowerment*, com vistas à participação ativa no processo de cuidar de seus filhos, em busca de melhor qualidade de vida e equidade social.

Deste modo, emerge a seguinte questão norteadora: qual a contribuição das práticas de promoção da saúde da criança para o *empowerment* individual e comunitário, com base nas publicações científicas dos últimos 10 anos?

Tendo este estudo o objetivo de identificar as contribuições das práticas de promoção da saúde da criança para o *empowerment* dos profissionais de saúde e das famílias, a partir de uma perspectiva crítico-social.

## MÉTODODO

Estudo de Revisão Integrativa de Literatura, a qual tem a finalidade de reunir e sintetizar conteúdos de produções científicas acerca de um determinado tema. Além disso, possibilita a problematização e reflexão dos resultados encontrados (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; POLIT; BECK, 2016).

Para o procedimento do estudo, utilizaram-se as seguintes etapas: estabelecimento de hipótese ou questão de pesquisa; busca na literatura de acordo com o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão (seleção da amostra), categorização dos estudos por extração das informações, organização, sumarização e formação do banco de dados; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e discussões e, por fim, a síntese do conhecimento obtido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A estratégia de busca foi feita nas bases de dados: MEDLINE/PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System online*), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDNF, CINAHL (*Cumulative Index, to Nursing and Allied Health Literature*) e SCOPUS (Base de dados do editor Elsevier), publicados no período entre 2001 a 2016, período de tempo que abrange as discussões sobre a temática promoção da saúde e o *empowerment*.

Foram utilizados para compor a sintaxe de busca avançada os seguintes DeCS/MeSH/palavras chave presentes no título ou resumo e respectivos booleanos: (“Enfermagem em Saúde Pública” OR enfermagem OR “Enfermagem de Atenção Primária” OR nurses OR “primary nursing” OR “primary care nursing” OR “Enfermería Primaria” OR “Enfermería de Atención Primaria”) AND (“Atenção Primária à Saúde” OR “Atenção Primária” OR “Estratégia Saúde da Família” OR “Programa Saúde da Família” OR “Primary health care” OR “primary health” OR “Atención Primaria de Salud” OR “Atención Primaria”) AND (“Saúde da Criança” OR “Saúde Infantil” OR Child OR “Child health” OR Infant OR “Salud del Niño”) AND (*empowerment* OR empoderamento).

Optou-se pela palavra *empowerment* ao invés de poder/power, como indexada do DeCS/MeSH, por se tratar de conceitos diferentes daqueles atribuídos à palavra. Portanto, considerou-se o uso do *empowerment* como um termo chave, livre, e não um descritor (SOUZA et al., 2014).

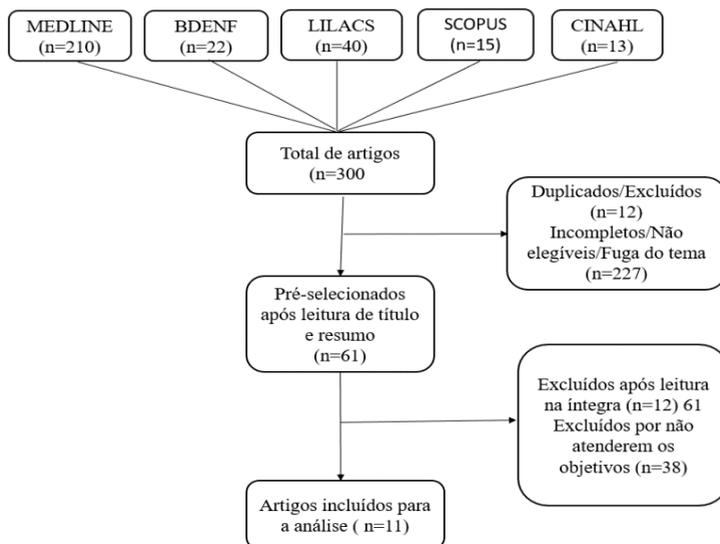
Quanto ao termo criança, optou pelo período da primeira infância, idade que compreende de zero a seis anos, considerada grupo prioritário pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e o Marco Legal da Primeira Infância, aprovado na Lei de Nº 13. 257 de março de 2016 (BRASIL, 2016; 2018).

Os critérios de inclusão foram publicações completas nos idiomas português, inglês e espanhol, no período de 2001 a 2016, disponíveis nas bases de dados com assuntos relacionados à temática do estudo em questão. Foram excluídos: teses, dissertações, publicações referentes a resumos de congresso, anais, editoriais, resenhas, comentários e opiniões, revisão de literatura e aqueles que se encontravam em duplicidade. A busca foi realizada em dezembro de 2016.

## RESULTADOS

Foram identificados um total 300 artigos nas bases de dados investigadas. Posteriormente a leitura do título e resumos, obtiveram-se 61 artigos, os quais foram apreciados e lidos na íntegra, resultando em 11 artigos incluídos para a análise. A seleção detalhada foi realizada conforme descrito na Figura 1.

**Figura 1** - Fluxograma de identificação e seleção dos artigos



Fonte: Próprio da autora, 2018.

A distribuição dos 11 artigos nas bases de dados foram: LILACS (04), SCOPUS (02), MEDLINE (04), CINAHL (01) e nenhum na BDENF, com maior concentração de publicação nos últimos cinco anos.

O Quadro 1 mostra a caracterização dos artigos analisados conforme a identificação, título, autores, ano de publicação, periódicos, desenho e local do estudo. Os artigos foram identificados de forma abreviada (Art.), seguida da numeração sequencial.

Quanto ao desenho do estudo, os tipos variaram entre estudos de avaliação, pesquisa-ação, descritiva, exploratória, transversal e de reflexão, de abordagens quantitativas e qualitativas, com predominância de pesquisas de avaliação e localização nacional, como representado no Quadro 1.

**Quadro 1** - Caracterização dos artigos conforme título, autores, ano de publicação, periódico, desenho e local do estudo.

<b>Título</b>	<b>Autores/ Ano Periódico/</b>	<b>Desenho Metodológico</b>	<b>Local do Estudo</b>
Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança (Art. 1)	Daschevi1 et al. (2015) Semina: Ciências Biológicas da Saúde	Avaliação Descritiva Quantitativa	Londrina-PR
Parents and nurses during the immunization of children-where is the power? A conversation analysis (Art. 2)	Plumridge et al. (2008) International journal Family Practice	Qualitativa Aninhada	Nova Zelândia
Parent Mentoring and Child Anticipatory Guidance with Latino and African American Families (Art.3)	Farber (2009) Health & Social Work 2009	Avaliação	Washington
<i>Empowerment</i> das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico reflexiva freireana (Art. 4)	Leite; Cunha; Tavares (2011) Rev Enferm Uerj	Artigo de Reflexão	Rio de Janeiro

<p>Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família (Art.5)</p>	<p>Vasconcelos et al. (2012) Esc. Anna Nery</p>	<p>Pesquisa- Ação</p>	<p>Ceará</p>
<p>Knowledge, Attitude and Practice of Home Management of Childhood Diarrhoea among Caregivers of Under-5 Children with Diarrhoeal Disease in Northwestern Nigeria (Art. 6)</p>	<p>Ogunrinde et al. (2012) Journal of Tropical Pediatrics</p>	<p>Descritiva Transversal</p>	<p>Nigéria</p>
<p>Prenatal parent education for first-time expectant parents: “making it through labor is just the beginning...” (Art. 7)</p>	<p>Ateah (2013) Journal Pediatric Health Care</p>	<p>Avaliação</p>	<p>Canadá</p>
<p>Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança (Art.8)</p>	<p>Araujo et al. (2014) Acta Paul Enfermagem</p>	<p>Avaliação Quantitativa Transversal</p>	<p>Londrina – PR</p>
<p>Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras</p>	<p>Reichert et al. (2015) Revista Eletrônica de Enfermagem</p>	<p>Exploratória Qualitativa</p>	<p>João Pessoa-PR</p>

após capacitação (Art. 9)			
Educação em saúde e empoderamento do usuário da Estratégia Saúde da Família (Art. 10)	Costa et al. (2016) Rev. Enferm UFPE	Qualitativa Exploratória e Descritiva	Uberaba-MG
Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança (Art. 11)	Reichert et al. (2016) Ciência & Saúde Coletiva	Avaliação Quantitativa Transversal	João Pessoa- PB

Fonte: Bases de dados da BVS: LILACS E MEDLINE, CINAHAL e SCOPUS, 2016.

O **Quadro 2** mostra a relação de objetivos dos estudos e as contribuições das práticas de promoção da saúde identificadas em relação ao *empowerment*, dentro da perspectiva crítico social. Os objetivos, na sua maioria, estão voltados para avaliação das ações estratégicas de capacitação das pessoas, tanto dos profissionais como das famílias das crianças, sendo que nem todos fazem menção direta à palavra *empowerment* ou empoderamento, porém, permitem compreender a relação com o processo *empowerment*.

**Quadro 2** - Relação dos objetivos e contribuições das práticas de promoção da saúde da criança ao empowerment dos profissionais e das famílias.

Ident.	Objetivo	Contribuições das práticas de promoção da saúde da criança ao <i>empowerment</i>
Art. 1	Avaliar os princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança em unidades básicas de saúde de Londrina	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexão da necessidade de promover maior estímulo aos usuários quanto à participação em movimentos sociais;</li> <li>- Reconhecimento da falta de interlocução entre os usuários e os profissionais quanto ao enfrentamento de problemas de saúde da criança e planejamento das ações.</li> </ul>
Art. 2	Avaliar situações em evento de imunização de concordância e discordância entre provedor de saúde e cuidador e avaliar estratégias utilizadas para capacitar os pais, obtendo o resultado clínico desejado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecimento de relações que busquem a simetria dos conhecimentos entre profissionais e familiares das crianças.</li> </ul>
Art. 3	Avaliar a intervenção piloto de um projeto de práticas preventivas aos pais e familiares latinos e afro-americanos de bebês	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimento dos pais quanto ao reconhecimento e compreensão das necessidades de cuidado de seus bebês;</li> <li>- Promoção de vínculo e interação entre pais-filhos-familiares, serviço e profissionais de saúde;</li> <li>- Cuidado mais eficaz aos bebês</li> </ul>
Art. 4	Discutir a articulação do método freireano no trabalho de grupo com o processo de <i>empowerment</i> das famílias dessas crianças.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reconhecimento do papel do trabalho em grupo na perspectiva educacional</li> <li>-Superação das formas educacionais tradicionais e prescritivas, vislumbrando um modo alternativo de aproximação, numa relação humanizada, centrada no diálogo e</li> </ul>

		no respeito.
Art. 5	Descrever a vivência das mães sobre cuidados prestados aos seus filhos, bem como a percepção destas em relação à consulta de puericultura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento da autonomia dos familiares quanto aos cuidados de seus filhos;</li> <li>- Aproximação dos profissionais e familiares através da educação em saúde, visitas domiciliares e consulta de enfermagem;</li> <li>- Reconhecimento dos profissionais quanto à valorização da cultura dos familiares de crianças.</li> </ul>
Art. 6	Determinar o grau de capacitação de cuidadores de crianças com doenças diarreicas em um Centro de Saúde Primária (CSP) no noroeste da Nigéria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento do conhecimento e autonomia dos familiares quanto ao manejo domiciliar das doenças diarreicas nas crianças.</li> </ul>
Art. 7	Determinar a percepção dos pais expectantes de primeira vez sobre intervenções de necessidades, fontes preferenciais e modos de educação no pré-natal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecimento das possibilidades de estratégias de <i>empowerment</i>;</li> <li>- Fortalecimento dos pais quanto ao conhecimento e tomada de decisão referente ao reconhecimento de riscos e cuidados de segurança de seus recém-nascidos.</li> </ul>
Art. 8	Identificar a extensão dos atributos da orientação familiar e orientação comunitária na atenção à saúde da criança nos serviços de atenção primária.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecimento da visita domiciliar e orientações como importantes ferramentas para integração serviço/profissionais e familiares, bem como a troca de conhecimentos e identificação das realidades vivenciadas.</li> </ul>
Art. 9	Avaliar a percepção de enfermeiras em relação à sua prática na atenção à saúde da criança após a capacitação em vigilância do	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Novo olhar dos profissionais para atenção à saúde da criança, direcionado para o microsistema familiar e macrosistema cultural;</li> <li>- Reflexões acerca de problemas de saúde, além do foco nas doenças;</li> <li>- Capacitação dos profissionais para</li> </ul>

	desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.	a transformação das práticas e mudanças de atitude
Art. 10	Analisar a percepção de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre a educação em saúde como ferramenta para o empoderamento do usuário dos serviços de saúde.	- Reflexões dos profissionais participantes quanto à necessidade de buscar estratégias de educação em saúde horizontalizadas;
Art. 11	Identificar o princípio de orientação familiar e comunitária nas Unidades de Saúde da Família, referente ao cuidado à saúde de crianças menores de dez anos.	- Conhecimento da realidade social para, juntos, profissionais e familiares traçarem estratégias de enfrentamento dos problemas, visando o bem-estar e a saúde.

Fonte: Bases de dados da BVS: LILACS; MEDLINE; CINAHAL; SCOPUS (2016)

Os artigos Art.1, Art.8 e Art.11 utilizaram em seus estudos um instrumento denominado *Primary Care Assessment Tool-Brasil* (PCATool) versão para criança, usado com a finalidade de mensurar a efetividade da Atenção Primária à Saúde em relação aos atributos: acesso ao serviço de primeiro contato; continuidade do cuidado; integralidade; coordenação; orientação familiar e comunitária (ARAUJO et al., 2018). Deste modo, os atributos avaliados pelos autores dos referidos artigos foram orientação familiar e comunitária.

O PCATool possui escores específicos de avaliação, em que o valor encontrado acima de 6,6, é considerado satisfatório. O atributo orientação familiar considera a família como o centro da atenção e os problemas de saúde que existem em torno dela. O atributo orientação comunitária abrange questões inerentes à coletividade (ARAUJO et al., 2018).

Os três estudos apontam resultados insatisfatórios aos atributos avaliados, com escores que variaram entre 2,0 a 5,0. O item incentivo à participação comunitária em conselhos locais de saúde obteve menor escore, e o maior para foi a visita domiciliar. Os achados revelam que tanto há pouco orientação aos familiares/cuidadores das crianças quanto

à participação comunitária, como também há pouco envolvimento dos profissionais nos movimentos sociais. Os profissionais enfermeiros foram os que mais buscaram conhecer os problemas de saúde por meio de reuniões com os familiares/cuidadores das crianças.

O artigo Art.2 avaliou a interação entre o enfermeiro e os familiares/cuidadores das crianças durante os procedimentos de vacinação, com ênfase nas estratégias utilizadas para capacitar os pais. Concluíram que os pais depositam total confiança nos profissionais na prestação de cuidados, porém, ressaltam que os enfermeiros demonstram ser os detentores dos conhecimentos médicos especializados e os pacientes são especialistas em cuidar de seus filhos.

O estudo Art. 9 avaliou quanto à percepção de enfermeiras em relação às práticas na atenção à saúde da criança, após capacitação em vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, identificando a capacitação dos profissionais para promover mudanças de atitudes no trabalho.

O Art.10 realizou um estudo sobre a percepção dos profissionais quanto às ações de educação em saúde, identificando se as ações tinham maior enfoque na prevenção de doenças e pouco envolvimento dos familiares no contexto das condições de vida. Os profissionais participantes mostraram estabelecimento de relações verticalizadas, empregando o uso de expressão como “transmissão de conhecimentos e repasse de informações”.

Os estudos Art. 3, Art.4, Art.5, Art. 6 e Art. 7 realizaram avaliações quanto às intervenções de educação em saúde e percepções dos familiares/cuidadores quanto às ações. Os autores identificaram que as estratégias de educação em saúde contribuem para o aumento da capacitação dos familiares/cuidadores em relação aos cuidados com seus filhos e a compreensão dos problemas que interferem na saúde das crianças.

No Art.6 foi investigada a capacitação dos familiares quanto aos cuidados com suas crianças, os quais recorriam ao uso de antibióticos e antidiarreicos quando seus filhos eram acometidos com doenças diarreicas. Após a capacitação, mais de 70% deles declararam que se sentiam mais preparados para cuidarem de seus filhos no domicílio com terapia de reidratação oral, enfatizando a importância das ações de educação em saúde.

Os autores do Art. 3, ao avaliarem intervenções de educação em saúde na comunidade local, enfatizando a relação dos problemas de saúde com os fatores sócio econômicos, sociais e hábitos de vida,

relataram a preocupação das famílias com o tempo que dedicavam para estar com seus filhos, brincar e cuidarem de si e das crianças, dificuldades financeiras, escassez de bens materiais, dentre outras condições que denunciavam vulnerabilidade às famílias.

## DISCUSSÃO

Os resultados dos artigos analisados levam a inferir que a maioria das ações de promoção da saúde analisadas nos estudos apontam para o alcance do *empowerment* individual e pouca possibilidade de *empowerment* comunitário, sugerindo a falta de envolvimento dos profissionais e das famílias das crianças em atividades comunitárias que estimulem a participação social (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

Estudos de Souza et al. (2014) assinalam que o *empowerment* é caracterizado como um processo social que fomenta a participação das pessoas e comunidades enquanto sujeitos que controlam suas ações políticas. Neste sentido, ampliam-se as possibilidades de alcance de melhores condições de vida e justiça social na comunidade, sugerindo que, quanto maior o envolvimento social, tanto da parte dos profissionais quanto das famílias, maior será a oportunidade de reforço da ação comunitária como campo estratégico da promoção da saúde.

No entanto, Perkins (2010) ressalta que o processo do *empowerment* individual é necessário para o fortalecimento das pessoas, no sentido de melhorar a autoestima, na superação de suas próprias dificuldades. Porém, destaca que o processo de *empowerment* comunitário é mais profícuo, pela possibilidade de se trabalhar coletivamente em busca de interesses comuns.

A participação comunitária nos processos decisórios e implantação das ações locais de saúde constitui um dos eixos centrais para a promoção da saúde, havendo a necessidade de ações que fortaleçam e estimulem o processo do *empowerment* nas intervenções de saúde dos profissionais (MEDEIROS; BOEHS; HEIDEMANN, 2013).

O *empowerment* individual, por si só, não garante plena transformação social, sendo necessária a superação do meio micro para o macrossocial, tornando-se abrangente ao coletivo, para que seja efetivada a promoção da saúde. Deste modo, o enfermeiro deve incorporar em suas práticas relações motivadoras e interativas, permeadas por espaços de diálogos entre as famílias das crianças, com vistas a inseri-las nos processos de problematização, decisão e intervenção das ações de cuidado (BAQUERO, 2012).

Em relação às práticas de promoção da saúde, alguns estudos identificaram em seus resultados a existência de uma relação em que predominava o domínio do conhecimento do profissional de saúde sobre as famílias das crianças atendidas. Tais relações foram contextualizadas nos estudos como relações verticalizadas e assimétricas. Para Freire, o *empowerment* se constitui a partir de um processo interativo que se dá nas relações entre os indivíduos, e o poder opera nesta relação como um recurso para o *empowerment*. No entanto, deve ser usado com o outro, por meio de uma relação equilibrada, dialógica e emancipatória, sem impor o conhecimento de um ao outro (ROSO; ROMANINI, 2014; FREIRE, 2018).

As ações de educação permanente avaliadas nos estudos analisados foram consideradas pelos autores como positivas ao *empowerment*, identificando-se que, após a realização desta atividade, os profissionais passaram a perceber e compreender fatores relacionados à interação social da criança, importância da participação da família nos cuidados e quanto ao contexto do microsistema familiar até o macrosistema cultural (ARAUJO et al. 2014).

Ressalta-se que, no processo educativo emancipatório ou libertador ocorre a transição de um pensamento ingênuo para uma consciência crítica, advinda de uma ação reflexiva da realidade. De modo que esta educação não se resume a mera capacitação para atuar na melhoria de padrões na prestação de ações de cuidado, devendo se estabelecer da articulação e integração da consciência crítica com a ação, culminando na capacitação real, capaz de desenvolver a intervenção e transformação da realidade refletida entre os educadores e educandos, ou seja, os profissionais e as famílias das crianças (BAQUERO, 2012; ROSO; ROMANINI, 2014; FREIRE, 2018).

Souza, Moreira e Bourguignon (2014) assinalam que o processo de empoderamento, por meio de práticas educativas, deve ser construído a partir de relações solidárias, havendo o respeito mútuo e um pensamento crítico-reflexivo, em que os participantes sejam considerados sujeitos ativos no processo para, então, passarem a ter acesso ao recurso, ou seja, o conhecimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando-se ao objetivo do estudo as práticas de promoção da saúde identificadas nos artigos analisados se referiram às de avaliação de orientações familiares e comunitárias, de educação em saúde e

quanto a percepção dos profissionais e famílias das crianças em relação a essas práticas.

As contribuições das práticas de promoção da saúde foram observadas com tendência ao *empowerment* individual, com possibilidade de alcance por meio de práticas estimuladoras ao fortalecimento dos profissionais, enquanto a capacitação e busca de intervenções para a transformação de suas práticas. Deste modo, sugere-se que o profissional de saúde seja visto como um agente facilitador do processo do *empowerment* das famílias, a partir de relações de cuidado integradoras, que estimulem a participação ativa da família e comunidade nas decisões e escolhas em prol da promoção da saúde e bem-estar de suas crianças.

Os estudos apontaram contribuições para o *empowerment* individual e comunitário: o incentivo à participação comunitária; trabalho em grupo, envolvendo relações simétricas e horizontalizadas; abordagens quanto à compreensão das necessidades das famílias às práticas de promoção da saúde; estímulo do vínculo entre os profissionais e as famílias; aumento do conhecimento e autonomia das famílias quanto à provisão de cuidados aos seus filhos.

