



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

ELAINE ALANO GUIMARÃES MEDEIROS

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DA  
ENFERMAGEM BRASILEIRA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA  
CRIANÇA**

Florianópolis – SC  
2012



ELAINE ALANO GUILMARÃES MEDEIROS

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DA  
ENFERMAGEM BRASILEIRA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA  
CRIANÇA**

Dissertação apresentada como requisito final para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Linha de Pesquisa:** O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

**Orientadora:** Dra. Astrid Eggert Boehs

Florianópolis – SC  
2012

**Catálogo na Fonte pela Biblioteca Universitária da Universidade  
Federal de Santa Catarina**

M488a Medeiros, Elaine Alano Guimarães  
Análise da produção de conhecimento da enfermagem  
brasileira na promoção da saúde da criança [dissertação] /  
Elaine Alano Guimarães Medeiros; orientadora, Astrid Eggert  
Boehs. - Florianópolis, SC, 2012.  
156 p.: il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Promoção da saúde - Crianças. 3.  
Educação em saúde. I. Boehs, Astrid Eggert. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

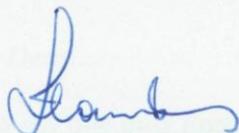
ELAINE ALANO GUIMARÃES MEDEIROS

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DA  
ENFERMAGEM BRASILEIRA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA  
CRIANÇA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

**MESTRE EM ENFERMAGEM**

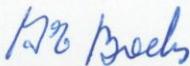
e aprovada em sua versão final no dia 09 de fevereiro de 2012, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**



---

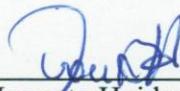
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa

**Banca Examinadora:**



---

Dra. Astrid Eggert Boehs  
Presidente



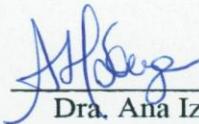
---

Dra. Ivonete Heidemann  
Membro



---

Dra. Marta Verdi  
Membro



---

Dra. Ana Izabel Jatobá  
Membro



## DEDICATÓRIA

*Dedico esta dissertação a Deus...*

*Meu refúgio nos momentos em que quis fugir do mundo;*

*Minha fortaleza nas horas difíceis em que me senti fraca;*

*Meu melhor amigo, que me sonda e me conhece como ninguém.*

*A Ele, toda a minha gratidão!*



## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu esposo *Deyvid* por me dedicar seu amor, companheirismo e amizade. Obrigada por me confortar nas horas difíceis, pelas privações e paciência necessárias nesta importante etapa de minha caminhada, e por me incentivar sempre a crescer. Te amo muito!

Aos meus pais, *Elias e Elizabete*, pelo amor e carinho incondicional, por acreditarem em mim e na minha capacidade, por entenderem a minha ausência enquanto escrevia esta dissertação. Obrigada pelos abraços, as palavras de carinho e as orações elevadas a Deus em meu favor.

Aos meus *irmãos*, melhores amigos, grandes companheiros e incentivadores que durante esta caminhada me ajudaram através do seu exemplo, carinho e força.

Aos meus *familiares e amigos* que me proporcionaram muitos momentos de alegria e descontração, contribuindo com uma dose, sempre generosa, de ânimo nesta caminhada.

A minha querida professora *Astrid* que com sabedoria me orientou nesta jornada. A esta mulher que, lá na graduação, Deus colocou em meu caminho, dedico minha admiração, respeito e muito carinho. Queira Deus que nossos caminhos ainda se encontrem neste mundo e também no porvir.

As queridas professoras *Ivonete, Marta e Ana Izabel* e as colegas *Gisele e Margarete* que sem delongas aceitaram participar da banca examinadora desta dissertação, contribuindo com o meu aprendizado enquanto nova pesquisadora e com a produção de conhecimento.

A *todos os enfermeiros* que se preocupam em produzir conhecimento, contribuindo assim para a melhoria do cuidado prestado e, conseqüentemente, para a promoção da saúde.



MEDEIROS, Elaine Alano Guimarães. **Análise da produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança** [dissertação]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011. 156p.