Identificou-se também elementos considerados dificultadores do *empowerment* como a falta de interlocução entre os profissionais e usuários, modelo tradicional de práticas voltadas estritamente para a prevenção de agravos e dificuldade de compreensão do significado deste tema por parte dos profissionais de saúde.

Recomenda-se que sejam realizados novos estudos quanto a esta temática, com vista ao reforço das práticas de promoção da saúde na atenção à saúde criança e *empowerment* das famílias para o cuidado e garantia do crescimento e desenvolvimento saudável de seus filhos.

## REFERÊNCIAS

ATEAH, C.A. Prenatal parent education for first-time expectant parents: “making it through labor is just the beginning...” **Journal Pediatric Health Care**, v. 27, n. 2, p. 91-97, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414974>.> Acesso em: 23 jul. 2018.

ARAUJO, J.P. et al. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 5, p. 440-446, Oct. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jun. 2018.

ARAÚJO J.P. et al. Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 3, p. 1366-72, 2018.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS C.M., organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2ª ed. 2º reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 176.

BAQUERO, R.V.A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. **Revista debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173-187, jan.-abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1.130, de 05 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 13.257, de 08 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm)> Acesso em: 23 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>.

COSTA, D. W. et al. Educação em saúde e empoderamento do usuário da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line**. Recife, v. 10,

n. 1, p. 96-102 jan., 2016. Disponível em:  
<<https://www.researchgate.net/publication/312038908>> Acesso em: 23 jun. 2018.

DASCHEVI, J. M. et al. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina-PR, v. 36, n. 1, p. 31-38, 2015.

Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/18032/17288>> Acesso em: 22 jul. 2018.

FARBER, M.L.Z. Farber Parent Mentoring and Child Anticipatory Guidance with Latino and African American Families. **Health & Social Work**, v. 34, n. 3, p. 179-189, 2009. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19728477>> Acesso em: 24 jul. 2018.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. 65<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018. 256p.

HEIDEMANN, I.T.S.B et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00214516, 2018. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000405013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

HERRIGER, N. Grundlagentext *Empowerment*. Düsseldorf/Alemanha: **Sozialnet GMBH**, julho 2006. Disponível em:

<<http://www.empowerment.de/grundlagentext.html#oben>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

LEITE, N.S.L; CUNHA, S. R; TAVARES, M.F.L. *Empowerment* das famílias de crianças dependentes de tecnologia: desafios conceituais e a educação crítico-reflexiva freireana. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 152-6, 2011. Disponível em:

<<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a25.pdf>> Acesso em: 24 jul. 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C C.P.; GALVAO, C.M..Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jul. 2018.

MEDEIROS, E.A.G.; BOEHS, A E.; HEIDEMANN, I. T. S. B. O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira. **Rev Min Enferm.** v. 17, n. 2, p. 462-467, abr/jun, 2013. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/663>. Acesso em: 24 jul. 2018.

OGUNRINDE O. G. et al. Knowledge, Attitude and Practice of Home Management of Childhood Diarrhoea among Caregivers of Under-5 Children with Diarrhoeal Disease in Northwestern Nigeria. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 58, n. 2, p. 143-146, 2014.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem.** 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 658p.

PLUMRIDGE, E; SMITH, F. A.; ROSS, J. Parents and nurses during the immunization of children – where is the power? A conversation analysis. Family Practice: in **International Journal**, 2008.

PERKINS, D. Empowerment. In: COUTO, R. (Ed.). **Purposes of Political and Civic Leadership.** Thousande Oaks, CA: Sage Publications, Inc., 2010, p. 207-219. Disponível em: <[https://my.vanderbilt.edu/perkins/le\\_s/2011/09/25.Empowerment\\_chapter.penultimate\\_draft.doc](https://my.vanderbilt.edu/perkins/le_s/2011/09/25.Empowerment_chapter.penultimate_draft.doc)>. Acesso em: 24 jul. 2018.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n. 1, p. 83-95. 2014.

REICHER, A P.S. Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 954-62. set.-out. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-00954.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00954.pdf)> Acesso em: 24 jul. 2018.

REICHERT, A.P.S. et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jul. 2018.

SOUZA, C G.; MOREIRA, D.; BOURGUIGNON, J.A. Aproximações entre participação e empoderamento em uma perspectiva emancipatória. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 6, n. 11, jul./dez. 2014.

Disponível em:

<<http://www.fecilcam.br/revista/index.php/nupem/article/view/360>> Acesso em: 24 jul. 2018.

SOUZA, J.M. de et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, July 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=en&nrm=iso). <http://dx.doi.org/10.1590/1413>.> Acesso em: 24 jul. 2018.

TENGLAND, P.A. Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies. **Public Health Ethics**, v. 5, i. 2, 1 July 2012, p. 140–153.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa charter for health promotion**. Ottawa: WHO; 1986.

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. 326-331, June 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 24 jul. 2018.

## 5.2 MANUSCRITO II - PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: SITUAÇÕES-LIMITE ÀS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS E O *EMPOWERMENT*

*CHILD HEALTH PROMOTION: LIMITED SITUATIONS TO NURSING PRACTICES AND THE EMPOWERMENT*

*PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO: SITUACIONES-LIMITE A LAS PRÁCTICAS DE LOS ENFERMEROS Y EL EMPOWERMENT*

### RESUMO

**Objetivo:** conhecer as situações-limite enfrentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da criança, na perspectiva do *empowerment* na promoção da saúde. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo participante, apoiada no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, que é desenvolvido por meio de Círculos de Cultura, constituído de três etapas indissociáveis: Investigação Temática, Codificação e Descodificação e Desvelamento Crítico. Foram realizados 13 Círculos de Cultura, no período de julho de 2017 a janeiro de 2018. Participaram 16 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de cinco Unidades Básicas de Saúde no município de Manaus, Amazonas. **Resultado:** Emergiram nos encontros dos Círculos de Cultura 20 temas geradores, dos quais dez foram levados para a discussão, sendo que seis foram considerados pelos participantes como situações-limite a serem enfrentadas no cotidiano de suas práticas, na atenção à saúde da criança: acúmulo de atividades; dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças; trabalho centrado na produtividade; falta de treinamento; limitação de recursos humanos; dificuldade de acolhimento, contextualizadas em torno do processo de trabalho desses profissionais. **Conclusão:** A articulação do Itinerário Freireano com a perspectiva do *empowerment* contribui para fortalecimento dos enfermeiros a partir de diálogos reflexivos quanto à realidade vivenciada, possibilitando a tomada de consciência e ações concretas para a transformação de suas práticas na atenção à saúde da criança.

**Descritores:** Promoção da Saúde. *Empowerment*. Saúde da Criança. Enfermeiros. Atenção Primária a Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** to know the threshold situations faced by nurses in the development of child health care practices, in the perspective of empowerment in health promotion. **Method:** Qualitative, participatory approach research, supported by Paulo Freire's Itinerary of Research, which is developed through Culture Circles, consisting of three inseparable stages: Thematic Research, Codification and Decoding and Critical Unveiling. 13 Culture Circles were carried out from July 2017 to January 2018. Participants were 16 nurses from the Family Health Strategy of five Basic Health Units in the city of Manaus, Amazonas. **Outcome:** Emerging themes of the Culture Circles emerged 20 generating themes, of which ten were brought to the discussion, and six were considered by the participants as limiting situations to be faced in the daily life of their practices, in the attention to the health of the child: accumulation of activities; difficulty in monitoring children; work centered on productivity; lack of training; limitation of human resources; difficulty of being accommodated, contextualized around the work process of these professionals. **Conclusion:** The articulation of the Freirean Itinerary with the perspective of empowerment contributes to the strengthening of nurses based on reflexive dialogues about the reality experienced, making possible the awareness and concrete actions for the transformation of their practices in the health care of the child.

**Keywords:** Health Promotion. Empowerment. Child Health. Nurses. Primary Health Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer las situaciones límite enfrentadas por los enfermeros en el desarrollo de las prácticas de atención a la salud del niño, en la perspectiva del empoderamiento en la promoción de la salud. **Método:** estudio de abordaje cualitativo del tipo investigación participante, apoyado en el Itinerario de Investigación de Paulo Freire, realizado por medio de Círculos de Cultura, consistente en tres etapas: investigación temática, codificación y descodificación y desvelamiento crítico. **Resultados:** Se realizaron 13 Círculos de Cultura, en el período de julio de 2017 a enero de 2018. Participaron 16 enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia de cinco Unidades Básicas de Salud en el municipio de Manaus, Amazonas. Los temas generadores, de los cuales diez fueron

llevados a la discusión, siendo que seis fueron considerados por los participantes como situaciones límite, a ser enfrentadas en el cotidiano de sus prácticas en la atención a la salud del niño: acúmulo de actividades ; dificultad de monitoreo y seguimiento de los niños; trabajo centrado en la productividad; falta de entrenamiento; limitación de recursos humanos; dificultades de acogida, contextualizadas en torno al proceso de trabajo de estos profesionales. **Conclusión:** La articulación del Itinerario Freireano con la perspectiva del empoderamiento contribuye al fortalecimiento de los enfermeros a partir de diálogos reflexivos en cuanto a la realidad vivenciada, posibilitando la tomada de conciencia y acciones concretas para la transformación de sus prácticas en la promoción de la salud.

**Descriptor:** Promoción de la Salud. Empoderamiento. Salud del Niño. Enfermeras. Atención Primaria a la Salud.

## INTRODUÇÃO

A Carta de Ottawa, gerada na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, no Canadá (1986), amplia o conceito de Promoção da Saúde (PS) para além de estilo de vida, integrando às dimensões sociais, ambientais, culturais e políticas. Esta versão da PS traz o enfoque no fortalecimento do indivíduo, família e coletividade, estimulando a capacitação e a participação das pessoas como sujeitos ativos nos seus determinantes sociais de saúde. Contudo, a Carta de Ottawa propõe cinco campos estratégicos de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes saudáveis; reorientação dos serviços de saúde; desenvolvimento de habilidades pessoais; fortalecimento de ações comunitárias (WHO, 1986; HEIDEMANN et al., 2018).

Dentro do enfoque da PS na capacitação das pessoas, emerge o *empowerment* ou empoderamento, considerado um elemento chave para a solidificação da promoção da saúde. Perkins e Zimmerman (1995) definem *empowerment* como um processo que articula forças e competências individuais que são usadas para a obtenção de um comportamento proativo mediante a mudança social. Assim, neste processo o indivíduo adquire maior controle sobre sua vida e passa a ter uma visão crítica sobre o seu entorno.

O *empowerment* se aproxima da ideia de autonomia, referindo-se à capacidade das pessoas ou grupos de tomar decisões, de fazer

escolhas, de agirem quanto a situações em prol de si ou de um coletivo, podendo ser administrado de uma forma negativa ou positiva (Horochovski e Meirelles, 2007).

Outrossim, o *empowerment* se ocupa na literatura de uma forma polissêmica, abrangendo diferentes conotações e sentidos. Deste modo, será discutido neste estudo a partir da perspectiva crítico-social, pensada por Carvalho e Gastaldo (2008), Laverack (2015), Tengland (2012) e Freire (2013), com uma abordagem transformadora e emancipatória, em que se privilegie o exercício do poder com o outro (*power-with*) e não sobre o outro (*power-over*). Portanto, reporta-se ao empoderamento em dois sentidos: o individual ou psicológico, caracterizado pela autoconfiança, independência, autoestima e autoaperfeiçoamento, tornando a pessoa capaz de influenciar seu meio e atuar de maneira mais justa e equilibrada. O outro sentido se refere ao social ou comunitário, em que, na compreensão freireana, se remete a ideia de fortalecimento em caráter coletivo, concebido a partir de um processo de interação política entre os sujeitos na tomada de decisão.

Nesta perspectiva, o *empowerment* na promoção da saúde é pensado como possibilidade de aumentar a capacitação e o fortalecimento do indivíduo em seus diferentes espaços de trabalho e atuação. Deste modo, o profissional enfermeiro, atuante na Atenção Primária a Saúde (APS), mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), possui papel fundamental mediante a consolidação das ações saúde do Sistema Único de Saúde Brasileiro (CAÇADOR et al., 2015; YAKUWA et al., 2016).

Portanto, acredita-se que o enfermeiro seja um componente fundamental para o alcance dos objetivos das estratégias globais de promoção da saúde, em especial na APS, havendo a necessidade de intensificação da sua força de trabalho nas práticas de atenção à saúde de grupos populacionais considerados prioritários pelas agendas governamentais, como a criança nos seus primeiros anos de vida (WHO, 2016).

No tocante à saúde da criança, nos últimos anos, no país, as políticas públicas de saúde da criança têm direcionado suas estratégias de cuidado, priorizando a primeira infância, período que corresponde de zero a seis anos, idade que representa o pleno crescimento e desenvolvimento do ser humano. Destacam-se importantes iniciativas que contribuíram com impactos positivos para a saúde infantil, como a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (2009), a Rede

Nacional Primeira Infância (2010) e a Rede Cegonha (2011) (ARAÚJO et al., 2014; LIMA; BARBALHO, 2015).

Consequentemente, com a finalidade de orientar as ações e serviços na rede de atenção à saúde da criança, foi criada a então Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015, tendo sua última implementação em 2018 (BRASIL, 2015b; 2018).

Como fruto destas iniciativas na saúde da criança, o país tem melhorado indicadores como o aumento da cobertura da Atenção Básica, acesso à vacinação, aumento das consultas de pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, melhor nível de escolaridade materna e diminuição da pobreza por meio dos programas sociais “Bolsa Família” e “Leite do Meu Filho”. Apesar destes avanços, há ainda a necessidade de maior empenho político quanto às ações de saúde, frente as iniquidades sociais e de saúde quanto aos seus determinantes gerais (ARAÚJO et al., 2014; SILVA et al., 2015).

Beck et al. (2016) assinalam que mais de 20% das crianças do mundo inteiro vivem em situação de pobreza, tendendo a aumentar nas últimas décadas. As evidências sugerem que a exposição a essas adversidades pode ocasionar alterações biológicas e psicológicas nas crianças, vindo a corromper o seu crescimento e desenvolvimento. Deste modo, estudos apontam que os profissionais da APS precisam alinhar suas práticas de acordo com as necessidades das famílias e as situações de vulnerabilidade social, para o alcance da saúde e bem-estar (SILVA; VERÍSSIMO; MOZZA, 2015; BECK et al., 2016).

Ainda, em âmbito global, a taxa de mortalidade infantil em menores de cinco anos diminuiu em mais da metade, caindo de 90 para 43 mortes por 1000 nascidos vivos entre os anos de 1990 e 2015. Porém, entre crianças de zero a 28 dias (período neonatal), a redução tem sido mais lenta, representando a maior parcela das mortes infantis, a maioria associada a complicações no pré-parto, parto e nascimento. Esta dramática redução na mortalidade infantil é uma das conquistas mais importantes na história da humanidade, mas, ainda assim, este declínio não alcançou as metas desejáveis dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, principalmente no Sul da Ásia e África Subsariana (ODM, 2015).

No Brasil, entre os anos de 1990 a 2011, a taxa de óbito em menores de cinco anos caiu de 53,7% (1990) para 17,7% (2011); na região Norte, de 52,9 para 23,7%, no estado do Amazonas de 41,4% para 24%, respectivamente. E na capital do estado, Manaus, local deste

estudo, sofreu declínio de 15,8% (2008) para 13,8% (2014) (IPEA, 2014; IBGE, 2017).

Assim, este estudo se atém na seguinte questão norteadora: quais são as situações-limite desveladas nas práticas do enfermeiro na atenção à saúde da criança, a partir da perspectiva do *empowerment* para a promoção da saúde?

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo conhecer as situações-limite enfrentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da criança, na perspectiva do *empowerment* para a promoção da saúde.

## MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa participante, utilizando como aporte metodológico o Itinerário de pesquisa de Paulo Freire, realizado por meio de Círculos de Cultura, compreendendo as seguintes etapas: investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico.

O “Círculo de Cultura” é um termo idealizado por Paulo Freire, compreendido como um espaço dinâmico, em que se estabelece uma relação dialógica entre os participantes, partindo de discussões e reflexões coletivas acerca da realidade vivenciada, em que, ao serem desveladas, vislumbra-se possibilidades de intervenção sobre a mesma (HEIDEMANN et al., 2017; FREIRE, 2018).

A *investigação temática*, primeira fase do itinerário de pesquisa de Freire, remete-se à descoberta dos temas geradores, o universo vocabular, extraído do primeiro encontro do Círculo de Cultura. Na *codificação e descodificação*, segunda fase da proposta metodológica, os participantes, ao buscarem a compreensão dos assuntos que emergem no interior dos Círculos de Cultura (temas geradores), os percebem como uma situação figurada, passando a observá-los com uma visão crítica e social (HEIDEMANN et al., 2017; FREIRE, 2018).

No *desvelamento crítico*, terceira e última fase, com os temas já codificados e descodificados, os participantes tomam consciência da realidade existencial. Assim, buscam as possibilidades de enfrentamento das situações limites, dentro de um processo de ação-reflexão-ação (HEIDEMANN et al., 2017; FREIRE, 2018).

O estudo foi realizado no município de Manaus, estado do Amazonas, localizado no Norte do Brasil, com uma população de

1.842.014 habitantes de acordo com o censo demográfico de 2010 e estimativa de 2.130.264 habitantes no ano de 2017 (IBGE, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município está organizada por Distritos Sanitários de Saúde (DISA), subdivididos em DISA Norte, DISA Sul, DISA Leste, DISA Oeste e o DISA Rural. A RAS de Manaus dispõe de Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde atuam Equipes de Atenção Básica (eAB) e Equipes de Saúde da Família (eSF), Policlínicas (unidades ambulatoriais com serviços especializados), maternidade, dentre outros serviços. Algumas UBSs funcionam apenas com eAB, outras com eAB e eSF, sendo 12 dessas unidades funcionando com três a cinco eSF inseridas (SEMSA, 2017).

Os Círculos de Cultura foram desenvolvidos em cinco UBS, sendo uma no DISA Norte, duas no DISA Leste e duas no DISA Oeste. A escolha das referidas UBSs se deu pelo fato de terem entre três a cinco eSF inseridas em um mesmo espaço físico, característica que possibilitou a realização da investigação por meio dos Círculos de Cultura. Após o contato com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, identificou-se que, das 12 UBS existentes com três a cinco eSF implantadas, somente em cinco delas havia a presença do profissional enfermeiro em todas as equipes. Portanto, estas foram incluídas. As UBSs do DISA Rural não fizeram parte do estudo, por possuírem dinâmicas específicas no atendimento a populações ribeirinhas.

Para garantir o sigilo das UBSs, as mesmas foram identificadas com nomes dos princípios e diretrizes da APS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Territorialização e Resolutividade.

Os participantes do estudo foram 16 enfermeiros atuantes nas eSF, sendo cinco da UBS Universalidade, três da Equidade, três da Integralidade, três da Territorialização e dois da Resolutividade. Foram incluídos aqueles enfermeiros com no mínimo um ano de atuação na ESF e os que tiveram disponibilidade em participar dos Círculos de Cultura. Foram excluídos dois enfermeiros por estarem de licença médica no momento dos encontros, havendo duas recusas. Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, seus nomes foram substituídos pelas terminologias existentes na obra de Paulo Freire “*A pedagogia do Oprimido*” (FREIRE, 2018).

A investigação dos dados ocorreu entre julho de 2017 a fevereiro de 2018, iniciando com o momento de aproximação com o campo do estudo por meio de visitas às unidades e diálogo com os gestores. No segundo momento, houve reunião com os enfermeiros de cada UBS, de modo a promover a aproximação e o vínculo com os participantes,

sendo apresentada a proposta do estudo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE-A). Em um terceiro momento, deu-se seguimento às etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.

O processo da investigação foi realizado pela pesquisadora, com a colaboração de um auxiliar de pesquisa. Realizaram-se 13 Círculos de Cultura, com a participação de dois a quatro enfermeiros por encontro, os quais tiveram duração em média entre uma hora e meia a três horas. Os encontros eram acordados previamente conforme a disponibilidade dos grupos de participantes. Costumeiramente, aconteciam nas sextas-feiras, nos espaços de reuniões, de forma que permitisse o diálogo entre os enfermeiros e pesquisadora, sempre em forma de um círculo, para que todos pudessem olhar um ao outro.

Como auxílio para a investigação, utilizou-se um diário de campo, no qual foram registradas informações importantes para as etapas subsequentes e também um gravador de áudio para facilitar a compreensão das falas na íntegra, um notebook, datashow, papel pardo e canetas de várias cores.

Para nortear as discussões na primeira fase (investigação temática) dos Círculos de Cultura, indagou-se os temas guias: quem, onde e como são desenvolvidas as práticas de atenção à saúde da criança? O que entendem e compreendem quanto ao conceito de promoção da saúde? Quais os limites, dificuldades e facilidades encontradas no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da criança? O que entendem e compreendem quanto ao conceito de *empowerment* (empoderamento)?

Para a realização da segunda fase (codificação e descodificação), o material de investigação foi transcrito integralmente, e com a ajuda das anotações no diário de campo, notebook e o datashow, foram apresentados aos participantes todos os temas geradores que emergiram nos Círculos de Cultura. Os temas retornaram para os Círculos de Cultura, e por meio de debate entre os participantes foi feita a redução dos mesmos, considerados pelos participantes os importantes, para então serem codificados e descodificados. Na terceira etapa (desvelamento crítico), os temas codificados e descodificados a partir das realidades vivenciadas foram desvelados mediante um processo de ação-reflexão-ação, tal como proposto no Itinerário de Pesquisa de Freire, constituindo-se a análise apoiada no referencial do *empowerment* na promoção da saúde.