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa com o objetivo de caracterizar a produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança e analisar esta produção quanto aos cuidados para a promoção da saúde relacionando-os com a Carta de Ottawa, que foi realizada por meio de buscas em bases de dados eletrônicas. A seleção das publicações se deu através de leitura exploratória dos títulos e resumos e, posteriormente, de uma leitura seletiva e integral das obras. O material bibliográfico foi organizado em pastas eletrônicas e iniciou-se a coleta de dados propriamente dita por meio da leitura analítica e interpretativa, ordenando e sumarizando as informações. Para a análise dos dados, valeu-se da análise de conteúdo, mas propriamente, a proposta operativa de Minayo. As categorias que emergiram foram descritas e, em seguida, discutidas à luz das próprias publicações analisadas e do referencial teórico de promoção da saúde. Os resultados foram descritos e discutidos por meio de dois manuscritos: “Análise da produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança” e “O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira”. Como ficou evidente, a produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança tem como características, o constituir-se em sua maioria por artigos de pesquisa, de cunho qualitativo, indexados em revistas da enfermagem, que na última década pesquisada teve um importante aumento de publicações, principalmente nas regiões sudeste, sul e nordeste do Brasil. Foi constatado também, que em cerca de 20% dos artigos analisados, a qualidade metodológica ficou comprometida, pois não ficou explícita a abordagem metodológica e/ou o tipo de estudo. No tocante à análise das publicações quanto aos cuidados de enfermagem para a promoção da saúde da criança, foram discutidos dados referentes ao papel do enfermeiro, as ações desenvolvidas e as recomendações realizadas pelos autores dos estudos. Foram destacadas ações realizadas pelos

enfermeiros, pelas famílias e por outros profissionais que lidam com a educação e saúde da criança. Constatou-se que existe a carência de ações visando a educação em saúde, a melhora do nível socioeconômico da população, a formação dos profissionais que trabalham com a educação e saúde das crianças, a organização dos serviços e a promoção da saúde de forma geral. As recomendações apresentadas pelos autores dos estudos refletem a preocupação com a promoção da saúde e guiam os enfermeiros no cumprimento do seu papel, porém, existe a necessidade de que estas recomendações situem com mais ênfase a enfermagem.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Criança.

MEDEIROS, Elaine Alano Guimarães. **Analysis of knowledge production of Brazilian nursing towards child healthcare promotion** [dissertation]. Post-graduation Program in Nursing. Florianópolis: Federal University of Santa Catarina; 2011. 156p.

## ABSTRACT

This is a descriptive exploratory bibliographic research with quality approach that has as objective characterize of knowledge production of Brazilian nursing towards child health care promotion and to analyze the production relative to care for the health promotion relating them to the Ottawa Charter, which was done by searches on electronics databases. The selection of publications was done based upon exploratory reading of headlines and summaries, and, afterwards, based on selective and unabridged reading of works. The bibliographic material was organized in electronic files and then, the collection of data started with the analytic and interpretational reading, summarizing and organizing the information. Content analysis was used to analyze the data, but, more specifically, operative protocol of Minayo. The categories that have been shown were described, and, afterwards, discussed based upon analyzed publications and from theoretical reference of health promotion. The results were described and discussed on two paperwork: “Analysis of knowledge production of Brazilian nursing towards child healthcare promotion” and “The role of nurse and recommendations to promote child healthcare on Brazilian nursing publications”. As it became easy to see, the knowledge production of Brazilian nursing to promote child healthcare has as characteristics, being built up in the vast majority, by research articles, qualitative, indexed in nursing magazines that over the past decade surveyed had an important increase of publications, mainly, in the southeast, south and northeast regions from Brazil. Another conclusion is that in roughly 20% of analyzed articles, the methodology quality was not fully satisfying, the reason is that neither the methodological approach nor the kind of study had been shown clearly enough. About the publications analysis concerning nursing healthcare to promote child health, there was discussion about data related to the role of nurse, the actions and recommendations promoted by the authors of studies. It was emphasized the actions promoted by nurses, by families, and by others professionals that also deal with education and child health. It was found that there are a lack of

actions concerning the education on health, and the improvement of the socioeconomic background of population, the formation of professionals that work with education and health of children, the organization of services and the health promotion in general. The recommendations presented by the authors of the studies reflect the commitment to the health promotion and guide nurses through their assignments, however, the recommendations must be more emphasized in nursing care.

**Keywords:** Nursing. Health Promotion. Health Education. Child.

MEDEIROS, Elaine Alano Guimarães. **Análises de la producción de conocimiento de la enfermería brasileña en la promoción de la salud del niño** [disertación]. Programa de Posgrado en Enfermería. Florianópolis: Universidad Federal de Santa Catarina; 2009. 156p.

## RESUMEN

Se trata de una investigación bibliográfica del tipo descriptivo-exploratoria con abordaje cualitativo con el objetivo de caracterizar la producción de conocimiento de la enfermería brasileña en la promoción de la salud del niño y analizar esta producción en lo que se refiere a los cuidados para la promoción de la salud en relación a la Carta de Ottawa, que fue realizada por medio de búsquedas en bases de datos electrónicas. La selección de las publicaciones se dio a través de lectura exploratoria de los títulos y resúmenes y, posteriormente, de una lectura selectiva e integral de las obras. El material bibliográfico fue organizado en carpetas electrónicas y se inició la colecta de datos propiamente dicha por medio de la lectura analítica e interpretativa, ordenando y sumariando las informaciones. Para el análisis de los datos, se valió del análisis de contenido, pero propiamente, el protocolo operativo de Minayo. Las categorías que emergieron fueron descritas y, en seguida, discutidas a la luz de las propias publicaciones analizadas y del referencial teórico de promoción de la salud. Los resultados fueron descriptos y discutidos por medio de dos manuscritos: “Análisis de la producción de conocimiento de la enfermería brasileña en la promoción de la salud del niño” y “El papel del enfermero y las recomendaciones para la promoción de la salud del niño en las publicaciones de la enfermería brasileña”. Como se pudo observar, la producción de conocimiento de la enfermería brasileña en la promoción de la salud del niño tiene como características, el constituirse en su mayoría por artículos de investigación, de cuño cualitativo, indexados en revistas de enfermería, que en la última década investigada tuvo un importante aumento de publicaciones, principalmente en las regiones sudeste, sur y nordeste de Brasil. Fue constatado también que, en cerca de 20% de los artículos analizados, la cualidad metodológica estuvo comprometida, pues no fue explicitado el abordaje metodológico y/o el tipo de estudio. En lo que se refiere al análisis de las publicaciones acerca de los cuidados de enfermería para la promoción de la salud del niño, fueron discutidos datos referentes al papel del enfermero, las acciones

desarrolladas y las recomendaciones realizadas por los autores de los estudios. Fueron destacadas acciones realizadas por los enfermeros, por las familias y por otros profesionales que lidian con la educación y la salud del niño. Se constató que existe la carencia de acciones visando la educación en salud, la mejora del nivel socioeconómico de la población, la formación de los profesionales que trabajan con la educación y la salud de los niños, la organización de los servicios y la promoción de la salud de forma general. Las recomendaciones presentadas por los autores de los estudios reflejan la preocupación con la promoción de la salud y guían los enfermeros en el cumplimiento de su papel, sin embargo, existe la necesidad de que estas recomendaciones sitúen con más énfasis a la enfermería.

**Palabras clave:** Enfermería. Promoción de la Salud. Educación en Salud. Niño.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 – APROXIMAÇÃO COM O TEMA DE PESQUISA .	19
1.1 O problema e a justificativa .....	19
1.2 Objetivo da pesquisa .....	23
CAPÍTULO 2 – O REFERENCIAL TEÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	25
2.1 Contexto histórico da promoção da saúde .....	25
2.2 A Carta de Ottawa .....	28
2.3 O alicerce da promoção da saúde .....	31
2.4 Marco conceitual .....	32
CAPÍTULO 3 – POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL: RELAÇÕES COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ENFERMAGEM .....	39
CAPÍTULO 4 – O REFERENCIAL METODOLÓGICO .....	51
4.1 Delineamento da pesquisa .....	51
4.2 Coleta de dados .....	52
4.3 Análise dos dados .....	54
4.4 Discussão e apresentação dos resultados .....	57
4.5 O rigor e a ética da pesquisa .....	57
CAPÍTULO 5 – PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO ELABORADA A PARTIR DOS RESULTADOS .....	59
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	99
REFERÊNCIAS GERAIS .....	103
APÊNDICES .....	111
ANEXOS .....	131



## **CAPÍTULO 1**

### **APROXIMAÇÃO COM O TEMA DE PESQUISA**

#### **1.1 O problema e a justificativa**

Durante muitos séculos, a criança foi ignorada no Brasil e em todo o mundo, pois era considerada um ser supérfluo. Para a sociedade, ela passava ter valor somente quando se tornava economicamente ativa, contribuindo com a renda doméstica. Por este motivo, por um longo tempo, foi privada das condições necessárias para o seu adequado desenvolvimento, sendo que os únicos cuidados dispensados a ela objetivavam mantê-la saudável para o trabalho (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