Ressalta-se que, após cada etapa dos Círculos de Cultura, a pesquisadora se reunia com a orientadora para reflexão do material de

investigação, planejamento e organização dos encontros futuros durante a pesquisa.

A pesquisa foi iniciada somente após autorização pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), sob o parecer de Nº 68563717.7.0000.5016, considerando os critérios éticos e as recomendações da Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

No quadro a seguir, apresenta-se a caracterização dos 16 enfermeiros participantes do estudo para facilitar a identificação dos mesmos.

**Quadro 1** - Caracterização dos participantes de acordo com codinomes, unidades básicas de saúde (codinomes), sexo, idade, tempo de atuação e especialização.

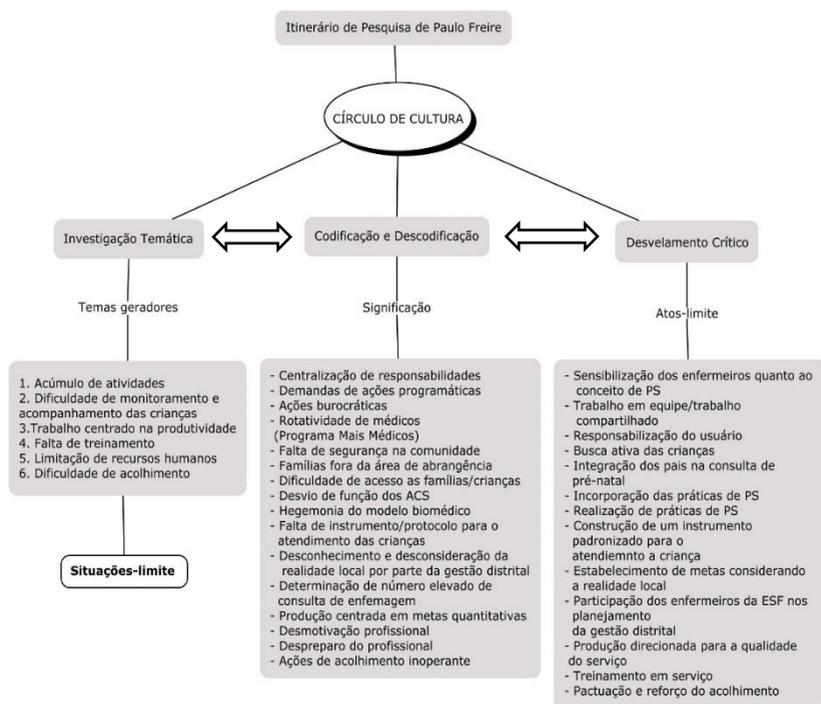
Nº	Participantes/ Codinomes	UBS/ Codinomes	Sexo	Idade	Tempo de atuação na ESF (anos)	Especialização em Saúde da Família
1	Liberdade	Universalidade	F	38	1	Não
2	Diálogo	Universalidade	M	48	15	Não
3	Oprimido	Universalidade	M	35	5	Não
4	Existência	Universalidade	F	40	2	Sim
5	Consciência	Universalidade	F	46	1	Não
6	Realidade	Territorialização	F	32	4	Sim
7	Limite	Territorialização	F	33	4	Não
8	Ação	Territorialização	F	37	1	Não
9	Reflexão	Equidade	F	37	2	Não
10	Transformação	Equidade	M	32	2	Não
11	Educação	Equidade	M	43	2	Não
12	Amor	Resolutividade	F	48	9	Sim
13	Práxis	Resolutividade	F	40	3	Sim
14	Solidariedade	Integralidade	F	38	6	Sim
15	Generosidade	Integralidade	F	39	4	Sim
16	Humanista	Integralidade	F	31	6	Sim

Fonte: Próprio do autor (2018)

## *A investigação temática*

Dos primeiros encontros da investigação temática emergiram 20 temas geradores, sendo reduzidos a dez, considerados os de maior interesse entre os participantes, sendo seis deles vistos como as principais situações-limite: 1. Acúmulo de atividades dos enfermeiros; 2. Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças; 3. Trabalho centrado em produtividade; 4. Falta de treinamento dos enfermeiros; 5. Limitação de recursos humanos; 6. Dificuldade de Acolhimento. A seguir, a Figura 1 demonstra uma representação das três etapas dos Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.

**Figura 1** - Diagrama das etapas do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: Investigação Temáticas, Codificação e Descodificação e Desvelamento Crítico.



Fonte: Próprio da autora (2018).

### *A Codificação e Descodificação dos temas*

Esta etapa constitui-se de quatro Círculos de Cultura, um em cada UBS (Universalidade, Equidade, Integralidade e Territorialização), com exceção da UBS Resolutividade, na qual não foi possível agendar os demais encontros, devido à indisponibilidade dos enfermeiros.

O tema **1. Acúmulo de atividade dos profissionais enfermeiros** e o tema **2. Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças** emergiram da discussão dos temas guias sobre as práticas desenvolvidas na atenção à saúde da criança e quanto ao entendimento e compreensão do conceito de promoção da saúde. O diálogo entre os participantes, nos Círculos de Cultura, propiciou o debate sobre as práticas cotidianas na atenção à saúde da criança desenvolvida pelo enfermeiro e interface com o conceito de promoção da saúde. Ao estimular o encontro entre os enfermeiros, fomentava-se o caminho para a codificação e descodificação dos temas.

Os enfermeiros revelaram que as práticas de atenção à saúde da criança são desenvolvidas tanto por eles quanto pelos médicos, por meio de consultas de puericultura realizadas na UBS, sendo que cada um faz seu atendimento de forma independente. Como estratégia para o acompanhamento das crianças, destacaram a primeira visita do puerpério oportuna para agendar as próximas consultas e, também, aproveitavam o dia de vacinação da criança para realizar o acompanhamento na unidade. Outros conciliavam as consultas de enfermagem de puericultura aos Programas “Leite do meu Filho” e o Bolsa Família”.

Na discussão quanto ao conceito de promoção da saúde, os enfermeiros expressavam dificuldades de entendimento, não fazendo distinção de prevenção de agravos e promoção da saúde:

*“Promoção da saúde é tudo aquilo que visa o bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo. Aqui a gente trabalha muito com isso, na prevenção e no tratamento das doenças transmissíveis ou contagiosas” (Amor).*

*“Acho que é a forma de prevenção, orientações básicas do calendário de vacina, alimentação, aleitamento materno, as coisas principais do crescimento e desenvolvimento da criança” (Consciência).*

*“Acho que uma está relacionado com a outra, quando eu vacino estou fazendo prevenção e quando reúno na igreja com os comunitários, por exemplo, sobre determinado tema, estou fazendo promoção da saúde” (Oprimido).*

Os enfermeiros codificaram e descodificaram o tema **1. Acúmulo de atividades**, reportando-se a diversas situações vivenciadas, as quais consideraram situações-limite a serem enfrentadas, revelando que assumem responsabilidade pela maioria dos programas que integram as ações de Atenção Básica, além de funções administrativas e burocráticas, gerenciamento de conflitos na equipe de saúde e outras atividades comunitárias, como visitas domiciliares e palestras no Programa Saúde na Escola (PSE). Também atribuem a este tema a falta de envolvimento dos profissionais médicos contratados pelo programa governamental “Mais Médicos”, que passam pouco tempo nas UBS, dificultando o vínculo com a equipe e o trabalho na ESF, como mostrado nas falas:

*“Às vezes o problema é da unidade e não da competência exclusiva do enfermeiro, acabamos resolvendo todos os problemas da unidade, os médicos não se envolvem” (Consciência).*

*“ [...] o enfermeiro é cobrado por tudo, gerir recursos humanos e gerenciar todas as atividades da unidade” (Emancipação).*

*“ [...] a responsabilização por tudo é do enfermeiro, o médico vinculado ao programa mais médicos passa pouco tempo na unidade e não cria vínculo com a comunidade” (Diálogo).*

A contextualização das práticas dos enfermeiros foi debatida em torno do processo de trabalho. O diálogo sobre o tema **2. Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças** foi significado na codificação e descodificação mediante a dificuldade de realizar busca ativa das crianças/famílias, problematizando-as em dimensões como: falta de segurança na comunidade; famílias fora da área de abrangência, havendo também aquelas que mudavam de endereço e depois voltavam; difícil acesso à população; inserção de até cinco eSF em uma única UBS; ações de saúde centralizadas e distantes geograficamente dos usuários, bem como o alcance dos profissionais aos usuários, como por

exemplo o ACS, em que muitos não residem em suas micro áreas, necessitando de transporte para chegar até as famílias. A fala a seguir explicita a descodificação do tema 2:

*“Um ponto forte para o acompanhamento das crianças é quando as mães voltam do puerpério e trazem as crianças, mas o que acontece? Como atendemos demanda livre e a UBS abre as portas para outros bairros fora da área de abrangência, faz a consulta de primeira vez, e depois não retornam para a continuidade do acompanhamento da criança, devido à distância. As mães também procuram a unidade porque não conseguem atendimento na unidade próximo ao seu domicílio” (Reflexão).*

Outro significado pronunciado pelos participantes em relação a este tema gerador foi a limitação de recursos humanos. Revelaram nos Círculos de Cultura que a maioria das eSF não conta com o número de ACSs suficiente para assistir as micro áreas do território de abrangência. Além disso, muitos se encontravam com “desvio de função”, assumindo demandas da UBS e não da eSF, sendo que boa parte deles já tinham curso técnico de enfermagem.

Ainda, os enfermeiros apontam baixa adesão das mães à continuidade do acompanhamento das crianças na UBS, uma vez que procuravam a unidade somente em caso de doença, denunciando um modelo de atenção à saúde pautado na doença:

*“[...] as consultas de puericultura, teoricamente, deveriam acontecer assim: os agentes faziam a busca ativa e identificavam as crianças para o acompanhamento, mas na prática isso não acontece, devido a questões administrativas e a falta de recursos humanos” (Educação).*

*“[...] para tratar, a adesão é melhor, e para acompanhar, a resistência é maior, trazem as crianças para a unidade quando estão gripadas, com uma micose, problemas que não conseguem resolver em casa” (Transformação).*

*“ [...] ficamos muito presas na parte assistencial, nossa formação é muito voltada para os cuidados com a pessoa doente (Realidade).*

O tema **3. Trabalho centrado em produtividades**, tema **4. Falta de treinamento e o tema 6. Dificuldade de Acolhimento** emergiram da discussão quanto aos limites, dificuldades e facilidades encontrados no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da criança e ao entendimento e compreensão do conceito de *empowerment* (empoderamento).

O tema gerador trabalho centrado na produtividade, quando codificado e decodificado pelos participantes, mostrou-se encoberto por situações limite significadas por estipulação de metas de indicadores de saúde pactuados, não sendo levado em consideração pela gestão distrital o diagnóstico local da cada eSF. Deste modo, os participantes, ao compartilharem seus pronunciamentos, revelaram dificuldade em atender a demanda de trabalho mediante a determinação pela secretaria de saúde do município de 12 consultas de enfermagem, somadas a outras atividades como as visitas domiciliares, educação em saúde, gerenciais e administrativas. Assim, pairava algumas expressões de desmotivação profissional:

*“Antigamente era muito bom trabalhar na eSF, hoje a filosofia mudou, agora é meta, meta e meta.... [...] e também a comunidade não te abraça mais, a violência adentrou a comunidade” (Oprimido).*

*“Não é viável fazer promoção da saúde [...]o nosso cronograma é muito cheio, não há espaço para ações de promoção da saúde [...] aqui a atenção é voltada para a quantidade e não a qualidade do serviço” (Realidade).*

*“[...] como faço para resolver essa questão? O que eu posso fazer como profissional? Isso é promoção da saúde? Nunca vi um trabalho tão difícil na vida, quanto o na atenção básica” (Reflexão).*

Os enfermeiros declararam despreparo para o atendimento à criança e suas famílias, frente à disponibilidade restrita de treinamentos em serviço direcionados para este público. Manifestaram-se quanto à necessidade de ter como orientação para o cuidado à saúde da criança manuais ou protocolos para nortear as práticas.

Na discussão quanto ao tema gerador **5. Limitação de recursos humanos**, em consenso com todos os participantes, foi reduzido ao tema **2. Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das**

**crianças**, pela aproximação e por estar presente nos pronunciamentos dialógicos na sua codificação e descodificação.

O tema gerador **6. Dificuldade de acolhimento**, por sua vez, foi problematizado por relatos quanto à falta de preparo da equipe em realizá-lo, restringindo-se à mera triagem de pacientes na recepção da UBS. No entanto, em algumas UBS, era realizado de forma planejada e pontual.

Quanto às facilidades percebidas pelos participantes, foi levada à reflexão a infraestrutura e equipamentos considerados suficientes e adequados para a oferta das ações e serviços. Outro fator agregado como contribuinte para o acompanhamento das crianças foi a adesão aos programas do governo “Leite do Meu Filho” e “Bolsa Família”:

*[...] As mães têm uma boa adesão ao atendimento devido aos programas do governo, aquela mãe que não está com o cartão de vacina em dia, perde o benefício e o programa ajuda no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (Oprimido).*

*“Aqui uma coisa que melhorou, foi o programa municipal “Leite do Meu Filho”, só é atendido mediante ao cartão de vacina, e se não estiver em dia, bloqueamos a criança no sistema” (Limite).*

Reportando-se ao conceito de empoderamento, quando disparado como um tema guia para discussão e reflexão aos participantes, chegavam a pronunciar suas ideias de conceitos, porém, em diversos momentos foi observado um vácuo em meio ao coletivo, alguns instantes de silêncio, permanecendo esta temática velada entre os enfermeiros. Sendo assim, para estimular e impulsionar o debate, a pesquisadora pediu que os enfermeiros falassem alguns exemplos de situações vivenciadas que levavam ao empoderamento:

*“Um exemplo são as mães no pré-natal, preparamos para cuidarem de seus filhos, deixamos elas à vontade para perguntar e tirar dúvidas, aquelas que vêm direitinho, tiram muitas dúvidas sobre crendices, como o motivo da fitinha na testa da criança, o pai que chega suado” (Limite).*

*[...] empoderamento das mães no pré-natal é envolver o pai nas consultas, aproveitam a realização do teste rápido e já fazer as*

*orientações do pré-natal, solicitar exames do pai e já fazer uma consulta de enfermagem, muitos deles aderem à assistência ao pré-natal” (Ação).*

### ***Desvelamento Crítico***

Para facilitar a percepção das situações limite desveladas, foi construído junto aos participantes, em papel pardo, um quadro de síntese com todos os temas geradores reduzidos, codificados e descodificados, que posteriormente foi rerepresentado aos participantes.

Os participantes, mediatizados pela realidade de suas práticas, refletida no processo de trabalho, reconheceram a necessidade de aprofundar seus conhecimentos quanto às concepções teóricas da promoção da saúde. Desvelou-se nos Círculos de Cultura a necessidade de integração de suas atividades com a equipe, de modo a compartilhar as demandas de trabalho na UBS e considerar os usuários como sujeitos ativos no processo de saúde e doença, para prover melhor adesão ao acompanhamento das crianças. Para tanto, recomendam a construção de um instrumento padronizado que os auxilie quanto aos registros de acompanhamento às crianças.

Quanto à cobrança de metas quantitativas, sugeriram a necessidade de participação no planejamento de gestão para pactuarem alcance de metas de acordo com a realidade local e com mais ênfase na qualidade do serviço.

Os participantes também referiram a necessidade de maior aproximação dos profissionais responsáveis da área técnica local de saúde da criança para o reconhecimento da realidade local de trabalho dos enfermeiros da eSF, bem como o preparo para as ações de acolhimento nas UBS, as quais, em algumas unidades, não eram pactuadas e realizadas.

## **DISCUSSÃO**

Identificou-se que mais de 50% possui tempo de atuação maior que dois anos na ESF, aspecto positivo quanto à possibilidade de estabelecimento de vínculo com a comunidade e a equipe de saúde. No entanto, o fato de menos da 50% possuir especialização em saúde da família implica em fragilidades no aperfeiçoamento das práticas de saúde, pautadas nos pressupostos teórico-científicos da saúde da família na APS e promoção da saúde. Estudos de Silva, Fraccolli e Chiesa (2011) apontam que a pós-graduação em saúde da família contribui para a

organização e planejamento das ações, compreensão do território de atuação, reconhecimento de riscos, organização de demandas à importância do papel social desses profissionais na consolidação do SUS.

Souza, Mandu e Elias (2013) assinalam que os enfermeiros da eSF, ao assumirem a responsabilidade social no exercício do cuidado e melhoria da qualidade de vida da população, devem ampliar seus conhecimentos em saúde restritos às finalidades preventivas, estendendo-se às necessidades sociais, de saúde e bem-estar. Tal assertiva é verificada neste estudo, quanto à dificuldade de entendimento dos enfermeiros ao conceito de promoção da saúde, demarcado por um discurso preventivo, antagônico a dimensões mais amplas que articulam a saúde com outros setores.

A discussão sobre a promoção da saúde nos Círculos de Cultura entre os participantes gerou reflexões quanto à importância da incorporação de práticas promotoras de saúde em suas ações de atenção à saúde da criança, tais como: terapia comunitária, círculo de cultura, escuta terapêutica, visita domiciliar, educação em saúde (palestras e orientações) e projetos de ação social. Souza et al., (2014) e Heidemann et al., (2018) enfatizam que essas práticas estimulam a participação ativa tanto dos profissionais quanto das famílias envolvidas no processo de cuidado à saúde, oportunizando possibilidade de empoderamento e aumento da capacidade de autonomia dos sujeitos para a transformação de suas realidades.

As práticas promotoras de saúde produzem espaços que aproximam os profissionais enfermeiros às famílias das crianças, ao contexto e o modo de vida que essas famílias se inserem, estabelecendo-se aí um processo interacional, permeado por interações educativas e de experiências. O enfermeiro, ao conhecer o saber das famílias, completa seu saber científico, e vice e versa, assumindo uma prática libertadora e dialógica pensada por Freire (2013), exercendo o familiar/cuidador a capacidade de aumentar sua autonomia para o cuidado à criança no acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, e o profissional, a responsabilidade social que deposita em suas práticas de promoção da saúde (FREIRE, 2013).

É nesta perspectiva que identificamos as potencialidades de *empowerment* no sentido individual, em que os indivíduos se tornam capacitados sobre o controle de sua saúde, melhorando a qualidade e condições de vida. E, no sentido comunitário, no fortalecimento do seu meio social e de ações de impacto coletivo como as práticas promotoras

de saúde, pautadas nas estratégias da Carta de Ottawa, como o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais (CARVALHO; GASTALDO, 2008; TENGLAND, 2012; SOUZA et al., 2014).

As situações limites desveladas nos Círculos de Cultura pelos participantes do estudo se deram a partir de reflexões sobre o processo de trabalho. Estas foram caracterizados com desenvolvimento de práticas com acúmulo de atividades e centralização de responsabilidades, demandadas por atividades principalmente burocráticas e administrativas e as assistências pouco voltadas para ações comunitárias, visitas domiciliares e de educação em saúde.

Estudos de Pires (2011), Caçador et al. (2015), Galavote et al (2016), Reichert et al. (2016) assemelham-se aos achados supracitados, em que as ações dos enfermeiros se concentram amplamente em trabalhos administrativos e burocráticos, distanciando-se das ações assistenciais, adquirindo um perfil mais gerencial e menos cuidador. Sendo assim, reforçam que o gerir não significa ser excluyente de cuidar. Assim, há a necessidade de uma maior integração das atividades entre os enfermeiros e a eSF, em que haja a disposição de tarefas compartilhadas e consensuais, para que o enfermeiro não seja aprisionado de suas competências essenciais de cuidado.

A dificuldade de monitoramento ao acompanhamento das crianças foi problematizada nos Círculos de Cultura pela limitação do número de ACSs em algumas microáreas da área de abrangência das UBSs. Esta dificuldade, revelou a preocupação dos enfermeiros, ao considerarem os ACSs como importantes aliados na busca ativa das crianças/famílias para efetivação da territorialidade e alcance da longitudinalidade do cuidado, princípios do Sistema Único de Saúde, operacionalizado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017).

A nova portaria da PNAB, revisada em 2017, restringe a atuação dos ACSs ao flexibilizar o quantitativo dos mesmos nas eSF, levando a inferir que pode haver ao menos um ACS na eSF. Isto restaura uma necessidade seletiva do número dos mesmos, devido ser atribuída de acordo com critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Além disso, a política atribui a estes profissionais outras funções, as quais adentram a capacidade técnica de outrem na saúde (BRASIL, 2017).

Sugere-se neste estudo que as mudanças implementadas na APS só vêm a confirmar e legitimar o que na prática já acontece no contexto

da eSF. “O desvio de função dos ACS” pronunciado pelos enfermeiros neste estudo remete a preocupação de a maioria já possuir o curso técnico de enfermagem e, conseqüentemente, caírem no abandono de suas atribuições, outrora exclusivamente instituídas pela PNAB.

Esta constatação sugere um descompasso às proposições da PNAB, em considerar a eSF como estratégia prioritária, uma vez que escapa pelas mãos a lógica de atuação do modelo assistencial da Saúde da Família, sem contar com outras penalidades às ações do SUS, como a restrição de financiamentos, que atinge diretamente a estrutura das equipes de saúde.

A inserção de até cinco eSF em uma única UBS, desvelada como uma situação-limite, ora propõe a possibilidade de aumentar a resolutividade e acesso às ações e serviços, oferecendo melhor infraestrutura e ampliação da oferta de serviço à população, ora se distancia geograficamente, em detrimento à segregação de população adscrita no território, comprometendo o acesso dos profissionais às famílias, principalmente daquelas que se encontram com impossibilidade de deslocamento.