No século XX, algumas mudanças ocorreram em relação à atenção à criança em nível mundial, sendo criadas as primeiras leis e códigos garantindo sua proteção. Nos anos de 1923 e 1924, organizações não governamentais e governamentais deram os primeiros passos neste sentido. Mas, somente após a Segunda Guerra Mundial e a elaboração da Declaração Universal dos Direitos do Homem, em 1948, pelas Nações Unidas, é que toda a humanidade passou a partilhar de valores comuns. Porém, houve ainda a necessidade de se criar um documento mais específico que levasse em consideração a criança. Então, em 1959, na Assembleia Geral das Nações Unidas, foi aprovada e proclamada a Declaração dos Direitos da Criança (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

Neste mesmo período, no Brasil, havia um grande contingente de crianças vivendo nas ruas das grandes cidades como resultado de mudanças econômicas e políticas, acompanhados de um estreitamento do mercado de trabalho e de um crescimento desordenado das áreas urbanas. Foi neste cenário que o Estado passou a intervir, inicialmente, por meio de medidas higiênicas visando tirar as crianças das ruas e interná-las em instituições apropriadas. Este quadro sofreu mudanças significativas somente após a promulgação da Constituição Federal, de 1988, como resultado da Reforma Sanitária Brasileira e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990, que trouxeram inúmeras inovações na área das políticas públicas dirigidas a este grupo, defendendo a atenção a infância e a juventude como prioridade absoluta, por terem estes, uma condição peculiar de desenvolvimento, merecendo proteção integral e especial não somente por parte da família, mas

também da sociedade e do Estado (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005; OLIVA; KAUCHAKJE, 2009).

Neste contexto, em 1990, foi criado o Sistema Único de Saúde, tendo como princípios a universalidade, integralidade e igualdade, garantindo que todos sejam assistidos em suas especificidades, sem discriminação, sendo visto como um ser único e individual. Devido à preocupação com estes princípios, o conceito de promoção da saúde que tem como base a Carta de Ottawa de 1986, passou a ser discutido e abordado mais intensamente como uma proposta de luta frente aos múltiplos problemas de saúde que afetam a população. Por isso, atualmente, esforços vem sendo empreendidos no sentido de construir um modelo de atenção à saúde que priorize as ações para melhorar a qualidade de vida da população (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Segundo Buss e Carvalho (2009) a promoção da saúde como política nacional brasileira iniciou seus avanços em 1992 com a expansão da atenção básica e a criação do Programa Saúde da Família. A partir daí, muitos projetos, programas e documentos foram criados formalizando serviços, ações e estratégias objetivando uma melhor qualidade de vida para os brasileiros. A criança também foi, e ainda é, um importante alvo da promoção da saúde como política nacional. Prova disso são os inúmeros documentos ministeriais em favor da saúde da mesma. O capítulo III desta pesquisa abordará estes documentos, discutindo as relações dos mesmos com a promoção da saúde e a enfermagem.

A enfermagem tem dedicado especial atenção à temática da promoção da saúde. Sabe-se que hoje, na sua atuação diária, existe um amplo espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde que devem ser consideradas como uma possibilidade de cuidado importante para que ocorram as modificações necessárias na saúde da população, ampliando assim as alternativas para o aumento da qualidade de vida da mesma. O despertar do enfermeiro para o seu papel como promotor da saúde, deve iniciar no período de formação, amparado num referencial que supere o modelo biomédico. Na academia, esta temática tem ganhado espaço para discussões, principalmente após a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem com o objetivo de formar enfermeiros para atuarem dentro de uma nova lógica que possa contribuir de forma significativa na construção de novas práticas, hoje tão necessárias. Quando se pensa no cuidado do enfermeiro para a promoção da saúde da criança, reitera-se ainda mais a importância de tal formação, pois as crianças estão em um período de construção de hábitos pessoais que poderão se tornar

permanentes, sendo a atuação do enfermeiro nesta fase de fundamental importância (CUNHA et al, 2009; SILVA et al, 2010).

Após refletir sobre estes aspectos da saúde da criança, promoção da saúde e enfermagem, trago minha justificativa para a realização desta pesquisa.