O trabalho centrado na produtividade foi outra situação-limite marcante que emergiu do cotidiano dos enfermeiros no interior dos Círculos de Cultura. Identificou-se uma realidade tensionada por sentimento de frustração e desmotivação, pela difícil tarefa de conciliar 12 consultas de enfermagem por turno com as inúmeras atividades que desempenham. Resultados similares a este estudo são conferidos por Oliveira e Pereira (2013), ressaltando que o financiamento das ações de saúde ainda é direcionado a dimensões quantitativas (de acordo com número de consultas e procedimentos), e isto contribui para a força de trabalho em metas quantitativas.

A falta de treinamento em serviço e a pouca ênfase dada pelos participantes quanto ao uso dos protocolos ministeriais, como apoio às práticas na atenção à saúde da criança, sugere despreparo dos profissionais para atuarem no cuidado à criança.

Para que ocorra a melhoria da qualidade do serviço de saúde, Vieira et al. (2012) assinalam que a capacitação teórico-prática é fundamental para a plena inserção dos profissionais no cuidado com a criança. A capacitação dos profissionais pode fomentar a identificação da vulnerabilidade de riscos e o reconhecimento de gravidades, bem como o aconselhamento e preparo das famílias quanto à continuidade da assistência à criança

Refletiu-se nos Círculos de Cultura a necessidade da construção de protocolos específicos e adaptados com a realidade local, como fomento para o atendimento às crianças adscritas na área de atuação dos enfermeiros. Golsäter et al. (2009), Vieira et al. (2012) e Yakuwa et al. (2016) destacam que os protocolos assistenciais são instrumentos essenciais para orientar o trabalho dos enfermeiros no acompanhamento das crianças, porém devem ser utilizados com flexibilidade, considerando as particularidades de cada realidade de cuidado à criança.

Tratando-se da prática do acolhimento nas UBS, de acordo com o Departamento de Atenção Básica, não basta apenas dispor de uma “sala de acolhimento” e restringir a responsabilidade pelo ato de acolher ao trabalhador da recepção (BRASIL, 2013). É necessária uma ampla articulação político-institucional entre todos os profissionais da unidade, demandando preparo e arranjos estratégicos da equipe de saúde e em conformidade com a realidade local. Silva et al. (2015) e Vaz et al. (2015) apontam que o acolhimento contribui para o estabelecimento do vínculo entre as famílias das crianças atendidas e o serviço de saúde, reorganização do processo de trabalho e amplia as possibilidades de tomada de decisões.

A proposta dialógica e reflexiva idealizada por Freire contribuiu para a apreensão das “situações-limite” como dimensões desafiadoras, e não como problemas alheios e insuperáveis. Portanto, Freire, ao se referir ao pensamento do professor Álvaro Vieira Pinto quanto à superação das situações-limite, ao invés de considerá-las como o extremo das possibilidades, as tem como fronteira para o “ser mais”, no enfrentamento dos “atos-limite” (CAÇADOR et al, 2015; FREIRE, 2018).

Retomando-se o *empowerment* como elemento estruturante da promoção da saúde, vislumbram-se caminhos e possibilidades de fortalecimento dos enfermeiros da ESF, como sujeitos mais autônomos, de atitudes políticas e de responsabilidade social para a transformação de suas práticas na atenção à saúde da criança (FREIRE, 2010; FREITAS; FREITAS, 2017; HEIDEMANN, 2017).

Ressalta-se que o termo *empowerment* é bastante empregado na literatura tanto em âmbito nacional como internacional; no entanto, possui diferentes perspectivas teóricas que podem reproduzir abordagens inadequadas na sua utilização.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança, desenvolvidas nas unidades de saúde que fizeram parte desta investigação, são marcadas por “situações-limite” desveladas em torno do processo de trabalho. Destaca-se que o pensar desses profissionais, muitas vezes, apresenta-se como uma alienação, tensionada pela sobrecarga de atividades e centralização de responsabilidades, em detrimento à dificuldade do trabalho em equipe.

Esta realidade impõe a impossibilidade de alcance de metas, estipuladas estritamente em produção de cuidados quantitativos, advinda de uma política organizacional verticalizada e pouco participativa; a qual, na percepção dos enfermeiros, precisa considerar a realidade enfrentada pelos mesmos na Estratégia Saúde da Família.

Ressalta-se ainda que os enfermeiros apontaram dificuldades para o monitoramento e acompanhamento das crianças e suas famílias, remetendo-se à falta de segurança na comunidade, acessibilidade geográfica e limitação de agentes comunitários de saúde. Contudo, reconhecem a importância dos ACSs como elemento chave para a consolidação do vínculo com a comunidade e a longitudinalidade do cuidado à criança e suas famílias.

Como facilidades ou potencialidades, os enfermeiros consideraram a infraestrutura das unidades adequadas para o atendimento, e revelaram experiências positivas quanto ao incentivo e inserção da presença dos pais no pré-natal, com vista no cuidado compartilhado à criança pelos pais após o nascimento.

Os enfermeiros, ao refletirem a realidade de suas práticas e tomarem consciência das mesmas, perceberam que precisam de treinamentos específicos quanto ao cuidado à criança, sugerindo intensificação da educação permanente e criação de protocolos e manuais para os registros das ações e monitoramentos das crianças, considerando a realidade local.

Reconhecem também que as ações de acolhimento devam ser efetivamente realizadas nas unidades de saúde, de modo a contribuir para organização do processo de trabalho, tomada de decisões, aumento do vínculo do serviço com às famílias, ampliando o acesso à saúde, no alcance de melhores resultados às necessidades singulares das crianças e suas famílias.

Identificou-se neste estudo que a aplicabilidade do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, por meio dos Círculos de Cultura, oportunizou

a criação de espaços dialógicos entre os enfermeiros, possibilitando a reflexão de suas práticas em um processo dinâmico de ação-reflexão-ação, permitindo um olhar crítico mediante os temas geradores encobertos pelas “situações-limite” desveladas.

A articulação do Itinerário Freireano com a perspectiva do *empowerment* contribuiu para fortalecimento dos enfermeiros na busca da transformação de suas práticas, de modo a se tornarem sujeitos de pensamento crítico-reflexivo e comprometidos com o processo de consolidação das ações do SUS.

Recomenda-se a expansão da aplicabilidade do Itinerário de Pesquisa de Freire como estratégia metodológica em diversas áreas, principalmente na área da saúde. O Itinerário possibilita espaços de discussões e reflexões entre os profissionais de saúde, despertando novos olhares e possibilidades de transformação de suas práticas. Porém, faz-se necessário a superação de desafios como a compreensão das etapas do Itinerário, construção de um diálogo libertador e disponibilidade de tempo dos participantes.

Como limitação, considerou-se a não extensão desta investigação à perspectiva dos demais membros da equipe da Estratégia Saúde da Família, impossibilitando uma compreensão mais ampla e pertinente dos temas guias propostos neste itinerário de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, P. J. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 6, p. 1000-7, nov/dez 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000601000&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 mar. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Cadernos de Atenção Básica, v 1, n. 28. 1ª edição, Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)**. Revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria. Portaria Nº 1.130, de 05 de Agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)> Acesso em: 12 abr. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>> Acesso em: 23 mar. 2018.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017. Disponível em: <<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>> Acesso em: 22 jul. 2018.

BECK, A. F et al. Determinants of Health and Pediatric Primary Care Practices. **PEDIATRICS**, v. 137, n. 3, March 2016.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, Dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

CAÇADOR, B.S et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm.** Minas Gerais, v 19, n. 3, p. 612-619, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>> Acesso em: 22 jul. 2018.

FREIRE, P. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor** / Paulo Freire, Ira Shor; tradução Adriana Lopes. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FREITAS, A. L.C.; FREITAS, L. A. A. Vocação ontológica do ‘ser mais’: ‘situações-limites’ – aproximando Freire e Vieira Pinto. **Revista on line de Política e Gestão Educacional**, v. 21, n. 2, p. 432-448, 2017. Disponível em:  
<<https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/9964/6654>.> Acesso em: 02 abr. 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 63 ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2018.

GALAVOTE, H. S. et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária   saúde. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v 20, n. 1, p. 90-98, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>. > Acesso em: 22 jul. 2018.

GOLS TER, M. et al. Health counselling: parental-oriented health dialogue – na innovation for child. **Journal of Child Health Care**. London, v 13, n. 1, p. 75-88, 2009. Disponível em:  
<[https://www.researchgate.net/publication/24037789\\_Health\\_counselling\\_g\\_Parental-oriented\\_health\\_dialogue\\_-\\_an\\_innovation\\_for\\_child\\_health\\_nurses10.1177/1367493508098382](https://www.researchgate.net/publication/24037789_Health_counselling_g_Parental-oriented_health_dialogue_-_an_innovation_for_child_health_nurses10.1177/1367493508098382).> Acesso em: 22 jul. 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A. de M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 8, p. 3553-3559, Aug. 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B et al. Reflections on paulo freire's research itinerary: contributions to health. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 26, n. 4, e0680017, 2017 Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000400601&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400601&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B. et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 34, n. 4, 2018. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000405013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil**. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2017. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama\\_saude\\_brasil\\_2003\\_2008](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008)>. Acesso em: 23 abr. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014. 208p. Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=22538](http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=22538)> Acesso em: 23 abr. 2018.

LAVERACK, G. **Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice**. 3 rd edn. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2015.

LIMA, P.A.P; BARBALHO, E. V. Evidências científicas sobre a política nacional de atenção à saúde da criança. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 5, n. 2. P. 134-142, 2015. Disponível em:

<<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/viewFile/506/456>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

PERKINS, D.D.; ZIMMERMAN, M.A. Empowerment meets narrative: listening to stories and creating settings. **American Journal of Community Psychology**, v. 23. n. 5. p. 569-79, 1995.

PIRES, M.R.G.M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1710-1715, Dec. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

RIGER, S. What's wrong with *empowerment*. **American Journal of Community Psychology**, n. 21, n. 3, p. 279-292, 1993. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1007/BF00941504>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

REICHERT, A.P S. et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000802375&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802375&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

SILVA, T.A.M; FRACOLLI, L.A.; CHIESA, A.M. Professional Trajectory in the Family Health Strategy: Focus on the Contribution of Specialization Programs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 148-55, Jan-Feb 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/20.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2018

SOUZA, M. G.; MANDU, E. N. T.; ELIAS, A. N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 772-779, 2013.

SOUZA, J.M. et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, July 2014.

SILVA, R.M.M. et al. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1217-1224, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

SILVA, D. I.; VERISSIMO, M. L. R.; MAZZA, V. A. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMSA). **Plano Municipal de Saúde de Manaus 2014 – 2017**. Disponível em: <[http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017\\_APROVADO\\_CMS\\_RESOL.096-DE-27.12.2013\\_COMPLETO.pdf](http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017_APROVADO_CMS_RESOL.096-DE-27.12.2013_COMPLETO.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

TENGLAND, P. A. Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies. **Public Health Ethics**, v. 5, i. 2, p. 140-53, July 2012.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report**. New York, 2015. Disponível em: <[http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2017.

VIEIRA, V. C. L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 1, p. 119-25, 2012. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26384>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

VAZ, E. M. C. et al. Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 49-54, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000400049&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400049&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO; 1986. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)>. Acesso em: 22 jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Triple Impact – how developing nursing will improve health, promote gender equality**

**and support economic growth.** Genebra: WHO; 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/hrh/com-heeg/triple-impact-app/en/>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

YAKUWA, M.S. et al. Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v 25, n. 4, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt\\_0104-0707-tce-25-04-2670015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2670015.pdf)>. Acesso em: 12 jun 2018.

### 5.3 MANUSCRITO III - VULNERABILIDADE E A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: DESAFIOS ÀS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS

*VULNERABILITY AND PROMOTION OF CHILDREN'S HEALTH: CHALLENGES TO NURSING PRACTICES*

*VULNERABILIDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO: DESAFÍAS A LAS PRÁCTICAS DE LOS ENFERMEROS*

#### **RESUMO**

**Objetivo:** analisar as dimensões programática e social da vulnerabilidade como desafios às práticas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde da criança. **Método:** estudo de abordagem qualitativa do tipo participante, articulado com o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, realizado por meio de Círculos de Cultura, caracterizado por três etapas interdependentes: investigação temática; codificação e decodificação e desvelamento crítico. Participaram 16 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de cinco Unidades Básicas de Saúde. **Resultado:** foram realizados 13 Círculos de Cultura, nos quais emergiram 20 temas geradores, sendo que quatro foram considerados os mais pertinentes para a discussão da temática. A dimensão programática da vulnerabilidade foi apreendida no processo de trabalho, caracterizado por acúmulo de atividades, dificuldade de trabalho em equipe, de acesso geográfico às famílias, déficit de recursos humanos. A dimensão social foi inerente aos fatores socioeconômicos permeados pelo desemprego, pobreza, baixa escolaridade, tráfico de drogas, alto índice de violência, gravidez na adolescência e frágil rede de apoio social local. **Conclusão:** a aplicabilidade do Itinerário de

Pesquisa de Paulo Freire contribuiu para a reflexão dos enfermeiros quanto à realidade de suas práticas, na atenção à saúde da criança, possibilitando a percepção e compreensão das condições de vulnerabilidade existentes, de modo a buscar intervenções para superação dos desafios enfrentados em suas práticas.

**Descritores:** Vulnerabilidade. Saúde da Criança. Enfermeiro. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** to analyze the programmatic and social dimensions of vulnerability as challenges to the practices of the nurses of the Family Health Strategy in the attention to the health of the child. **Method:** a qualitative study of the participant type, articulated with Paulo Freire's Itinerary of Research, carried out through Circles of Culture, characterized by three interdependent stages: thematic research; coding and decoding and critical unveiling. Participants were 16 nurses of the Family Health Strategy of five Basic Health Units. **Result:** 13 Culture Circles were carried out, in which 20 generating themes emerged, of which four were considered the most pertinent for the discussion of the theme. The programmatic dimension of the vulnerability was captured in the work process, characterized by accumulation of activities, difficulty in teamwork, geographical access to families, human resources deficit. The social dimension was inherent in socioeconomic factors permeated by unemployment, poverty, low schooling, drug trafficking, high rates of violence, teenage pregnancy and a fragile network of local social support. **Conclusion:** the applicability of Paulo Freire's Research Itinerary contributed to the nurses' reflection on the reality of their practices, in the attention to the child's health, enabling the perception and understanding of the existing vulnerability conditions, in order to seek interventions to overcome the challenges faced in their practices.

**Keywords:** Vulnerability. Child Health. Nurse. Health promotion. Primary Health Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar las dimensiones programática y social de la vulnerabilidad como desafíos a las prácticas de los enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia en la atención a la salud del niño. **Método:** estudio de abordaje cualitativo del tipo participante, articulado con el Itinerario de Investigación de Paulo Freire, realizado por medio de Círculos de Cultura, caracterizado por tres etapas interdependientes: investigación temática; codificación y descodificación y desvelamiento crítico. **Resultado:** se realizaron 13 Círculos de Cultura, en los cuales surgieron 20 temas generadores, siendo que cuatro fueron considerados los más pertinentes para la discusión de la temática. La dimensión programática de la vulnerabilidad fue incautada en el proceso de trabajo, caracterizado por la acumulación de actividades, dificultad de trabajo en equipo, de acceso geográfico a las familias, déficit de recursos humanos. La dimensión social fue inherente a los factores socioeconómicos permeados por el desempleo, pobreza, baja escolaridad, tráfico de drogas, alto índice de violencia, embarazo en la adolescencia y frágil red de apoyo social local. **Conclusión:** la aplicabilidad del Itinerario de Investigación de Paulo Freire contribuyó a la reflexión de los enfermeros en cuanto a la realidad de sus prácticas, en la atención a la salud del niño, posibilitando la percepción y comprensión de las condiciones de vulnerabilidad existentes, para buscar intervenciones para la superación de los enfermos desafíos enfrentados en sus prácticas.

**Descriptor:** Vulnerabilidad. Salud del Niño. Enfermera. Promoción de la Salud. Atención Primaria a la Salud.

## INTRODUÇÃO

Historicamente, mais precisamente no período colonial (século XVII), as crianças não eram vistas quanto a seus aspectos peculiares de crescimento e desenvolvimento. Seus cuidados advinham estritamente da família, sendo tratadas como adultos em miniatura por meio de um processo “civilizatório” (ARAÚJO et al., 2014; AZEVEDO; SARAT, 2015).

Nesta perspectiva, ao mesmo tempo em que se tinha uma imagem “mística e santa” da criança, por ser considerada pura, ingênua e vulnerável, ela era submetida a castigos e punições severas. Tais circunstâncias encontravam-se influenciadas pelas doutrinas cristãs dos

Jesuítas, na tentativa de impor disciplina e educação. Deste modo, a constituição histórica e social da infância, na Europa e no Brasil, foi marcada por profundas transformações até chegar à conquista do direito à cidadania, com a criação da Convenção Internacional dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (1989) e o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) (AZEVEDO; SARAT, 2015; BRASIL, 2017).

Antecedente a tais acontecimentos, no contexto da saúde em âmbito mundial, com a formulação da Declaração da Alma Ata, documento endossado na I Conferência internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978), na cidade de Alma Ata, a proposta de cuidados materno infantil é inserida como uma das metas sociais e de saúde mais importantes e comum de todos os países, representando o primeiro nível de contato do indivíduo, da família e da comunidade com a assistência à saúde (WHO, 1978).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), como denominada no país, tem como principal estratégia de operacionalização das ações do Sistema Único de Saúde a Estratégia Saúde da Família (ESF). Na ESF, as práticas de saúde são realizadas pela equipe Saúde da Família (eSF), na qual o profissional enfermeiro possui ampla atuação de cuidados integrais direcionados a todas as fases do desenvolvimento humano, em especial à criança na primeira infância (ARAÚJO et al., 2014; LIMA; BARBALHO, 2015).

Assim, para orientar as ações de atenção à saúde da criança foi instituída, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), tendo sua implementação em 2018, estruturada a partir de sete eixos estratégicos: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (ARAÚJO et al., 2014; BRASIL, 2018).

Deste modo, o profissional enfermeiro da ESF desenvolve suas práticas na atenção à saúde da criança em consonância com os princípios e diretrizes da PNAISC, por meio do acolhimento à criança e família, da consulta de enfermagem, de acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, avaliação da situação vacinal, implementação da alimentação saudável e prevenção de agravos. Além disso, realiza ações de promoção da saúde como orientações individuais e coletivas, educação em saúde, trabalhos com grupos na comunidade, atividades do Programa Saúde na Escola, dentre outras (MEDEIROS; BOEHS; HEIDEMANN, 2013; SOUZA et al., 2014; CARVALHO; SARINHO, 2016).

No entanto, ressalta-se que, para que haja a efetivação das ações de prevenção e promoção da saúde da criança, visando a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança em um ambiente favorável a melhor qualidade de vida, tanto o serviço como os profissionais devem considerar o processo de trabalho multidisciplinar, as necessidades locais de saúde dentro do contexto epidemiológico, sociocultural e familiar, as condições de vulnerabilidade enfrentadas e o estabelecimento de parcerias intersetoriais de rede de apoio à saúde (MEDEIROS; BOEHS; HEIDEMANN, 2013; MELLO et al., 2014; LIMA; BARBALHO et al., 2015).

Ao considerar a multiplicidade de fatores que interferem no desenvolvimento infantil e na provisão de cuidados a criança, as políticas públicas têm investido na primeira infância (idade que corresponde de zero a seis anos). Pesquisas revelam que o atraso no desenvolvimento da criança está estreitamente relacionado às condições de vida, abarcadas por contextos socioeconômicos, culturais e políticos como a pobreza, baixa renda e escolaridade dos membros da família, condições de habitação precárias, desnutrição e dificuldade de acesso ao serviço de saúde. Além disso, soma-se a esses fatores aqueles de ordem psicossociais, biológica e ambientais, apreendidos nas diferentes dimensões de vulnerabilidade ao crescimento e desenvolvimento infantil (PEDROSA E MOTTA, 2010; WALKER et al., 2011; HORII et al., 2016).

No que concerne à vulnerabilidade em saúde, remete-se à ideia de fragilidade, ao considerar a chance de exposição do indivíduo a algum distúrbio em seu estado de saúde e doença, tanto no aspecto individual como coletivo. Assim, a vulnerabilidade pensada por Ayres et al. (2009), tendo suas primeiras aproximações teóricas na epidemiologia de HIV/AIDS, envolve a análise de três dimensões interligadas: a *individual*, abrangendo o grau de informação que as pessoas dispõem quanto aos problemas de saúde existentes, a capacidade de incorporação dessas informações e o uso efetivo das mesmas para os cuidados protetores; a *dimensão social*, a qual não depende só do indivíduo, mas

dos fatores (cultural, político, moral, econômico) que interagem na vida em sociedade; e, por último, a *dimensão programática* (ou institucional), apreendida no contexto das políticas de saúde e ações organizadas, do compromisso, dos recursos humanos e materiais, do acesso, dentre outros elementos constitutivos dos serviços de saúde.

Partindo destes pressupostos, a qualidade da atenção à saúde da criança pode sofrer interferências ao descumprimento do compromisso *Político-Programático* das ações de saúde, assim como a presença de elementos que compõem os espaços de vulnerabilidade social como as condições de vida precária enfrentadas pela iniquidade social, as quais podem trazer prejuízos ao desenvolvimento infantil (SILVA; VERÍSSIMO; MAZZA, 2015; SILVA et al., 2015).

Portanto, este estudo mostra-se relevante quanto à necessidade da compreensão das condições de vulnerabilidade no desenvolvimento infantil, referentes às dimensões programáticas que assolam o processo de trabalho das práticas do enfermeiro da ESF. Outrossim, a compreensão das dimensões sociais apreendidas na realidade sociocultural e econômica inserida no contexto das famílias/crianças.