Minha trajetória como pesquisadora na enfermagem iniciou-se no ano de 2007, quando ingressei no NEPEPS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde – que dentre outros aspectos, estuda o sistema profissional de cuidado pautado no referencial de promoção da saúde. Neste mesmo período, passei a desenvolver meu trabalho de conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem intitulado “Participação dos Enfermeiros no Protocolo do Programa Capital Criança no Município de Florianópolis”. Por meio deste, foi possível observar que os enfermeiros estão refletindo sobre a sua prática, inseridos em vários espaços de atenção e realizando as mais diversas ações. Retomando mais tarde este trabalho de conclusão de curso, que dentre outros aspectos levantou as ações que os enfermeiros realizavam em favor da criança e como as realizavam, comecei a pensar na possibilidade de uma pesquisa semelhante, mas que mantivesse seu foco nas ações de promoção da saúde.

Aliado a isto, pouco tempo depois de graduada, dei seguimento a meus estudos, realizando a Especialização em Saúde Pública e, concomitantemente, Especialização em Saúde da Família. Já pensando em um tema para a dissertação do Curso de Mestrado em Enfermagem, no qual ingressei quando estava finalizando as especializações, resolvi então realizar as monografias destas, voltadas para a promoção da saúde e a criança.

Na Especialização em Saúde Pública realizei um estudo intitulado “Promoção à Saúde da Criança na Atenção Básica Brasileira”, onde levantei e analisei à luz do referencial de promoção da saúde, documentos ministeriais tidos como de promoção da saúde da criança. Este estudo me auxiliou a visualizar a influência do referencial de promoção da saúde, defendido pela Carta de Ottawa, sobre as ações em favor da criança ao longo do tempo. A partir deste trabalho foi pensado o capítulo III da presente pesquisa, relacionando os documentos encontrados também com a enfermagem.

Já na Especialização em Saúde da Família, realizei o estudo “O enfoque comportamental na promoção da saúde: análise dos conflitos éticos presentes na produção científica da enfermagem”. Além de levantar dados sobre o papel dos indivíduos e coletividade na promoção de sua própria saúde, dentre outros aspectos, que foi o foco do estudo,

levantei também o papel dos enfermeiros na promoção da saúde destes sujeitos. O resultado corrobora com Cunha e colaboradores (2009) quando argumentam que o enfermeiro tem como uma de suas principais funções em relação à promoção da saúde, a realização de ações que visem o desenvolvimento de habilidades pessoais, buscando capacitar as pessoas para aprender através da vida e prepará-las para todos os estágios da mesma. Com base em minha vivência como pesquisadora, embora ainda pequena, concordo com estes autores e reitero que este desenvolvimento de habilidades pessoais pode ocorrer principalmente por meio de ações de educação em saúde. A realização deste trabalho reafirmou ainda mais minha vontade de desenvolver uma pesquisa que englobasse os cuidados dos enfermeiros para a promoção da saúde, e neste caso, das crianças. Além disso, também me forneceu o “norte” para o delineamento da pesquisa bibliográfica que permite uma maior cobertura sobre o fenômeno do estudo.

Em síntese, após levar em consideração a afinidade pela área da saúde da criança e promoção da saúde e refletir sobre os trabalhos realizados durante a graduação e pós-graduação, levantei alguns questionamentos: 1) quais os cuidados realizados para a promoção da saúde da criança; 2) quem realiza estes cuidados; 3) como realizam tais cuidados; 4) em que referenciais teóricos estão pautados.

Após todas estas considerações, a pergunta norteadora da presente pesquisa ficou assim determinada: No conhecimento produzido pela enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança, o que encontramos quanto à caracterização dos estudos, aos cuidados realizados para a promoção da saúde da criança e às relações destes com a Carta de Ottawa?

A relevância desta pesquisa está pautada nos seguintes pressupostos pessoais:

- 1) A produção do conhecimento da enfermagem que está disponível, guia a prática dos profissionais que buscam atualizar-se por meio desta, sendo assim, é de fundamental importância a análise desta produção quanto aos resultados encontrados, rigor metodológico, dentre outros aspectos;
- 2) A realização de pesquisas como as bibliográficas, facilita a atualização dos profissionais de enfermagem atuantes na prática, pois tem a capacidade de agregar num só estudo, resultados de vários outros;
- 3) A prática clínica da enfermagem com base nesta pesquisa bibliográfica, trará benefícios à promoção da saúde da criança, proporcionando um cuidado com maior qualidade;

4) Esta contribuirá não só com a assistência como também com a pesquisa em enfermagem, pois ao final serão apontadas lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. Quanto ao ensino, a contribuição se dará com o levantamento e análise do que existe de mais atualizado em pesquisa sobre o tema “promoção da saúde da criança” no âmbito brasileiro.