Deste modo, acredita-se que a apreensão da realidade das condições de vulnerabilidade possa contribuir para a reorientação das práticas dos enfermeiros da ESF, possibilitando a tomada de decisão quanto a intervenções na promoção da saúde da criança na atenção primária. Assim, questiona-se: quais vulnerabilidades nas dimensões programáticas e sociais são vivenciadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família nas práticas de atenção à saúde da criança?

Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar as dimensões programática e social da vulnerabilidade como desafios às práticas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde da criança.

## MÉTODO

### *Tipo do estudo*

Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa participante, articulada com o referencial metodológico do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, denominado “Círculo de Cultura”, caracterizado por três etapas interdependentes: *investigação temática, codificação e descodificação e desvelamento crítico*.

O Círculo de Cultura idealizado por Freire é compreendido como um espaço no qual um grupo de pessoas se reúne, estabelecendo um diálogo circular, em que todos os participantes, em colaboração uns com os outros, compartilham suas opiniões, aspirações ou ideias, a partir de percepções críticas e problematizadoras de uma determinada realidade (HEIDEMANN et al.,2017; FREIRE, 2018).

Acerca das etapas que compõem o Círculo de Cultura, a *Investigação Temática* perfaz a primeira etapa do itinerário de pesquisa, a qual compreende a descoberta dos temas geradores (principais assuntos levantados na discussão) pelos participantes do estudo.

A *Codificação e Descodificação*, segunda etapa da proposta metodológica, compreende o processo de conhecimento, reconhecimento e reflexão dos temas geradores, e na medida em que os temas vão sendo contextualizados e significados na discussão, vão sendo substituídos por uma visão crítica e reflexiva. Por se tratar de etapas interdependentes, poderão emergir novos temas geradores a serem codificados e decodificados (HEIDEMANN et al.,2017; FREIRE, 2018).

O *Desvelamento Crítico*, terceira etapa do Círculo de Cultura, em que os temas gerados, codificados e decodificados, significados a partir da realidade vivenciada pelos participantes, são levados à reflexão quanto à tomada de consciência da situação existencial. Deste modo, os participantes são motivados a um processo de ação-reflexão-ação, levando a descoberta das situações limites, ou seja, dos problemas a serem enfrentados. E, com o desenvolvimento da uma consciência crítica e social, almejam os horizontes e as possibilidades de transformação de suas práticas (HEIDEMANN et al., 2017; FREIRE, 2018).

#### *Local e participantes do estudo*

O campo da investigação foram cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Manaus, estado do Amazonas, Norte do Brasil, população de 1.842.014 habitantes de acordo com o censo demográfico de 2010 e estimativa de 2.130.264 habitantes no ano de 2017 (IBGE, 2017).

A RAS do município é distribuída em cinco zonas geográficas: Distrito de saúde Norte (DISA Norte), Distrito de Saúde Sul (DISA Sul), Distrito de Saúde Leste (DISA Leste), Distrito de Saúde Oeste

(DISA Oeste) e Distrito de Saúde Rural (DISA Rural) (SEMSA, 2017; BRASIL, 2017).

A escolha das UBS se deu em razão de possuírem de três a cinco Equipes de Saúde da Família (eSF) inseridas em uma única unidade, dado que contribuiu para a realização do agrupamento de três a cinco enfermeiros em um mesmo espaço, possibilitando a aplicabilidade dos Círculos de Cultura. Como critério de inclusão, as unidades deveriam estar com todas as equipes compostas pelo profissional enfermeiro no momento da investigação.

Após a aproximação com o campo, identificou-se que das 11 UBSs existentes Rede municipal com três a cinco eSF inseridas, cinco delas atenderam ao critério de inclusão. Assim, foram excluídas: uma UBS no DISA Sul, uma no DISA Norte e três no DISA Leste, por não possuírem nas equipes a presença do enfermeiro no momento da investigação; o DISA Rural, por apresentar uma dinâmica de trabalho diferenciada, devido ao atendimento às populações ribeirinhas. Para garantir o sigilo das UBSs participantes, as mesmas foram identificadas com nomes dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica: Universalidade, Equidade, Integralidade, Territorialização e Resolutividade.

Os participantes do estudo foram 16 enfermeiros atuantes nas eSF das UBSs selecionadas para o estudo, sendo cinco da UBS Universalidade, três da Equidade, três da Integralidade, três da Territorialização e dois da Resolutividade. Foram incluídos aqueles enfermeiros com no mínimo um ano de atuação na ESF e os que tiveram disponibilidade em participar dos “Círculos de Cultura”. Houve a exclusão de dois enfermeiros por estarem de licença médica no momento dos encontros, havendo duas recusas. Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, seus nomes foram substituídos pelas terminológicas existentes na obra de Paulo Freire “*A pedagogia do Oprimido*” (FREIRE, 2018).

### *Investigação e análise dos dados*

O estudo foi delineado a partir do recorte de uma pesquisa de doutorado que abordou as práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança. A investigação foi realizada nos meses de julho de 2017 a fevereiro de 2018, perfazendo dois momentos distintos: no primeiro, realizou-se a aproximação com o campo por meio de visitas aos DISAs e às UBSs participantes, com a finalidade de apresentação da

pesquisadora e esclarecimento da pesquisa aos gestores; o segundo momento se deu com realização dos Círculos de Cultura.

Foram feitos 13 Círculos de Cultura, tendo cada encontro duração entre uma hora e meia a três horas, em um intervalo de um Círculo para o outro de aproximadamente 15 dias. Cada Círculo de Cultura contou com a participação de três a cinco enfermeiros, a pesquisadora (facilitadora) e um auxiliar de pesquisa. Como auxílio, utilizou-se um diário de campo, para os registros de informações e observações importantes, papel pardo, canetas coloridas, um gravador de áudio, um notebook e um projetor de slides como recurso visual.

A cada encontro dialógico, primeiramente era feita a apresentação dos participantes, esclarecimentos dos objetivos, estratégia metodológica e contribuições do estudo, preenchimento de uma ficha de identificação (nome da UBS, nome do participante, idade, realização ou não de pós-graduação em saúde da família) e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Habitualmente os encontros aconteciam nas UBSs (salas de reuniões), com agendamento prévio, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Conforme proposto no itinerário freireano, buscava-se manter os participantes em forma de círculo para que todos pudessem se olhar.

Assim, as três etapas dos Círculos de Cultura foram sendo consolidadas em cada UBS, com exceção da UBS Resolutividade, onde foi possível a realização de apenas um encontro. Porém, foi mantido na análise, tendo em vista a semelhança dos temas geradores levados para a discussão nos encontros consecutivos das demais unidades.

Para direcionar as discussões dialógicas das primeiras etapas do Círculo de Cultura (*Investigação Temática*), utilizou-se as seguintes questões guias: Quem, onde e como são realizadas as práticas de atenção à saúde da criança? O que entendem e compreendem quanto ao conceito de promoção da saúde? O que entendem e compreendem quanto à qualidade de vida das crianças/famílias? Quais as limitações e potencialidades encontradas no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da criança?

Após a realização de cada etapa dos Círculos de Cultura, eram lidas as anotações no diário de campo, feita a transcrição integral das falas, organização e agrupamento das informações em um editor de texto (word), para que pudessem ser apresentados os temas geradores nas etapas subsequentes. Tratando-se de etapas interdependentes, a investigação e análise eram feitas simultaneamente.

Na segunda etapa, os temas geradores emergidos nas discussões foram reapresentados aos enfermeiros por meio do projetor de slides para que todos pudessem ver; em seguida, disponibilizados papel pardo e canetas coloridas para a codificação e descodificação dos temas. Após a reflexão dialógica da realidade das práticas dos enfermeiros na segunda etapa, novamente eram compiladas as informações no diário de campo, transcrição das falas e organização e agrupamento dos dados para a etapa subsequente. Na etapa do *Desvelamento Crítico*, foi construído pelos participantes um quadro síntese com os temas levados para a discussão, codificados e descodificados, sendo apontadas as possibilidades de enfrentamento das situações limite vivenciadas nas práticas dos enfermeiros.

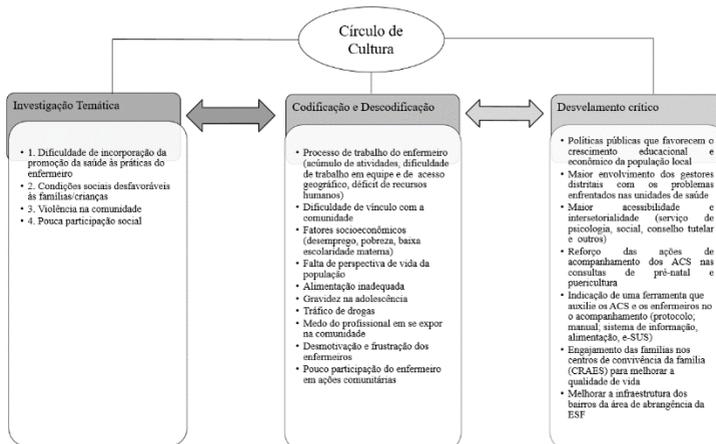
### *Considerações éticas*

A investigação foi iniciada somente após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), com parecer N° 68563717.7.0000.5016, considerando os critérios éticos e as recomendações da Resolução n°. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e Código de Ética da Enfermagem por meio da Resolução COFEN 564/2017.

## **RESULTADO**

De acordo com o perfil dos 16 enfermeiros participantes do estudo, 75% foram do sexo feminino e a idade variou entre 31 a 48 anos. O tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família foi entre um a 15 anos. Quanto à realização de pós-graduação em saúde da família, um pouco menos de 50% referiu possuir. A seguir, a Figura 1 mostra um diagrama representando esquematicamente o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire delineado neste estudo.

**Figura 1** - Diagrama dos temas investigados nas etapas dos Círculos de Cultura: investigação temática, codificação/descodificação e desvelamento crítico.



Fonte: Próprio da autora (2018)

Nos primeiros encontros dos Círculos da Cultura, emergiram 20 temas geradores, dos quais quatro foram considerados pelos participantes relevantes para a discussão quanto às condições de vulnerabilidade às práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança: 1. *Dificuldade de incorporação da promoção da saúde às práticas do enfermeiro*; 2. *Condições sociais desfavoráveis às crianças/famílias*; 3. *Violência na comunidade*; 4. *Pouca participação social*. Os temas geradores foram contextualizados conforme as dimensões de vulnerabilidade encontradas:

### *Dimensão programática da vulnerabilidade*

O tema gerador 1. *Dificuldade de incorporação da promoção da saúde às práticas do enfermeiro* incorreu das questões guias disparadoras: Quem, onde e como são realizadas as práticas de atenção à saúde da criança e o que entendem e compreendem quanto ao conceito de promoção da saúde.

Os enfermeiros revelaram que realizam suas práticas de atenção à saúde da criança na primeira infância por meio da consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (atividade de antropometria, avaliação do estado nutricional, supervisão

e orientação quanto à situação vacinal, orientações individuais quanto aos cuidados gerais, higiene, amamentação e alimentação saudável), sendo que essas práticas são realizadas na unidade. Alguns enfermeiros pronunciaram que fazem este acompanhamento de maneira intercalada com a consulta do profissional médico e outros fazem de forma descontínua, conforme demanda espontânea. Além disso, realizam outras práticas, como a educação em saúde na unidade e na comunidade por meio do “Programa Saúde na Escola” e campanhas nacionais de vacinação e amamentação.

Na discussão, os enfermeiros apontaram o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como um profissional fundamental para a busca ativa das crianças/famílias, orientações de cuidado e atualização cadastral da população adscrita no território de abrangência, porém, atualmente contam com um número reduzido de ACS para suprir a demanda de trabalho existente.

Outra significação dos enfermeiros quanto ao tema gerador 1 foi a dificuldade de acesso geográfico dos profissionais às famílias e destas com serviço de saúde, devido a UBS estar localizada distante da comunidade. Com o fato de as UBS disporem de três a cinco eSF inseridas, as ações ficam centralizadas:

*Um ponto forte para o acompanhamento das crianças é quando as mães voltam do puerpério e trazem as crianças. Mas o que acontece? Como atendemos demanda livre e a UBS abre as portas para outros bairros fora da área de abrangência, faz a consulta de primeira vez, e depois não retornam para a continuidade do acompanhamento da criança, devido à distância. As mães também procuram a unidade porque não conseguem atendimento de saúde próximo ao seu domicílio (Reflexão).*

O acúmulo de atividades também foi circunstanciado entre os enfermeiros como uma realidade permeada por grandes demandas de trabalho assistencial, administrativo e burocrático. Tais demandas foram discutidas como condições limitadoras para a realização de outras atividades como as de visita domiciliar, educação em saúde e com grupos comunitários.

Os enfermeiros, ao dialogarem quanto à compreensão da promoção da saúde, faziam inferência a prevenção de agravos e a fatores

relacionados a educação/responsabilização das famílias com os cuidados e as condições de vida das crianças/famílias:

*É uma forma de fazer com que o indivíduo se comprometa com ele mesmo, participar do processo de não adoecer, fazer com que ele não venha futuramente apresentar algum problema de saúde (Reflexão).*

*[...] Acho que é bem isso, trabalho com a população, identificar as dificuldades para melhorar as condições, não esquecendo as orientações básicas, conhecimento e sempre trabalhando em cima dos problemas existentes na comunidade (Existência).*

*Como se nós tivéssemos que produzir bases para que eles (moradores) se educassem, trabalhar na reeducação deles, para que mudem, começando pelo ambiente e depois a saúde, já a prevenção são estas coisas que a gente faz para apagar a fogueira, orientações quanto às vitaminas, prevenção de doenças, colocar a tampa da caixa d'água, são informações mais básicas, para que tenham corresponsabilidade. Aprendemos isso no serviço mesmo e não na faculdade (Realidade).*

### *Dimensão social da Vulnerabilidade*

Os temas geradores: 2. *Condições sociais desfavoráveis às crianças/famílias*; 3. *Violência na comunidade* e 4. *Pouca participação social*, emergiram dos diálogos entre os enfermeiros a partir das reflexões do primeiro tema gerador e das questões disparadoras quanto à qualidade de vida das crianças/famíliares e dificuldades e potencialidades encontradas no desenvolvimento das práticas.

A codificação e descodificação das condições sociais desfavoráveis refletiu uma realidade local atravessada por fatores socioeconômicos como a pobreza, o desemprego, baixa escolaridade materna, tráfico e consumo de drogas, gravidez na adolescência, falta de lazer e pouca perspectiva de vida das famílias. Os enfermeiros, mediatizados por esta realidade existencial, perceberam não apenas limitações nas suas práticas para o cuidado, mas, também, expressaram um diálogo conflitante quanto às necessidades e dificuldades das famílias em cuidar da saúde de suas crianças, como revelado nas falas:

*Realizamos ações de promoção da saúde, como orientações quanto à escovação dos dentes para a prevenção de cáries, higiene corporal e higiene dos alimentos, só que não temos hipoclorito e a população não tem água tratada, tomam direto da torneira. [...] como é que eu vou fazer promoção da saúde, se a população não tem saneamento básico (Ação).*

*O nível de escolaridade é bem baixo, principalmente dos pais, agora das crianças, melhorou muito por conta do programa bolsa família, tem que comprovar matrícula e frequência à escola e o preventivo e pré-natal da mãe devem estar em dia. É um programa social que ajuda, mais de uma forma um pouco torpe, tem o seu lado bom. Quanto à promoção da saúde, ainda estamos bebês, que não chegou nem a engatinhar (Limite).*

Identificou-se nos Círculos de Cultura que as características locais são pouco favoráveis à qualidade de vida das famílias. Destacaram a escassez de áreas de lazer e centros comunitários de convivência, dificuldade de acesso aos alimentos naturais e saudáveis e maior disponibilidade de produtos industrializados na comunidade, contribuindo, desta forma, com altos índices de desnutrição em mulheres gestantes e crianças. As falas remetem quanto aos problemas vivenciados na comunidade local:

*As famílias aqui não têm base familiar, muitas vivem do programa Bolsa Família, esse é um dos pontos negativo do programa (Realidade).*

*[...] a desnutrição, aqui, começa pelas adolescentes que engravidam muito cedo e já são desnutridas por se alimentarem mal, aí a criança já nasce desnutrida (Realidade).*

*[...] temos um plano alimentar infantil inserido no e-SUS. Como iremos utilizá-los para uma população que tem um poder econômico muito baixo? É uma questão de miséria, sem perspectiva nenhuma de vida (Ação).*

A violência foi um tema gerador fortemente presente em todos os Círculos de Cultura. Os profissionais exprimiam sentimentos de medo e angústia ao se exporem na comunidade, atribuindo a esta condição a dificuldade de acesso às famílias e vínculo com a comunidade:

*Eu já consegui fazer uma paciente grávida parar de usar drogas durante todo o período da gravidez, ela mudou a sua aparência, a higiene corporal, tudo mudou na vida dela [...] (Diálogo).*

*O que falta para eu conseguir fazer promoção da saúde nas minhas práticas? Eu tenho medo, não há segurança, não tenho tempo [...] (momentos de silêncio e choros) [...] (Emancipação).*

A participação social foi um tema gerador significado pelos enfermeiros como potencial para a promoção da saúde na atenção básica, porém alguns profissionais referiram ser pouco ativos nos conselhos locais de saúde, e que ocorria a falta de apoio da gestão distrital quanto aos processos resolutivos das necessidades levantadas pelo conselho.

As potencialidades reveladas foram a existência de estrutura física adequada das unidades e os programas governamentais “Leite do Meu Filho” e “Bolsa Família”, os quais, considerados pelos enfermeiros participantes, contribuintes para a adesão no acompanhamento das crianças/famílias.

Na etapa do Desvelamento Crítico, resultante de uma ampla discussão dialógica no interior dos Círculos de Cultura, entre a pesquisadora (facilitadora) e os participantes do estudo, abriu-se um leque de possibilidades quanto a novas perspectivas de ação refletidas pelos enfermeiros, mediante a realidade do cotidiano de suas práticas, apresentadas na Figura 1.

## **DISCUSSÃO**

Os resultados deste estudo revelam que as práticas de saúde dos enfermeiros se assolam em um processo de trabalho complexo, demandado por dificuldades, limitações e potencialidades expressadas a partir de realidade enfrentada. Resultados semelhantes em pesquisas realizadas quanto ao delineamento do trabalho do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, mostram que a sobrecarga de trabalho compromete a atuação do enfermeiro quanto a ações voltadas para

promoção da saúde, acarretando sentimento de frustração por não conseguirem dar respostas às necessidades da população assistida, distanciando-se da lógica proposta na ESF (XIMENES NETO et al., 2011; CAÇADOR et al., 2015; REICHERT et al., 2016).

Estudo de Silva, Veríssimo e Mazza (2015), quanto à dimensão programática da vulnerabilidade estudada no desenvolvimento da criança, aponta fragilidades no cenário político-programático, em detrimento a poucos investimentos do Estado para efetivação de ações na atenção à saúde. A população infantil é a que mais sofre, devido à falta de recursos humanos e capacitação de profissionais, estrutura insuficiente dos serviços de saúde e lacunas na implementação de ações voltadas para o cuidado integral da criança.

A existência de um número limitado de ACSs e a dificuldade de integração e articulação do trabalho com os demais integrantes da eSF são realidades que corroboram com Roecker, Budó e Marcon (2012), Navarro, Guimarães e Garanhan (2013) e Jacowsk et al. (2016). Esses estudos sugerem a busca de suporte dos gestores quanto ao reconhecimento das necessidades de recursos humanos, e que o trabalho em equipe deve ser pautado em uma modalidade de trabalho coletivo e integrado. Deste modo, é necessário que haja o compartilhamento de tarefas e relações interdependentes entre os membros da equipe, para o alcance da construção de um projeto assistencial comum e de qualidade.

A dificuldade de acesso geográfico dos profissionais às famílias e vice e versa, revelada neste estudo, representa fator limitante às práticas de atenção à saúde da criança. Isso compromete o vínculo e a continuidade do cuidado, tanto em decorrência da centralização do serviço, quanto pela falta de segurança existente nas comunidades em decorrência da violência. Silva et al. (2011) identificaram resultados semelhantes, sendo constatado que a violência é um fator dificultador quanto ao acesso às unidades de ESF investigadas.

Em contrapartida, não se pode atribuir acessibilidade do serviço estritamente a aspectos geográficos; outrossim, refere-se a questões de âmbito sócio organizacional. A exemplo, resultados diferentes foram encontrados quanto à acessibilidade das famílias ao serviço, referente a fatores sócio organizacional e não geográfico, como visto aqui (MENDES et al., 2012).

Sugere-se que a realidade das práticas desveladas pelos enfermeiros nos Círculos de Cultura em torno do processo de trabalho vivenciado reproduza diagnósticos na dimensão programática da vulnerabilidade, requerendo a elaboração de propostas de intervenção

para superação dos problemas e redução da vulnerabilidade. Neste sentido, Ayres (2012) levanta questionamentos sobre o quanto os serviços ou os profissionais de saúde propiciam a transformação das relações e valores entre os sujeitos, para o interesse de se emanciparem das situações de vulnerabilidade.

A discussão sobre o conceito de promoção da saúde desencadeou a reflexão entre os profissionais sobre a importância da incorporação da promoção da saúde em suas práticas. Embora as tentativas de compreensão se direcionassem com maior ênfase à prevenção de doenças, com o aprofundamento das discussões nos Círculos de Cultura na etapa da codificação e descodificação, os enfermeiros perceberam suas ações de cuidado em saúde permeadas por contextos social, cultural, econômico e político, inseridos nas condições de vida das famílias das crianças (MEDEIROS; BOEHS; HEIDEMANN, 2013; HEIDEMANN, 2014).