## **1.2 Objetivo da pesquisa**

Caracterizar a produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança e analisar esta produção quanto aos cuidados realizados para a promoção da saúde da criança relacionando-os com a Carta de Ottawa.



## **CAPÍTULO 2**

### **O REFERENCIAL TEÓRICO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

O referencial teórico é uma articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de afirmações relacionadas com questões importantes em uma pesquisa. É uma representação simbólica de aspectos da realidade que são criados para descrever, explicar, prever ou prescrever respostas, acontecimentos, situações, condições ou relacionamentos (MELEIS, 1997). Este fundamenta a construção do conhecimento por meio da pesquisa, pois norteia todas as fases do estudo, desde seu planejamento até a conclusão, e os resultados são confrontados com o referencial adotado (MERIGHI; PRAÇA, 2003).

Frente ao exposto, buscando fundamentar a formulação do problema de pesquisa e nortear as etapas de análise, interpretação e discussão dos resultados, optou-se pela temática da promoção da saúde como referencial teórico.

No presente capítulo será abordado o contexto histórico deste referencial dando ênfase a Carta de Ottawa. Em seguida, será apresentado o marco conceitual elaborado a partir das idéias da promoção da saúde e de autores da enfermagem, adaptado à realidade concreta desta pesquisa.

#### **2.1 Contexto histórico da promoção da saúde**

Para compreender a promoção da saúde no contexto atual, julga-se necessário realizar uma breve revisão dos momentos históricos com suas respectivas concepções de promoção da saúde.

No século XIX, muito antes de iniciarem-se as discussões em torno do modelo de promoção da saúde que hoje é abordado mundialmente, principalmente no Canadá, Estados Unidos e Europa Ocidental, Chadwick, Virchow e Villermée, dentre outros, apesar de não utilizarem o termo promoção da saúde, relacionaram a saúde com os aspectos ambientais nos domicílios, no trabalho, bem como em outros espaços, ou seja, a saúde passou a ser vista como determinada pelas condições de vida (CZERESNIA, 2003; RIBEIRO, 2004).

Em 1920, o termo promoção da saúde foi referenciado por Winslow como sendo

um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que o indivíduo melhore sua saúde pessoal, assim como para o desenvolvimento de uma 'maquinaria social' que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde (WINSLOW, 1920, p.23).

Mais tarde, Sigerist (1946) definiu a promoção da saúde como uma das tarefas essenciais da medicina e afirmou que é proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, que se pode promover a saúde. Para tanto, ele viu o trabalho intersectorial como essencial.

Leavell e Clark (1965), ao desenvolverem o modelo da história natural de doença e seus três níveis de prevenção, incluíram a promoção da saúde na prevenção primária, servindo para aumentar a saúde e o bem-estar geral com o foco na educação e motivação sanitária. Por considerar a promoção da saúde como uma ação de prevenção primária e por ser o objetivo das medidas preventivas evitarem as doenças e seu agravamento, o modelo proposto por Leavell e Clark sofreu críticas por parte de pensadores vinculados às vertentes da Medicina Social e da Saúde Coletiva, que afirmaram que o modelo da história natural de doença não considerava os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho e da inserção social das pessoas para a melhoria dos níveis de saúde das populações. Os pensadores contrários ao modelo proposto por Leavell e Clark voltaram então o olhar para a determinação social do processo saúde-doença (WESTPHAL, 2006).

Na década de 1970, debates internacionais trazem a promoção da saúde como uma "nova concepção de saúde". Concepção esta baseada na determinação social e econômica da saúde, não centrada na doença (HEIDEMANN, 2006).

Com esta nova concepção, em 1974, no Canadá, surge o moderno movimento de promoção da saúde com a divulgação do documento *A new perspective on the health of Canadians*, mas conhecido como o Informe Lalonde. Este documento foi o responsável por utilizar o termo "promoção da saúde" pela primeira vez de forma oficial (BUSS, 2003).

O Informe Lalonde teve uma motivação política, técnica e econômica, questionando a eficiência da assistência médica curativa de alta tecnologia, a acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde. Assim, com novas concepções do processo

saúde-enfermidade-cuidado, o campo da saúde passou a articular quatro dimensões explicativas: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência a saúde, dentro dos quais estão distribuídos inúmeros fatores que influenciam a saúde (BUSS, 2003).

A abordagem do Informe Lalonde recebeu várias críticas por se manter focado na mudança de estilos de vida com ênfase na ação individual, adotando uma perspectiva comportamental, preventivista, negligenciando o contexto político, econômico e social. Mas apesar disso, influenciou as políticas sanitárias de muitos países, abriu as portas para um novo debate e para inovações (BUSS, 2003).

O Informe Lalonde impulsionou um evento muito significativo para a promoção da saúde, a I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, em 1978, com a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a Estratégia de Atenção Primária de Saúde. A conferência de Alma-Ata foi um evento muito significativo para a saúde pública mundial, pois alcançou quase todos os sistemas de saúde do mundo (BUSS, 2003). A partir desta, a saúde passou a ser vista como um direito fundamental, devendo ser a mais importante meta social mundial e podendo ser alcançada por meio de ações intersetoriais. A promoção da saúde passou a ser vista como essencial para o desenvolvimento econômico e social, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e paz mundial (WHO/UNICEF, 1978).

A partir daí, muitas discussões e documentos fortaleceram o movimento da promoção da saúde. Em 1984, na cidade de Toronto/Canadá, foi realizada a Conferência *Beyond Health Care*, divulgando as bases do movimento das cidades saudáveis. No ano seguinte, a OMS/Europa divulgou as 38 metas para a saúde na região européia e, em 1986, tornou público o documento *Health City Movement* (BUSS, 2003).

As discussões conceituais e práticas no Canadá culminaram com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 em Ottawa/Canadá, onde o então Ministro da Saúde do Canadá, Jack Epp, apresentou o documento *Achieving Health for All: a framework for health promotion*. Este documento guarda estreita relação com a Carta de Ottawa e juntos formam um marco de referência para a promoção da saúde (BUSS, 2003).

Atualmente, a Carta de Ottawa, é um termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento das idéias de promoção da saúde em todo o mundo, colocando os aspectos sociais como importantes para promover a saúde.

## 2.2 A Carta de Ottawa

Como é sabido, a Carta de Ottawa é o marco do movimento da promoção da saúde em todo o mundo e define a promoção da saúde como “o processo que capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p.1).

A Carta de Ottawa insiste em dizer que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. A saúde passa a ser vista como um conceito positivo, enfatizando recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. É um recurso para a vida e não um objetivo de viver (WHO, 1986).

Um dos focos da promoção da saúde é a equidade em saúde. Por isso há a necessidade de se considerar os determinantes múltiplos da saúde e atuar através da intersectorialidade buscando reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso aos recursos diversos para uma vida mais saudável (BUSS, 2003).

A capacitação da população também é indispensável para o empoderamento da mesma, para que todas as pessoas e comunidades tenham a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes de sua saúde.

Para garantir a equidade em saúde e capacitar os indivíduos a controlar os aspectos que determinam a sua saúde, a Carta de Ottawa propõe cinco campos de ações, descritos a seguir, que caracterizam a Promoção da Saúde.

**Implementação de políticas públicas saudáveis:** As decisões políticas tem influências sobre a saúde da população. Influências estas que podem ser favoráveis ou desfavoráveis. Por isso a saúde deve estar na agenda de prioridades políticas em todos os níveis e setores, visto que a saúde tem determinantes múltiplos. As abordagens políticas para a promoção da saúde incluem legislação, medidas físicas, taxações e mudanças organizacionais, entre outras (WHO, 1986). Mais uma vez a intersectorialidade surge como forma de contribuir para a equidade em saúde e melhoria da qualidade de vida da população.

**Criação de ambientes favoráveis à saúde:** A promoção da saúde encoraja o desenvolvimento sustentável para que o meio ambiente seja beneficiado e os recursos naturais conservados através do estabelecimento de laços entre os seres humanos e o ambiente. Para tanto, a adoção de ações globais, que visem o monitoramento de

mudanças tecnológicas, do trabalho, da produção de energia e do processo de urbanização que afeta o meio ambiente e a saúde da população, são necessárias (WHO, 1986).

A criação de ambientes favoráveis a saúde, como os espaços das escolas, dos locais de trabalho, das praças, das cidades, podem propiciar uma sociedade mais saudável.

**Reforço da ação comunitária:** A promoção da saúde trabalha através de ações comunitárias no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, para alcançar um melhor nível de saúde. Para isso, é necessário o incremento do poder das comunidades, por meio de acesso a informação, participação popular e oportunidades de aprendizagem na área da saúde (WHO, 1986). Este é o chamado empoderamento comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde.