A dimensão social da vulnerabilidade, problematizada pelos enfermeiros participantes deste estudo, foi apreendida na intrincada organização social das famílias, compreendida como condições desfavoráveis à vida, com implicações inoportunas à qualidade de vida e bem-estar das famílias. Estudos identificaram que a adversidade de fatores socioambientais (disparidade social, pobreza, violência doméstica e educacionais), podem impactar diretamente no crescimento e desenvolvimento infantil. Os resultados desses estudos sugerem o reforço da vigilância dos profissionais de saúde e de lideranças comunitárias, no sentido de identificarem estas necessidades em saúde e buscarem estratégias para a provisão de um ambiente estimulador e seguro quanto aos cuidados cognitivos e socioemocionais (SHONKOFF; GARNER, 2012; AVELLAR; SUPPLEE, 2014; BRITTO; ULKUER, 2012).

A dimensão social da vulnerabilidade suscetível ao desenvolvimento infantil também é discutida em países de média e baixa renda, como a China, Chile, Índia, Níger, Jamaica e África do Sul. Os autores destacam a influência da pobreza em relação a danos biológicos e psicossociais expostos a gestantes e crianças na primeira infância, evidenciando o aumento de riscos quanto a restrições do crescimento intrauterino, infecção pelo vírus HIV, exposição ao chumbo, depressão materna e violência social. Ainda, ressaltam que intervenções de incentivo à amamentação, educação materna e investimentos de recursos em programas para o desenvolvimento de criança na primeira infância, têm contribuído para a redução das

desigualdades sociais e, conseqüentemente, para o rendimento e potencial da criança ao longo da vida (WALKER et al., 2011; HORII et al., 2016).

Nesta perspectiva, ressalta-se que a dimensão social da vulnerabilidade é caracterizada pela inserção social da família e pelo seu acesso às políticas de promoção e proteção social. Pesquisa feita com enfermeiros da ESF no Paraná-Brasil identificou elementos de inserção social das famílias semelhantes aos encontrados neste estudo, como a baixa escolaridade materna, desemprego, falta de saneamento básico e pouco acesso a redes de apoio social. Os autores enfatizam que este cenário é decorrente de processos históricos do sistema produtivo neoliberal econômico brasileiro, iniquidades nas formas de apropriação do solo e habitações urbanas e baixos investimentos públicos nas políticas de proteção social (PEDROSA; MOTTA, 2010; SILVA et al., 2015).

Esta precariedade na inserção social das famílias negligencia os direitos da criança de se desenvolver de maneira saudável. Além disso, dificulta o processo de viver das famílias, uma vez que as condições de vida desfavoráveis em que se encontram não permitem que disponham de educação adequada e de bens necessários para prover os cuidados de seus filhos (PEDROSA; MOTTA, 2010; FONSECA et al., 2013; SILVA et al., 2015).

Contudo, foram levantadas pelos enfermeiros propostas e possibilidades de enfrentamentos na terceira etapa do Itinerário de Pesquisa, como o reforço de políticas públicas que favoreçam a articulação do setor saúde com outras áreas intersetoriais, de modo a intervir na promoção da saúde da criança. Também, discutiu-se a necessidade de maior envolvimento dos gestores distritais nos problemas vivenciados pela ESF, com vista a compreensão do processo de trabalho local.

As potencialidades pronunciadas pelos enfermeiros como possibilidades de enfrentamento às práticas de saúde reportam-se ao incentivo à participação social da comunidade local, infraestrutura da UBS e suporte dos programas do governo (“Bolsa Família” e “Leite do Meu Filho”).

Sobretudo, ressalta-se que, para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e diretivas da ESF, o enfermeiro deve delinear e desenvolver suas práticas com ampliação do enfoque às ações comunitárias e conhecimento do contexto sociopolítico, histórico e cultural das famílias, no sentido de conhecer a necessidade local, para a

efetivação da promoção da saúde, incorporando-a em suas práticas com vistas a superar o modelo biomédico, ainda fortemente arraigado na sociedade contemporânea e nas ações de saúde (BACKES et al., 2012).

Nesta perspectiva, o enfermeiro deve ser incentivado a usar em suas práticas ferramentas como o diálogo, para mediar as relações e interações entre a equipe de saúde, o serviço e as famílias/crianças, em favor da construção compartilhada de cuidados integrais na primeira infância (BACKES et al., 2012; HEIDEMANN et al., 2014).

Reconhece-se que a vulnerabilidade não é um conceito explicitado nos escritos de Paulo Freire, embora pensada juntamente com a Saúde Coletiva, exprima o contexto das relações de opressão social, amplamente focalizada nas reflexões freireanas. Portanto, respondendo ao questionamento de Ayres, quanto o que o serviço ou profissional de saúde pode propiciar para redução da vulnerabilidade, sugere-se a possibilidade de empoderamento e autonomia dos enfermeiros, para então se tornarem agentes de transformação de suas práticas de saúde (AYRES, 2012; SEVALHO, 2018; FREIRE, 2018).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O referencial metodológico “Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire” possibilitou espaços de encontro e diálogo entre os enfermeiros participantes deste estudo e a pesquisadora, a partir de uma práxis reflexiva quanto à realidade de suas práticas na atenção à saúde da criança.

Assim, esta proposta metodológica contribuiu para a compreensão e percepção dos enfermeiros sobre as dimensões programática e social da vulnerabilidade que interferem em seus processos de trabalho e no desenvolvimento infantil, tendo sido feita esta reflexão a partir da discussão sobre o conceito de promoção da saúde, qualidade de vida das famílias e limitações e potencialidades no desenvolvimento dessas práticas.

Deste modo, foi possível analisar as dimensões programáticas da vulnerabilidade dentro de um processo de trabalho complexo, permeado por uma adversidade de fatores, os quais percebidos pelos enfermeiros como limitantes e dificultadores quanto à incorporação da promoção da saúde às práticas de atenção primária à saúde da criança, em especial, na primeira infância.

O diálogo entre os enfermeiros quanto ao conceito de promoção à saúde possibilitou instigá-los quanto a reflexões que ultrapassaram o setor saúde, compreendendo suas práticas de cuidado à criança demandadas por um agir intersetorial, perpassando por diferentes áreas e não estritamente a prevenção de agravos, como presente no início dos Círculos de Cultura.

A dimensão social da vulnerabilidade revelada neste estudo, de acordo com a compreensão dos enfermeiros, representou um conjunto de elementos que assolam não apenas a realidade local das famílias, mas a de muitas localidades no país. As famílias se encontram inseridas em um cenário de iniquidade social apreendido por determinantes socioeconômicos caracterizados pela baixa renda, desemprego, moradias irregulares, alto índice de gravidez na adolescência, violência, dentre outras condições de vulnerabilidade enfrentadas.

Deste modo, as dimensões de vulnerabilidade encontradas neste estudo refletem as limitações no processo de cuidar das crianças, uma vez que se encontram expostas a um ambiente pouco facilitador ao seu crescimento e desenvolvimento. Assim, ressalta-se que a redução das condições de vulnerabilidade representa um grande desafio às práticas dos enfermeiros, requerendo o incremento de ações com maior enfoque educacional às famílias e reforço de ações comunitárias. Neste sentido, o enfermeiro deve atuar como um sujeito mediador do cuidado, não apenas no sentido de alertar as famílias quanto à redução da vulnerabilidade, mas inseri-las no processo de decisão e mudança de suas realidades sociais.

As limitações deste estudo são conferidas pela participação de um grupo restrito de profissionais enfermeiros atuantes em determinadas unidades de saúde no município de Manaus, não refletindo a realidade na sua totalidade. Portanto, recomenda-se a realização de novos estudos quanto as implicações das condições de vulnerabilidade para a promoção da saúde da criança, bem como a aplicabilidade do referencial metodológico de Freire, como forma de fortalecer o desenvolvimento da consciência crítica quanto à realidade das práticas de saúde.

## REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R.C.M. et al. **O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios**. In: Czeresnia D, Freitas CM, orgs. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2 ed. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2009. p. 117-39.
- \_\_\_\_\_. **Risco, Vulnerabilidade e Práticas de prevenção e promoção de saúde**. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (orgs.). **Tratado de Saúde coletiva**. 2 eds. Rio de Janeiro Hucitec/ Fiocruz. 2012. p.970.
- AVELLAR, S. A; SUPPLEE, L. H. Effectiveness of Home Visiting in Improving Child Health and Reducing Child Maltreatment. **Pediatrics**. v. 132, n. 2, p. 90-97. Nov, 2013. DOI: 10.1542/peds.2013-1021G
- ARAÚJO, P. J. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras. Enferm**. v. 67, n. 6, p. 1000-7, nov-dez 2014.
- AZAVEDO, G.; SARAT, M. História da infância no brasil: contribuições do processo civilizador. **Educação e Fronteiras On-Line**, Dourados/MS, v. 5, n. 13 p. 19-33, jan. /abr. 2015. Disponível em: <<http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/educacao/article/view/5176>>
- BACKES, D. S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, Jan. 2012.
- BRITTO, P. R.; ULKUER, N. Child Development in Developing Countries: Child Rights and Policy Implications. **Child Development**, v. 83, n. 1, p. 92-103, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22277009>> Acesso em: 13 jan 2018
- BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 14ª ed. Rio de Janeiro: Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA), 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.** [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>.

CARVALHO, E.B; SARINHO, S.W.A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE.** Recife [on line], v. 10, n. 6, 4804-12, dez, 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Dell/Downloads/11259-25409-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Dell/Downloads/11259-25409-1-PB%20(1).pdf)> Acesso em: 13 jan 2018.

CAÇADOR, B. S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm.** Minas Gerais, v. 19, n. 3, p. 612-619, 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>> Acesso em: 13 jan 2018

FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev Paul Pediatr,** v. 31, n. 2, p.258-64, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 63ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A.M.; BOEHS, A.E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, Aug. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jan 2018

HEIDEMANN, I.T.S.B et al. Reflexões sobre o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 26, n. 4, e0680017, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072017000400601&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000400601&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jan 2018

HORII et al. Community-based behavior change promoting child health care: a response to socio-economic disparity. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 35, n. 12, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27098487>> Acesso em: 13 jan 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil**. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2017. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama\\_saude\\_brasil\\_2003\\_2008](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008)> Acesso em: 13 jan 2018

JACOWSKI, M. et al. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, p. 1-9, abr./jun. 2016. Disponível em: <[https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/15145/pdf\\_41](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/15145/pdf_41)> Acesso em: 13 jan 2018

LIMA, P.A.P; BARBALHO, E. V. Evidências científicas sobre a política nacional de atenção à saúde da criança. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 5, n. 2. P. 134-142, 2015. Disponível em: < <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/viewFile/506/456>> Acesso em: 13 jan 2018

MENDES, A.C.G et al. Acessibilidade aos serviços básicos de saúde: um caminho ainda a percorrer. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2903-2912, Nov. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jan 2018.

MEDEIROS, E.A.G.; BOEHS, A E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira. **Rev Min Enferm**. v. 17, n. 2, p. 462-467, abr/jun, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/663>> Acesso em: 13 jan 2018

MELLO, F.D. et al. Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 16, n. 1,

p.52-60, 2014. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.21134>> Acesso em: 13 jan 2018

NAVARRO A.S.S, GUIMARAES R. L. S, GARANHANI ML. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 61-8, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>> Acesso em: 14 mai 2018.

PEDROSO, M.L.R; MOTTA M.G.C. A compreensão das vulnerabilidades socioeconômicas no cenário da assistência de Enfermagem pediátrica. **Rev Gauch Enferm**, v. 31, n. 2, p.218-24, 2010.

SHONKOFF, J.P.; GARNER, A.S. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. **Pediatrics**, p. 129; 232-246, 2012. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e232.full.html>> Acesso em: 13 jan 2018

ROECKER, S.; BUDO, M.L.D.; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, June 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jan 2018

RICHTER, L.M. et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale*. **Lancet**, London, v. 0, i. 0, 2016.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA MANAUS (SEMSA). Rede Manauara. **Plano municipal de saúde de Manaus 2014 – 2017**. Disponível em: <[http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017\\_APROVADO\\_CMS\\_RESOL.096-DE-27.12.2013\\_COMPLETO.pdf](http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017_APROVADO_CMS_RESOL.096-DE-27.12.2013_COMPLETO.pdf)> Acesso em: 13 jan 2018

SILVA, L.O.L et al. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enferm.** v. 16, n. 4, p. 654-60, 2011.

SOUZA, J.M. de et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, July 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=en&nrm=iso). > Acesso em: 13 jan 2018

SILVA, D. I.; VERISSIMO, M.L.R.; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000100002&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 13 jan 2018

SILVA, D. I et al. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência das iniquidades sociais. **Rev Bras Promoç Saúde.** Fortaleza, v. 28, n. 1, p.58-66, 2015.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, June, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jan 2018

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, Mar., 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000100177&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100177&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jan 2018

WALKER, S.P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **Lancet.** v. 378, n. 9799, p. 1325-38, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care.** [Internet]. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em:

<[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)> Acesso em: 13 jan. 2018

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



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este estudo, percebi que passamos por um longo processo de desconstrução, construção e transformação ao longo das disciplinas, do estágio doutoral, da qualificação e do percurso da investigação até a defesa. Em cada uma dessas etapas são notórias as mudanças que vão acontecendo, abrindo-se uma cortina na transição de uma para a outra.

Minha convivência no Laboratório de Pesquisa em Enfermagem na Promoção da Saúde (LAPEPS), durante o estágio doutoral, foi muito importante para a aproximação com o grupo e o conhecimento dos temas sobre a promoção de saúde, principalmente quanto à aplicabilidade do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire.

O Itinerário de Pesquisa de Freire, neste estudo, representou um grande desafio na apreensão de suas etapas. Para mim, não foi nada fácil compreendê-lo e colocá-lo em prática, uma vez que suas etapas são interdependentes. No entanto, confesso que fiquei fascinada com a experiência que tive, de perceber o quanto seus componentes, como o espaço, os participantes, o diálogo, a reflexão, as relações, as interações e as ideias, confluem-se mediante o pensar a partir de uma realidade que, muitas vezes, não consideramos sua existência.

Foram várias idas e vindas ao campo de pesquisa; porém, quando aconteceu o primeiro Círculo de Cultura com os grupos de enfermeiros, passava a acreditar que haveriam os próximos, não pelo referencial metodológico, mas pela incerteza da adesão dos profissionais em participar.

Ao retomar os objetivos propostos neste estudo quanto à compreensão dos enfermeiros sobre a promoção da saúde e o *empowerment*, os resultados revelaram que ainda está muito arraigada à noção de prevenção de doenças. A impressão que se tem é de que são tantos os problemas, “as situações-limite” que permeiam suas práticas, que não conseguem ver e considerar a saúde de uma forma mais positiva, caindo naquela expressão de ter tempo só para “apagar o fogo”.

E quanto ao *empowerment*, os conceitos pronunciados pelos enfermeiros se referiram ao empoderamento individual das pessoas, em relação ao conhecimento e capacidade de enfrentamento dos problemas de saúde, reconhecido tanto nos profissionais quanto nos usuários. No entanto, a discussão deste conceito permaneceu velada em todos os encontros, dando a impressão de que não queriam levar este tema adiante.

Assim, acredito que as discussões quanto a estes conceitos levaram os enfermeiros a refletir sobre a importância da incorporação da promoção da saúde em suas práticas, não só na atenção à saúde da criança, mas da população como um todo, na área de abrangência de atuação. Também admito que a discussão deste conceito foi um ponto de abertura para o diálogo e reflexão quanto à realidade enfrentada em suas práticas, levando à percepção do entorno, das dificuldades, limites e potencialidades de suas práticas.

As práticas dos enfermeiros participantes do estudo das unidades de saúde que fizeram parte desta investigação revelaram-se permeadas por um processo de trabalho tensionado por um acúmulo de atividades e centralização de responsabilidades. Embora a proposta de investigação se limitasse às ações do enfermeiro, percebeu-se pouco articulada com demais integrante da equipe, principalmente em relação ao profissional médico, que, segundo os enfermeiros, não se envolvia com os problemas da unidade e da comunidade, devido ao pouco tempo que permanecia na Estratégia Saúde da Família.

A falta de recursos humanos, revelada pelos enfermeiros, devido ao fato de contar com um número insuficiente de Agentes Comunitários de Saúde, foi um fator de grande preocupação dos participantes para o desenvolvimento de suas práticas quanto à continuidade do cuidado, acesso e vínculo com as famílias. O acesso geográfico, prejudicado pela distância das unidades, também foi apontado como grande dificuldade e limite para o desenvolvimento de suas práticas.

O pensar a realidade das práticas dos enfermeiros os levou a refletir quanto à necessidade de efetivar e consolidar as ações de acolhimento na unidade, em que, em muitos casos, se restringia a uma mera aferição de sinais vitais e agendamento de consultas. Outra necessidade percebida foi a elaboração de um instrumento (protocolo ou manual) para auxiliar e nortear as ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

A falta de treinamento direcionado às ações de saúde da criança também foi algo dificultador às ações dos enfermeiros, bem como a pouca aproximação dos gestores distritais e coordenadores da área técnica de saúde da criança com o processo de trabalho dos enfermeiros, refletida pela falta de conhecimento da realidade de suas práticas.

Os fatores de vulnerabilidade ao desenvolvimento infantil foram fortemente indagados pelos enfermeiros no interior dos Círculos de Cultura, tendo em vista o real contexto no qual as famílias moradoras no município de Manaus se inserem, apreendido por um intenso

desordenamento habitacional, falta de saneamento básico, desemprego, pobreza, difícil acesso à alimentação adequada, alto índice de gravidez na adolescência, consumo e tráfico de drogas. Para os enfermeiros, esta realidade é assolada por poucos investimentos em ações de apoio social, pela baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família, baixo poder de aquisição material e nível da escolaridade da população em geral e a violência instalada nos bairros de abrangência das unidades de saúde.

Assim, a reflexão dos profissionais pairava na pouca expectativa de vida que as famílias apresentavam na comunidade, levando a preocupação quanto ao bem-estar dessas famílias e às relações de cuidado com suas crianças; também, ao risco quanto à negligência e à omissão de cuidados das mesmas. Esta realidade refletia nos enfermeiros sentimentos de medo, impotência e frustração no processo de trabalho e para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde.

Como potencialidades compreendidas pelos enfermeiros nas suas práticas remeteram-se à disponibilidade de uma infraestrutura adequada das unidades e o aporte dos programas governamentais “Bolsa Família” e “Leite do Meu Filho”, considerados facilitadores para a adesão ao acompanhamento das famílias e crianças.

Contudo, a última etapa da investigação (desvelamento crítico) fomentou uma discussão ampla quanto às possibilidades de enfrentamento das situações-limite percebidas e compreendidas pelos enfermeiros, sendo apontadas várias recomendações de intervenções como possibilidades de mudanças para a melhoria de suas práticas de saúde na atenção à saúde da criança.

Enfim, podemos concluir que a articulação do Itinerário de Freire e o arcabouço teórico do *empowerment* na promoção da saúde contribuiu para empoderamento dos enfermeiros participantes deste estudo. Os encontros dialógicos oportunizaram a reflexão da realidade de suas práticas na atenção à saúde da criança, possibilitando-os compreender, significar e problematizar o contexto do processo de trabalho e das condições de vida das famílias.

Esta praxis propiciou a tomada de consciências, ou seja, o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, culminando no processo de ação-reflexão-ação. Deste modo, os enfermeiros foram impulsionados a repensar suas práticas dentro dos preceitos da promoção da saúde, situando-as a ações mais integradoras entre a equipe, famílias e comunidade, de modo a valorizar os princípios da intersetorialidade, integralidade e equidade social.

Além disso, acredita-se que houve o fortalecimento destes profissionais quanto a importância de assumir o papel de mediadores do *empowerment* das famílias das crianças, por meio de práticas estimuladoras a partir de um processo de ensino/aprendizagem permeado pela dialogicidade e relações horizontalizadas.

Como limitações, considera-se que o número de participantes e abrangência local das unidades de saúde possa não representar a totalidade da realidade descoberta. Também, foi percebida a necessidade de ampliar a investigação à equipe multidisciplinar de saúde para a compreensão das práticas de saúde.

Recomenda-se novas pesquisas utilizando o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire na área da saúde, por representar uma importante ferramenta de ação-reflexão-ação da realidade vivenciada nas práticas dos profissionais de saúde.

Apresentamos algumas recomendações apreendidas nos encontros entre os grupos de enfermeiros e a pesquisadora:

- Construção de um protocolo para nortear as consultas de enfermagem no acompanhamento das crianças, adaptado às necessidades locais;
- Criação de estratégias que promovam a responsabilização das famílias quanto à sua própria saúde;
- Descentralização dos serviços para as unidades de referências (marcação de exames e consultas especializadas, farmácia);
- Maior envolvimento dos gestores distritais com os problemas enfrentados na unidade de saúde;
- Produção de trabalho de maneira qualitativa e não estritamente quantitativa (as metas estipuladas para o alcance dos indicadores não levam em consideração o diagnóstico local da área de abrangência da ESF);
- Revisão de determinação de distrito de saúde de 12 consultas de enfermagem por turno, uma vez que os enfermeiros não conseguem abarcar esta demanda;
- Recomendação de que as consultas de pré-natal sejam realizadas em dias específicos, pois demandam muito tempo para o atendimento, fazendo crianças e idosos esperarem;
- Indicação de estruturação do conselho local de saúde, para efetivação das atividades desenvolvidas (estrutura física, informação e sensibilização da comunidade quanto à existência do conselho local de saúde);

- Apoio interinstitucional efetivo quanto aos problemas sociais na comunidade (serviço social, conselho tutelar, dentre outros);
- Recomendação de intensificar e melhorar o acompanhamento dos ACS nas consultas de pré-natal e puericultura;
- Recomendação de que os Agentes Comunitários de Saúde assumam estritamente suas funções na equipe de Estratégia Saúde da Família, uma vez que encontram-se em desvio de função;
- Vinculação da consulta de puericultura com os dias de vacinação, atendimento do programa “Leite do meu filho e “Bolsa família”, como mecanismos para facilitar a adesão do acompanhamento da puericultura;
- Integração dos pais à consulta de pré-natal para aumento do vínculo com a criança e a família;
- Engajamento das famílias nos Centros de Convivência da Família (CRAES), com vistas a incentivar e aumentar as perspectivas de vida das famílias/comunidade;
- Sensibilização da equipe de saúde quanto ao conceito de promoção da saúde, de modo a incentivar o desenvolvimento das práticas promotoras da saúde.



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. et al. Avaliação dos atributos de orientação familiar e comunitária na saúde da criança. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 27, n. 5, p. 440-446, Oct. 2014 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000500009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000500009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 mar. 2018

ARAÚJO, P. J. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 6, p. 1000-7, nov/dez 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000601000&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 mar. 2018

ARIÉS P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: **Livros Técnicos e Científicos**; 2011.

ATEAH, C. A. Prenatal parent education for first-time expectant parents: “making it through labor is just the beginning...” **Journal Pediatric Health Care**, v. 27, n. 2, p. 91-97, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414974>> Acesso em: 23 jul. 2018.

AVELLAR, S. A; SUPPLEE, L. H. Effectiveness of Home Visiting in Improving Child Health and Reducing Child Maltreatment. **Pediatrics**. v. 132, n. 2, p. 90-97. Nov, 2013.

AYRES, J.R.C. M et al. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de prevenção e promoção de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (orgs.). **Tratado de Saúde coletiva**. 2 eds. Rio de Janeiro Hucitec/Fiocruz. 2012. p.970.

AZAVEDO, G.; SARAT, M. História da infância no brasil: contribuições do processo civilizador. **Educação e Fronteiras On-Line**, Dourados/MS, v. 5, n. 13 p. 19-33, jan. /abr. 2015. Disponível em: <<http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/educacao/article/view/5176>> Acesso em: 23 jul. 2018.

BACKES, D.S. et al. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 223-230, Jan. 2012.

BAQUEIRO, R.V.A. Empoderamento: instrumento de emancipação social? – uma discussão conceitual. **Revista debates**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 173-187, jan.-abr. 2012.

BATISTA FILHO, M.; CRUZ, R. de S.B.L.C. A saúde das crianças no mundo e no Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 15, n. 4, p. 451-454, Dez, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292015000400451&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000400451&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BECK, A. F et al. Determinants of Health and Pediatric Primary Care Practices. **Pediatrics**, v. 137, n. 3, March 2016. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/02/21/peds.2015-3673>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BRASIL. **Cadernos de Trabalhos e Debates**. Avanços do Marco Legal da Primeira Infância. Frente Parlamentar Mista da Primeira Infância. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Senado Federal, Brasília-DF, 2016. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2009. 100 p. (CONASS Documento; 18).

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 14ª ed. Rio de Janeiro: Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA), 2017a.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 14ª ed. Rio de Janeiro: Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDECA), 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 1.130, de 05 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)> Acesso em: 23 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 13.257, de 08 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm)> Acesso em: 23 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação.** [Internet]. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.. Disponível em: <<http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>> Acesso em: 23 jul. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância.** Brasília: Ministério da Saúde/EVIPNet Brasil, 2016. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNAPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/agosto2015/dia06/portaria1130.pdf>> Acesso em: 23 jul. 2018

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2017c. Disponível em:

<<http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>>

Acesso em: 23 jul. 2018

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:

<[vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://vsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)>

Acesso em: 03 mar. 2018

BRITTO, P.R.; ULKUER, N. Child Development in Developing Countries: Child Rights and Policy Implications. **Child Development**, v. 83, n. 1, p. 92-103, 2012. Disponível em:

<[://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22277009](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22277009)> Acesso em: 23 jul.

2018

BROWN, N.J; PLATT, M.P.W; BEATTIE, R.M. Women, children, and global public health: beyond the millennium development goals.

BMJ 2015;350: h1755

BUSS, P. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde.** in: CZERESNIA, D; FREITAS C.M., organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. 2º reimp. Rio de Janeiro:

Fiocruz; 2012. p. 176.

CAÇADOR, B.S et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. **Rev Min Enferm.** Minas Gerais, v 19, n. 3, p. 612-619, 2015. Disponível em:

<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1027>> Acesso em: 23 jul.

2018

CAMPOS, G.W.S. XV Conferência Nacional de Saúde: o que comemorar e o que criticar? **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 5-6, Mar. 2016. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000100005&lng=en&nrm=iso)>.

Acesso em: 23 jul. 2018

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. organizadores. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 176.

CARVALHAL, L.M; ANJOS, D.S; ROZENDO, C.A; COSTA, L.M.C. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral e Redução da Mortalidade Infantil em um município de Alagoas. **Rev. Bras Promoc Saude**, Fortaleza, v. 26, n. 4, p. 530-538, out./dez. 2013.

CARVALHO, E.B; SARINHO, S.W.A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE**. Recife [on line], v. 10, n. 6, 4804-12, dez, 2016. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/11259-25409-1-PB%20(1).pdf> Acesso em: 03 mar. 2018

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, Sept. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jul. 2018

CARVALHO, S.R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, Dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jul. 2018

COSTA, D.W. et al. Educação em saúde e empoderamento do usuário da estratégia saúde da família. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 96-102 jan., 2016. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/312038908>. DOI: 10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201613.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p.176.

DAMASCENO, S.S. et al. Children's Health in Brazil: orienting basic network to Primary Health Care. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro

, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, Sept. 2016 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902961&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 23 jul. 2018

DASCHEVI, J.M. et al. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**. Londrina-PR, v. 36, n. 1, p. 31-38, 2015.

Disponível em:

<<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/18032/17288>> Acesso em: 03 mar. 2018

ECKENRODE, J. et al. Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths, 19-Year Follow-up of a Randomized Trial. **Archives Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 164, n. 1, jan. 2010.

ESMERALDO, G.R.O.V et al. Tensão entre o modelo biomédico e à Estratégia Saúde da Família: a visão dos trabalhadores de saúde. **Rev. APS**, v. 20, n. 1, p. 98-106, jan/mar, 2017. Disponível em:  
<<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2710>> Acesso em: 23 jul. 2018

FARBER, M.L.Z. Farber Parent Mentoring and Child Anticipatory Guidance with Latino and African American Families. **Health & Social Work**, v. 34, n. 3, p. 179-189, 2009. Disponível em:  
<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19728477>> Acesso em: 09 abr. 2018

FERENHOF, H. A.; FERNANDES, R. F. Desmistificando a revisão de literatura como base para redação científica: método SSF. **Revista ACB: Biblioteconomia em Santa Catarina, Florianópolis, SC**: v. 21, n. 3, p. 550-563, ago./nov., 2016. Disponível em:  
<<https://revista.acbsc.org.br/racb/article/view/1194>> Acesso em: 23 jun. 2018.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 6, p. 1869-1878, June 2015 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev Paul Pediatr**, v. 31, n. 2, p.258-64, 2013.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido**. 65ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018. 256p.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FREIRE, P. **Medo e ousadia: o cotidiano do professor** / Paulo Freire, Ira Shor; tradução Adriana Lopes. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FREITAS, A.L.C.; FREITAS, L.A.A. Vocação ontológica do ‘ser mais’: ‘situa es-limites’ – aproximando Freire e Vieira Pinto. **Revista on line de Política e Gestão Educacional**, v.21, n. 2, p. 432-448, 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/9964/6654>.<http://dx.doi.org/10.22633/rpge.v21.n.2.2017.9964>.> Acesso em: 23 jun. 2018.

FREITAS, M.C. **História Social da Infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Cortez, 2016. 336p.

GADELHA, P. Conferência Nacional de Saúde: desafios para o país. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 2047-2058, Oct. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001002047&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001002047&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

GALAVOTE, H.S. et al. O trabalho do enfermeiro na aten o primária   saúde. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v 20, n. 1, p. 90-98, 2016.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n1/1414-8145-ean-20-01-0090.pdf>.> Acesso em: 23 jun. 2018.

GERTLER, P. et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. **Science**, v. 344, i. 6187, pp. 998-1001, May, 2014. Disponível em:

<<http://science.sciencemag.org/content/344/6187/998/tab-pdf>.> Acesso em: 23 jun. 2018.

GOHN, M.G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 20-31, Aug. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

GOLSÄTER, M. et al. Health counselling: parental-oriented health dialogue – na innovation for child. **Journal of Child Health Care**. London, v 13, n. 1, p. 75-88, 2009. Disponível em:

<[https://www.researchgate.net/publication/24037789\\_Health\\_counselling\\_Parental-oriented\\_health\\_dialogue\\_-\\_an\\_innovation\\_for\\_child\\_health\\_nurses10.1177/1367493508098382](https://www.researchgate.net/publication/24037789_Health_counselling_Parental-oriented_health_dialogue_-_an_innovation_for_child_health_nurses10.1177/1367493508098382)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B. et al. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, e00214516, 2018. Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2018000405013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000405013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

HEIDEMANN, I.T.S.B.; WOSNY, A. de M.; BOEHS, A. E. Promoção da Saúde na Atenção Básica: estudo baseado no método de Paulo Freire. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3553-3559, Aug. 2014. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

HORI, I. et al. Community-based behavior change promoting child health care: a response to socio-economic disparity. **Journal of Health, Population and Nutrition**, v. 35, n. 12, p. 1-10, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27098487>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Um panorama da saúde no Brasil**. Acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2017. Disponível em:

<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/manaus/panorama>> Acesso em: 07 mai. 2018.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. - Brasília: Ipea: MP, SPI, 2014. 208p.

JACOWSKI, M. et al. Trabalho em equipe: percepção dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, p. 1-9, abr./jun. 2016. Disponível em: <[https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/15145/pdf\\_41](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/download/15145/pdf_41)> Acesso em: 23 jun. 2018.

KLEBA, M.E.; WENDAUSEN, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 733-743, Dec. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

LABONTE, R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. **Health Education Quarterly**, New York, v. 21, p. 253268, 1994.

LABONTÉ, R. Health Systems Governance for health equity: critical reflections. **Rev. Salud Publica (Bogotá)**. v. 12, n. 1, p. 62-76. 2010.

LALONDE, M. **El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva canadiense**. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Promoción de la Salud: una antología. Washington: Opas, 1996.

LAVERACK, G. **Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice**. 3 rd edn. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2015.

LEAVELL, H. & CLARK, E. G. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. New York: **McGraw-Hill** Inc., 1965. 744 pp.

LIMA, P.A.P; BARBALHO, E. V. Evidências científicas sobre a política nacional de atenção à saúde da criança. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 5, n. 2. P. 134-142, 2015. Disponível em: <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/fisioterapia/article/viewFile/506/456>> Acesso em: 23 jun. 2018.

LOPES, A.A.F. Cuidado e Empoderamento: a construção do sujeito responsável por sua saúde na experiência do diabetes. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 486-500, June 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200486&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200486&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

LUNA, M.R.S; OLIVEIRA, S.E.B. O Sistema Único de Saúde na realidade de Manaus: um paradigma para análise. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 16, n. 1, p. 91-106, jan.-jun. 2010.

MALTA, D.C. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, June 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601683&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

MARRISON et al. Systematic review parenting interventions in European countries aiming to reduce social inequalities in children's health and development. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1040, p. 2-13, 2014. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1040>> Acesso em: 23 jun. 2018.

MEDEIROS, E.A.G.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira. **Rev Min Enferm.** v. 17, n. 2, p. 462-467, abr/jun, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/663>> Acesso em: 23 jun. 2018.

MELLO, F.D. et al. Vulnerabilidades na infância: experiências maternas no cuidado à saúde da criança. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 16, n. 1, p.52-60, 2014. Disponível em:  
<<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.21134>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec – Abrasco, 2014.

NAVARRO, A.S.S; GUIMARAES, R.L.S; GARANHANI, M.L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Rev Rene**, v. 17, n. 1, p. 61-8, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

OGUNRINDE O. G. et al. Knowledge, Attitude and Practice of Home Management of Childhood Diarrhoea among Caregivers of Under-5 Children with Diarrhoeal Disease in Northwestern Nigeria. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 58, n. 2, p. 143-146, 2014.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

PAIVA, C.H.A.; TEIXEIRA, L.A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan/mar. 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

PERKINS, D. Empowerment. In: COUTO, R. (Ed.). **Purposes of Political and Civic Leadership**. THOUSANDE OAKS, CA: Sage Publications, Inc., 2010, p. 207-219. Disponível em: <[https://my.vanderbilt.edu/perkins/le s/2011/09/25. Empowerment\\_chapter.penultimate\\_draft.doc](https://my.vanderbilt.edu/perkins/le s/2011/09/25. Empowerment_chapter.penultimate_draft.doc)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

PIRES, M.R.G.M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1710-1715, Dec. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000800013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

PLUMRIDGE, E; SMITH, F. A.; ROSS, J. Parents and nurses during the immunization of children – where is the power? A conversation analysis. *Family Practice: in International Journal*, 2008.

POLIT, D.F; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 658p.

PORTAL AMAZONIA. **Amazônia de A a Z**. Disponível em: <http://portalamazonia.com.br/amazoniadeaz/>. Acesso 18 Jan 2017.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 228p.

RAMOS, M.K.P; LIMA, A.M.C. de; GUBERT, M.B. Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: resultados de uma pactuação interfederativa no Sistema Único de Saúde. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 28, n. 6, p. 641-653, Dec. 2015 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732015000600641&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732015000600641&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

REICHER, A.P.S. Vigilância do desenvolvimento infantil: práticas de enfermeiras após capacitação. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 954-62. set.-out. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt\\_0104-1169-rlae-23-05-](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-)

00954.pdf DOI: 10.1590/0104-1169.0272.2636.> Acesso em: 23 jun. 2018.

REICHERT, A.P.S. et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, jan. 2016. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100119&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2375-2382, Aug. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000802375&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802375&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

RIGER S. What's wrong with empowerment. **American Journal of Community Psychology**, n. 21, n. 3, p. 279-292, 1993. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1007/BF00941504>> Acesso em: 23 jun. 2018.

ROECKER, S.; BUDO, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 641-649, June. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

ROSO, A.; ROMANINI, M. Empoderamento individual, empoderamento comunitário e conscientização: um ensaio teórico. **Psicologia e Saber Social**, v. 3, n. 1, p. 83-95. 2014.

SECRETARIA MUNICIAPL DE SAÚDE DA MANAUS (SEMSA). **Indicadores de Saúde**. Disponível em: <<http://semsa.manaus.am.gov.br/educacao-na-saude/>>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SECRETARIA MUNICIAPL DE SAÚDE DA MANAUS (SEMSA). **Rede Saúde Manauara**. Disponível em: <[https://issuu.com/architextura/docs/cartilha\\_semsa\\_final\\_web\\_issu](https://issuu.com/architextura/docs/cartilha_semsa_final_web_issu)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SEMSA). **Plano Municipal de Saúde de Manaus 2014 – 2017**. Disponível em:

<[http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017\\_APROVADO\\_CMS\\_RESOL.096-DE-27.12.2013\\_COMPLETO.pdf](http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017_APROVADO_CMS_RESOL.096-DE-27.12.2013_COMPLETO.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DA MANAUS (SEMSA). **Relatório de Gestão**. Unidade Básica de Saúde Dom Milton Correa. Prefeitura Municipal de Manaus, Secretaria de Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Gestão**. Unidade Básica de Saúde Enf. Ivone Lima dos Santos. Prefeitura Municipal de Manaus, Secretaria de Saúde, 2016.

SEVALHO, G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-188, Mar., 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000100177&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000100177&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SHONKOFF, J.P.; GARNER, A.S. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. **Pediatrics**, p. 129; 232-246, 2012. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/e232.full.html>> Acesso em: 23 jun. 2018.

SILVA, D.I.; VERISSIMO, M.L.R.; MAZZA, V.A. Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.** São Paulo, v. 25, n. 1, p. 11-18, 2015. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822015000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SILVA, R. M. M. da et al. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1217-1224, abri. 2015.

SILVA, R. M. M. et al. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.

1217-1224, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>> Acesso em: 23 jun. 2018.

SILVA, T. A. M; FRACOLLI, L.A.; CHIESA, A. M. Professional Trajectory in the Family Health Strategy: Focus on the Contribution of Specialization Programs. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 148-55, Jan-Feb 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/20.pdf>.> Acesso em: 23 jun. 2018.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, June, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200584&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

SOUZA, C. G.; MOREIRA, D.; BOURGUIGNON, J. A. Aproximações entre participação e empoderamento em uma perspectiva emancipatória. **Revista NUPEM**, Campo Mourão, v. 6, n. 11, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.fecilcam.br/revista/index.php/nupem/article/view/360>.> Acesso em: 23 jun. 2018.

SOUZA, J.M. de et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p. 2265-2276, July 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702265&lng=en&nrm=iso).> Acesso em: 23 jun. 2018.

SOUZA, M.G.; MANDU, E.N.T.; ELIAS, A.N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 772-779, 2013.

STÁBILE, A.P *et al.* Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Rev. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 22, n. 1, p.31-41, jan./abr 2013.

SUMAR, N; FAUSTO. M.C.R. Primary Health Care: the construction of an expanded concept. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Dell/Downloads/217-

Texto%20do%20artigo-271-1-10-20150825.pdf.> Acesso em: 23 jun. 2018.

TENGLAND, P.A. Behavior Change or Empowerment: On the Ethics of Health-Promotion Strategies. *Public Health Ethics*, v. 5, Issue 2, July 2012, Pages 140–153.

UNITED NATIONS. **The Millennium Development Goals Report**. New York, 2015. Disponível em:  
<[http://www.un.org/millenniumgoals/2015\\_MDG\\_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf)> Acesso em: 12 jun 2018.

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. 326-331, 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

VAZ, E.M.C. et al. Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 49-54, 2015. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000400049&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400049&lng=en&nrm=iso)>. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51862>> Acesso em: 12 jun 2018.

VIEIRA, V.C.L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm**, v. 17, n. 1, p. 119-25, 2012. Disponível em:  
<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26384>.<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26384>> Acesso em: 12 jun 2018.

WALKER, S.P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **Lancet**. v. 378, n. 9799, p. 1325-38, 2011.

WANDERLEY, L.E.W. Realismo utópico: o público e o intertransdisciplinar. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 121-132, 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2018.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. **Tratado de saúde coletiva**. 2ed. São Paulo: Hucitec; 2013. p.635-66. 968p

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy**. Adelaide: WHO, 1988. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>> Acesso em: 23 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health**. Sundsvall: WHO, 1991. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>> Acesso em: 23 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care**. [Internet]. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Disponível em: <[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)> Acesso em: 23 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Helsinki Statement on Health in All Policies**. Finland: WHO, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/docs/bangkok.html>. Acesso em: 18 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **7th Global Conference on Health Promotion**. Nairóbi: WHO, 2009. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/>.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifth Global Conference on Health Promotion**. México: 2000. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/>.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fourth International Conference on Health Promotion**. Jacarta: WHO, 1997. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>> Acesso em: 23 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Bangkok Charter for Health Promotion**. Geneva: 2005. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/docs/bangkok.html>. Acesso em: 30 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO; 1986.

\_\_\_\_\_. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **9th Global Conference on Health Promotion**. Shanghai: WHO, 2016. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/>.

YAKUWA, M. S. et al. Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 25. n. 4, e2670015, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt\\_0104-0707-tce-25-04-2670015.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2670015.pdf).> Acesso em: 12 jun 2018.

## APÊNDICES



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) Senhor (a)

Gostaria de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada “PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DO *EMPOWERMENT*”, tendo como objetivos:

#### Geral:

- Conhecer a compreensão dos enfermeiros quanto às práticas na atenção à saúde da criança a partir da perspectiva do *empowerment* na promoção da saúde.

#### Objetivos Específicos:

- Conhecer a percepção dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família quanto a promoção da saúde e o *Empowerment*;
- Dialogar com os enfermeiros da Estratégia Saúde da Família quanto a importância da promoção saúde em suas práticas na atenção à criança.
- Compreender as dificuldades, limites e potencialidades das práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança.

O método utilizado compreenderá encontros dialógicos por meio de “Círculos de Cultura” de Paulo Freire, o qual se dará em três momentos: Investigação Temática; Codificação e Descodificação e Desvelamento Crítico.

É importante destacar que a proposta do estudo envolve exclusivamente a realização de diálogos em grupo com questões abertas, não será incluído nenhum tipo de coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. Os diálogos serão gravados em áudio e transcritos posteriormente para fins acadêmicos. Ainda será garantido o anonimato dos participantes e das instituições de saúde envolvidas.

A pesquisa não apresenta riscos físicos aos participantes do estudo, porém se alguma questão causar constrangimento no momento da coleta de dados, o senhor (a) poderá negar-se a respondê-la ou retirar-se, pois sua participação é livre e voluntária.

O benefício da pesquisa será promover aos participantes, reflexões quanto as suas práticas na atenção à saúde da criança, a fim de possibilitar intervenções em seus processos de trabalho e na comunidade.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui esclarecido (a), de forma clara e detalhada, sobre os objetivos, percurso metodológico e contribuições de estudo.



Universidade do Estado do Amazonas  
Av. Djalma Batista, 3578 - Flores  
CEP: 69050-010 / Manaus - AM  
[www.uea.edu.br](http://www.uea.edu.br)

**GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS**

Ciente das informações acima citadas, concedo a autorização para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e da Resolução COFEN 311/2007. A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa.

- A segurança de que não serei identificado (a) na discussão que será realizada e pelo pesquisador, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas.

- A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa.

- A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa, e publicações de caráter acadêmico e de que ficarão sob a guarda dos pesquisadores por cinco anos, podendo ser requisitadas por mim a qualquer momento.

Ciente, \_\_\_\_\_ eu concordo em participar desta pesquisa.

Manaus, de \_\_\_\_\_ de 2017.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Orientador  
Ivone Tezinhá: Schuller Buss Heidemann

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora  
Aldalice Pinto de Aguiar  
CPF 60190361204  
[aldapaguiar@hotmail.com](mailto:aldapaguiar@hotmail.com)  
(092)98200-4115  
Universidade do Estado do Amazonas  
Av. Djalma Batista, 3578- Flores



Universidade do Estado do Amazonas  
Av. Djalma Batista, 3578 - Flores  
CEP: 69050-010 / Manaus - AM  
[www.uea.edu.br](http://www.uea.edu.br)

## APÊNDICE B - FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS  
ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Pesquisa de doutorado: Promoção da saúde da criança: prática dos enfermeiros na perspectiva do *empowerment*

### FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Data: _____
Unidade de Saúde: _____
Nome do participante: _____
Idade: _____
Sexo: _____
Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família: _____
Pós-Graduação: _____

Observações: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Assinatura do pesquisador: _____
Assinatura do auxiliar de pesquisa: _____



## APÊNDICE C – QUADRO SÍNTESE DOS CÍRCULOS DE CULTURA COM TEMAS GERADORES, CODIFICAÇÃO/DESCODIFICAÇÃO E DESVELAMENTO CRÍTICO

<b>TEMAS GERADORES EMERGIDOS NOS CÍRCULOS DE CULTURA</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acúmulo de atividade dos profissionais enfermeiros</li> <li>2. Baixa cobertura da ESF local</li> <li>3. Dificuldade de incorporação da promoção da saúde nas práticas dos enfermeiros</li> <li>4. Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças</li> <li>5. Fragilidade ou pouca participação social</li> <li>4. Condições sociais desfavoráveis</li> <li>6. Vulnerabilidade social</li> <li>7. Gravidez na adolescência</li> <li>8. Violência</li> <li>9. Pouca oferta de alimentação saudável</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Trabalho centrado na lógica da produtividade</li> <li>11. Falta de treinamento dos enfermeiros</li> <li>12. Limitação de recursos humanos</li> <li>13. Inserção de até cinco equipe eSF em uma UBS</li> <li>14. Dificuldade de acolhimento às famílias</li> <li>15. Modelo de saúde biomédico</li> <li>17. Falata de apoio distrital às ações</li> <li>18. Dificuldade processo de trabalho</li> <li>19. Trabalho centrado em metas quantitativas</li> <li>20. Dificuldade de vínculo com as famílias</li> </ol>	
<b>TEMAS GERADORES SELECIONADAS PELOS PARTICIPANTES PARA A DISCUSSÃO NOS CÍRCULOS DE CULTURA</b>		
<b>TEMA GERADOR</b>	<b>CODIFICAÇÃO E DESCODIFICAÇÃO</b>	<b>DESVELAMENTO CRÍTICO</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acúmulo de atividades dos profissionais enfermeiros</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Responsabilidade pela maioria das ações programáticas (inclusive campanhas nacionais de programas);</li> <li>– Atendimento à população fora da área de abrangência;</li> <li>– Gerenciamento de conflitos tanto da equipe de saúde quanto da população atendida;</li> <li>– Grande rotatividade do profissional médico, principalmente do programa mais médico;</li> <li>– Execução de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>_ Distribuição de funções de acordo com a atribuição de cada profissional de APS;</li> <li>_ Recadastramento ou atualização da população no território da área de abrangência;</li> <li>_ Criação de uma política de responsabilização dos usuários quanto a sua própria saúde (as grávidas por exemplo que iniciam o pré-natal e não segue as orientações e quando chega na maternidade, é sempre o</li> </ul>

	<p>atividades que não competem com as ações do enfermeiro (responsabilidade pela farmácia na unidade);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Acúmulo de atividades burocráticas e administrativas;</li> </ul> <p>Distribuição de funções pela gestão geral de forma não igualitária (o profissional médico dificilmente se envolve em atividades burocráticas, administrativas e em ações comunitárias).</p>	<p>profissional que passa por irresponsável);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Descentralização dos serviços para as unidades de referências (marcação de exames e consultas especializadas, farmácia);</li> </ul> <p>Recomendação de que os enfermeiros assumam somente atividades que condizem com as do exercício profissional.</p>
<p>2.Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dificuldade de realização de busca ativa das crianças/familiares (falta de segurança na comunidade e dificuldade de acesso a população devido o distanciamento geográfico, tanto dos profissionais aos usuários quanto dos usuários ao serviço), visto que alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS) não moram no bairro da área de abrangência;</li> <li>– Alguns ACS encontram-se com desvio de função, os quais, já possuem curso técnico de enfermagem e assumem outras funções na UBS);</li> <li>– Falta de comprometimento dos ACS nas ações de atenção à saúde;</li> <li>– Falta da capacitação e sensibilização dos ACS quanto a importância da promoção da saúde</li> <li>– Falta de compromisso das mães</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Recomendação de melhor acompanhamento dos ACS nas consultas de pré-natal e puericultura;</li> <li>– Criação de um instrumento (formulário, protocolo ou manual local) que auxilie os ACS e os enfermeiros a fazer o acompanhamento das crianças;</li> <li>– Recomendação de que os ACS assumiram apenas suas funções na eSF;</li> <li>– Vinculação a consulta de puericultura com os dias de vacinação, atendimento do programa “Leite do meu filho e “Bolsa família”;</li> <li>– Efetivação do agendamento de consulta do puerpério pela maternidade por meio de e-mail, após a alta</li> <li>– Busca ativa das crianças pelos ACS para o acompanhamento;</li> <li>– Educação em saúde quanto a</li> </ul>

	<p>(não retornam para o acompanhamento);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mudança de endereço das mães/famílias</li> <li>- Número de ACS insuficientes</li> <li>- Falta de um prontuário eletrônico ou instrumento que auxilie nos registros de informação, cadastros e acompanhamento a criança;</li> <li>- Dificuldade de organização do serviço para o atendimento a criança;</li> <li>- Dificuldade de referência e contra-referência dos serviços (maternidades e Centros de Atenção Integral a Criança (CAIC);</li> <li>- Falta de treinamento da equipe quanto ao atendimento a criança</li> <li>- Demandas centradas no modelo médico, assistencial e curativo (ênfase à procura do serviço em caso de doença);</li> <li>- Falta de compromisso das mães (não retornam para o acompanhamento);</li> <li>- Pouco envolvimento do profissional médico nas atividades de equipe;</li> <li>- Dificuldade do trabalho em equipe;</li> <li>- Dificuldade de reagendamento</li> </ul> <p>(atendimento a livre</p>	<p>importância do cuidado a criança;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integração dos pais a consulta de pré-natal para aumento do vínculo com a criança e a família;</li> <li>- Envolvimento dos demais profissionais da equipe às ações de PS da criança;</li> <li>- Sensibilização da equipe de saúde quanto ao conceito de promoção da saúde;</li> <li>- Realização de rodas de conversas com as mães das crianças e familiares</li> </ul>
--	--	---

	<p>demanda, dificuldade para agendar o retorno na recepção, as vezes o usuário precisa retornar à unidade para fazer o reagendamento);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixa cobertura na ESF no município</li> <li>- Falta de disponibilidade da caderneta de vacina na rede atualmente</li> </ul>	
<p>3. Dificuldade de incorporação da promoção da saúde às práticas dos enfermeiros</p> <p>4. Fragilidade ou pouca participação social</p>	<p>Condições sociais desfavoráveis: pobreza, consumo de drogas, desemprego</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de compreensão quanto ao conceito de promoção da saúde;</li> <li>- Falta de treinamento específicos aos enfermeiros quanto ao atendimento à criança;</li> <li>- Pouca participação em ações comunitárias;</li> <li>- Falta de integração com a comunidade e controle social;</li> <li>- Medo do se expor na comunidade devido ao alto índice de violência;</li> <li>- Dificuldade no processo de trabalho para atender na lógica da ESF;</li> <li>- Dificuldade de realização de busca ativa das crianças/familiares (falta de segurança na comunidade, acesso geográfico e longevidade, desvio de função dos ACS na unidade);</li> <li>- Dificuldade de organização do serviço para o atendimento a criança (falta de um</li> </ul>	

	<p>protocolo específico para atendimento a criança);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demandas centradas no modelo médico, assistencial e curativo (cultura do usuário da procura ao serviço em caso de doença);</li> <li>- Baixa cobertura da ESF no município;</li> <li>- Falta de disponibilidade da caderneta de vacina na rede atualmente</li> <li>- Maior participação dos profissionais no conselho local de saúde;</li> <li>- Falta de estruturação do conselho (locais de reuniões, pessoal, material de escritório, permanente);</li> <li>- Pouca atuação da comunidade (cobrança nas melhorias de serviço);</li> <li>- Desconhecimento da população da existência do conselho local de saúde;</li> <li>- Falta de prioridade do desenvolvimento de atividade de promoção a saúde;</li> <li>- Não inclusão de atividade de PS no planejamento das ações locais e de âmbito municipal;</li> <li>- Falta de vínculo de serviço com a comunidade (usuários);</li> <li>- Falta de incentivo as ações de PS da secretaria da gestão local e distrital;</li> <li>- Devido</li> </ul>	
--	--	--

	<p>atendimento a livre demanda, há a dificuldade de reunir grupos como: idosos, mulheres e etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acumulo de atividades dos enfermeiros;</li> <li>- Força de trabalho dos enfermeiros voltadas para alcance de metas;</li> </ul>	
<p>5. Condições sociais desfavoráveis</p> <p>6. Violência na área de abrangência</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto índice de desemprego;</li> <li>- Tráfico de droga como principal meio de vida;</li> <li>- Problemas emocionais e psicológico na população (pobreza, depressão, pouca expectativa de vida);</li> <li>- Baixa renda e escolaridade materna/familiares;</li> <li>- Trabalho informal das mães, as quais não lhes é dado o direito das consultas de pré-natal e puericultura;</li> <li>- Dificuldade de acesso a população, devido impedimento de moradores a andar pelas ruas do bairro (toque de recolher);</li> <li>- Dificuldade de vínculo com a comunidade;</li> <li>- Dificuldade de desenvolver as ações do Programa Saúde na Escola;</li> <li>- Medo e frustração dos profissionais enfermeiros;</li> <li>- Pouca preocupação da gestão distrital quanto as condições de violência e segurança na área de abrangência da UBS;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserção e reforço da cultura, lazer, esporte e centros de apoio às comunidades locais;</li> <li>- Incentivo a melhoria da perspectiva de vida para a população;</li> <li>- Criação de grupos comunitários como apoio social e espiritual;</li> <li>- Maior acessibilidade e intersetorialidade (serviço de psicologia, social e dentre outros);</li> <li>- Melhorar a educação, principalmente a materna;</li> <li>- Indicação de que as mães tenham emprego com garantia de seguridade social, para terem o direito a comparecer nas consultas de pré-natal e de puericultura;</li> <li>- Melhorar a infraestrutura dos bairros da área de abrangência da ESF.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Impacto cultural entre comunitários e profissionais quanto os casos violência e negligência contra criança, drogadição e prostituição;</li> <li>– Exposição de riscos quanto aos cuidados à criança (nutrição inadequada, acidentes domésticos na infância e emocionais e psicológicos);</li> <li>– Pouco acesso a alimentação saudável;</li> <li>– Falta de saneamento básico no território da área de abrangência</li> <li>– Número de filhos (3 a 5filhos);</li> <li>– Maternidade precoce;</li> </ul>	
<p>7. Trabalho centrado na lógica da produtividade</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– As metas estipuladas para o alcance dos indicadores, não leva em consideração o diagnóstico local da área de abrangência da ESF;</li> <li>– A determinação de 12 consultas de enfermagem por turno, dificulta a realização de outras atividades como: visita domiciliar, educação em saúde, PSE e demandas administração da unidade.</li> <li>– Desconhecimento por parte da gestão distrital da realidade vivenciada pelas equipes de ESF;</li> <li>– Tomada de decisões da gestão distrital quanto as metas de produção sem a participação dos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estabelecimento de metas considerando a realidade local das ESF;</li> <li>– Redução do número de consultas de enfermagem por turno;</li> <li>– Recomendação de que as consultas de pré-natal sejam realizadas em dias específicos, pois demandam muito tempo para o atendimento, fazendo crianças e idosos esperarem;</li> <li>– Conhecimento da realidade e acompanhamento do processo de trabalho das eSF pela gestão distrital;</li> <li>– Participação dos enfermeiros da ESF no planejamento da gestão distrital;</li> </ul>

	<p>profissionais das unidades;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Comprometimento da qualidade do serviço e dificuldade de avaliação das ações;</li> <li>– Falta de organização e estrutura operacional (sistema de informação que facilitasse os registros de atendimento, análise e levantamento dos históricos do paciente para otimização do trabalho);</li> <li>– Agendamento de consultas em livre demanda (diversifica os atendimentos com demandas rápidas e outras mais demoradas, seguimento);</li> <li>– Desmotivação dos profissionais de enfermagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Indicação de cobrança de produção direcionada para a qualidade do serviço e não quantidade (criação e disponibilização de um instrumento com ênfase na qualidade das ações);</li> </ul>
<p>8. Falta de treinamento dos enfermeiros</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pouca disponibilidade de treinamento específico direcionado as ações de atenção à saúde da criança;</li> <li>– Desconhecimento dos enfermeiros quanto a disponibilidade de manuais e protocolos de atendimento à criança pelo Ministério da saúde;</li> <li>– Pouco conhecimento da realidade das práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança pela gestão distrital (responsável técnico).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Envolvimento dos representantes da área técnica de saúde da criança nas ações;</li> <li>– Realização de treinamento regularmente sobre as ações de atenção à saúde da criança</li> <li>– Concessão de um horário no expediente para que o enfermeiro realize cursos e treinamentos a distância, como é cedido para os médicos do programa mais médicos, um dia na semana para fazerem especialização na ESF</li> <li>– Indicação de capacitação dos profissionais quanto as ações de saúde da criança na agenda anual (plano de gestão, coordenação</li> </ul>

		técnica da área de saúde da criança)
9. Limitação de recursos humano	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe de saúde incompleta;</li> <li>- Técnico de enfermagem da ESF assumindo 30 horas na UBS;</li> <li>- Reposição de pessoal quando houver déficit na equipe de ESF, há muitas equipes sem médicos, sem enfermeiros e técnicos de enfermagem;</li> <li>- Alto índice de absenteísmo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recomendação:</li> <li>- Reposição de recursos humanos;</li> <li>- Valorização dos profissionais de saúde (técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde);</li> <li>- Incentivo financeiro (salarial).</li> </ul>
10. dificuldade de acolhimentos às famílias	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não realização de acolhimento aos usuários da UBS;</li> <li>- Falta de determinação da gestão para realização do acolhimento</li> <li>- Falta de normatização, planejamento para execução desta atividade;</li> <li>- Falta de capacitação profissional para execução desta atividade</li> <li>- Distorção do acolhimento (triagem, preparo, recepção);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetivação do acolhimento na UBS;</li> <li>- Treinamento dos profissionais quanto a atendimento no acolhimento;</li> <li>- Pactuação das ações de acolhimento nas produções mensais.</li> </ul>



## **ANEXOS**



# ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS (UEA)



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DO EMPOWERMENT

**Pesquisador:** Aldalice Pinto de Aguiar

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 68563717.7.0000.5016

**Instituição Proponente:** Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.110.911

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado intitulado PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DO EMPOWERMENT, da pesquisadora responsável Aldalice Pinto de Aguiar. O estudo tem como objetivo de conhecer as práticas dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de promoção da saúde de crianças menores de 5

anos. Como fundamentação teórica será utilizado as bases conceitos dos campos de promoção da saúde das ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades pessoais e reforço da ação comunitária na perspectiva do termo empowerment e sua aproximação com o pensamento de Paulo Freire. Pesquisa de abordagem qualitativa a luz do método de "Círculos de Cultura" adaptado do Itinerário de Pesquisa do educador Paulo Freire, compreendido como espaços dinâmicos de aprendizagem, onde os participantes ao desenvolverem pensamentos crítico reflexivo sobre as situações reais vivenciadas, tornando-se capazes de transformar suas práticas sociais e de saúde, sendo o método desenvolvido em três momentos: Investigação temática; Codificação e decodificação; Desvelamento crítico. A pesquisa se dará no município de Manaus/Amazonas,

sendo a coleta dos dados realizada nas unidades de saúde da secretaria municipal de Saúde dos Distritos de Saúde Leste e Oeste, os sujeitos participantes do estudo serão 20 enfermeiros da Estratégia Saúde da Família, perfazendo um total de 5 encontros de "Círculos de Cultura" em um

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 2.110.911

possibilitem a comunidade e mães cuidadoras de suas crianças a mudanças de comportamentos e hábitos saudáveis para melhora de qualidade de vida.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa reveste-se de relevância acadêmica, social e educativa por se tratar de práticas desenvolvidas pelo enfermeiro no exercício profissional empoderado das melhores práticas que visem a promoção integral da saúde. Portanto, conhecedor das Redes de Atenção a Saúde (RAS), criadas para organizar e integrar os serviços de saúde, dispo de apoio técnico, estatístico e de gestão para prestar assistência contínua e integral à determinada população, de modo superar a fragmentação das ações e contribuir com a operacionalização do SUS em busca de melhores resultados sanitários e econômicos para a saúde

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

Foram depositados no Sistema Plataforma Brasil, de acordo com a Resolução 466/12 os seguintes termos obrigatórios:

- a) O projeto de pesquisa;
- b) A carta de anuência da instituição investigada, assinada e carimbada;
- c) Os currículos lattes do pesquisador e orientador
- d) A folha de rosto assinada pelo pesquisador e pela instituição proponente;
- e) O TCLE;
- f) O instrumento de coleta de dados;
- g) O Cronograma atualizado.

**Recomendações:**

Sem recomendações.

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

Sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	18/05/2017		Acelto

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: ctapada

CEP: 60.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.110.911

Básicas do Projeto	ETO_905648.pdf	16:30:35		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Novo.docx	18/05/2017 16:30:06	Aldalice Pinto de Aguiar	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Tetalhado.doc	29/04/2017 11:54:38	Aldalice Pinto de Aguiar	Aceito
Outros	teste038.jpg	29/04/2017 11:29:52	Aldalice Pinto de Aguiar	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	29/04/2017 11:26:34	Aldalice Pinto de Aguiar	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_DOC.docx	29/04/2017 11:04:00	Aldalice Pinto de Aguiar	Aceito

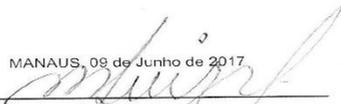
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MANAUS, 09 de Junho de 2017



 Assinado por:  
 Manoel Luiz Neto  
 (Coordenador)

**Prof. M.Sc. Manoel Luiz Neto**  
 Coordenador  
 Comitê de Ética em Pesquisa  
 ESA / UEA

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: ccp.uea@gmail.com



## ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE MANAUS-AM



Av. Mário Ypiranga, 1695 – Adrianópolis –  
Manaus – AM  
CEP 69057-002 | Tel.: 3236-8987  
gesau@pmm.am.gov.br  
semsa.manaus.am.gov.br

Autorização para Pesquisa nº 28/2017 – GESAU/SEMSA

Manaus, 20 de junho de 2017.

### AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NA SEMSA

Declaramos para os devidos fins que a Gerência de Gestão da Educação na Saúde - GESAU autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

**TÍTULO:** PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA: PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DO EMPOWERMENT.

**PESQUISADOR RESPONSÁVEL:** ALDALICE PINTO DE AGUIAR

**PROFESSOR ORIENTADOR:** IVONETE TERESINHA SCHULTER BUSS HEIDEMAN

**INSTITUIÇÃO DE ENSINO:** UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS-UEA

**PERÍODO DE REALIZAÇÃO:** 01/07/2017 a 01/07/2018

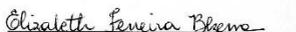
**LOCAIS DA PESQUISA:** Distritos de Saúde Norte, Leste e Oeste.

Informamos que o pesquisador responsável apresentou o parecer ético consubstanciado (anuência) emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP assegurando que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS 466/2012 e suas complementares; e os objetivos e a metodologia para seu desenvolvimento não irão interferir no fluxo normal da Instituição; não serão utilizados insumos da SEMSA (recursos humanos, material de expediente etc.); nem gerarão ônus para a Secretaria.

Salientamos que esta autorização foi deferida pelo Departamento de Atenção Primária - DAP é voluntária, podendo a qualquer momento ser solicitado esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada. A mesma corresponde ao projeto básico encaminhado previamente ao gestor do Local da Pesquisa pela Gerência de Gestão da Educação na Saúde.

Enfatizamos que o PESQUISADOR RESPONSÁVEL SE COMPROMETE em apresentar cópia deste documento ao gestor do Local da Pesquisa.

Dessa forma, solicitamos que a realização da pesquisa seja acompanhada assegurando o bem-estar dos participantes e pesquisadores.

  
ELIZABETH FERREIRA BEZERRA

Gerência de Gestão da Educação na Saúde  
Departamento de Gestão do Trabalho e Educação, em exercício

  
ALDALICE PINTO DE AGUIAR

Pesquisador (a) Responsável

601903612-04  
CPF

03.07.17  
DATA