**Desenvolvimento de habilidades pessoais:** Para o desenvolvimento de habilidades pessoais é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde. Esta tarefa pode ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços na comunidade, por intermédio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e também pelas instituições governamentais (WHO, 1986). Com isso, a população terá possibilidade de exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor, pois estarão empoderados.

**Reorientação dos serviços de saúde:** A carta de Ottawa sugere que a ação compartilhada entre os diversos segmentos da sociedade (indivíduos, comunidades, grupos, profissionais da saúde, instituições prestadoras de serviços de saúde e governos) garantirá o sucesso da reorientação dos serviços de saúde. Estes serviços devem trabalhar adotando uma postura coerente e de respeito às diversidades culturais existentes na sociedade. Os serviços de saúde devem ser reorientados para um enfoque na saúde e não na doença, que aponte para a integralidade das ações de saúde. Isso só será possível por meio de mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde, bem como de um maior investimento para pesquisas em saúde (WHO, 1986).

Estes cinco campos de ações, divulgados pela Carta de Ottawa, foram reforçados nas conferências internacionais de promoção da saúde que se seguiram, sendo elas:

- II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde/Adelaide/1988: teve seu foco nas políticas públicas saudáveis.
- III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde/Sundsvall/1991: teve seu foco na criação de ambientes favoráveis a saúde.
- IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde/Jakarta/1997: teve seu foco principal no reforço da ação comunitária.
- V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde/México/2000: traz novamente a promoção da saúde como um componente fundamental das políticas e programas públicos.
- VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde/Bangkok/2005: reforçou as mudanças no contexto de saúde global (transição epidemiológica) e a necessidade de controlar os efeitos da globalização.
- VII Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde/Nairóbi/2009: tratou-se de uma chamada à ação para fechar o abismo entre o desenvolvimento e a promoção da saúde, desenvolvendo discussões em torno do empoderamento comunitário e individual, do reforço dos sistemas de saúde, das parcerias e ação intersetorial e da construção de competências para a promoção da saúde.

Houve também conferências regionais que discutiram a problemática específica dos países latino-americanos incorporando as tendências e experiências internacionais da promoção da saúde de outros países do mundo (BUSS, 2003; WHO, 2011).

As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde não trazem em seus conteúdos, ações específicas para a promoção da saúde da criança. No entanto, explicitam a importância de que os cuidados para a promoção da saúde sejam dispensados em todas as fases da existência.

Analisando as Cartas da Promoção da Saúde (WHO, 2011) se observa que estas trazem algumas estratégias em torno da educação, alimentação e nutrição, porém, sem explicitar a relação destas com a criança. Estratégias para a promoção da saúde da mulher, também são citadas em algumas das conferências, e estas, indiretamente influem também na promoção da saúde da criança.

No Brasil, existem vários documentos considerados como de promoção da saúde da criança e estes são analisados no capítulo III da presente pesquisa. Como poderá ser observado, muitos dos documentos se relacionam com as cinco estratégias para a promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa (WHO, 1986). E assim como as demais conferências reforçaram as estratégias da Carta de Ottawa e detalharam

melhor as ações para o cumprimento de tais, os documentos ministeriais brasileiros em favor da saúde da criança, também falam mais detalhadamente sobre as ações em torno da educação, alimentação, nutrição, dentre outras.

### **2.3 O alicerce da promoção da saúde**

Passadas mais de duas décadas da elaboração e divulgação da Carta de Ottawa como resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, análises avaliativas vem sendo efetuadas sobre a sua implementação. De acordo com os pesquisadores finlandeses Eriksson e Lindström (2008), que se dedicam à temática da promoção da saúde, a Carta de Ottawa, condensa em seus cinco campos de ações, muitas das ambições e idéias do movimento de promoção da saúde na década de 80. Contudo, o referencial teórico deste documento e de seus princípios não ficou claro, trazendo assim alguns problemas para o movimento. Este argumento já foi apresentado por Antonovsky (1996) em seu discurso no seminário da Organização Mundial de Saúde sobre "Teoria de Promoção da Saúde: Pesquisa e Prática" que foi realizado em Copenhagem, em setembro de 1992, onde defendeu uma teoria – a teoria da salutogênese – como o alicerce para o movimento da promoção da saúde. Mais tarde, retomando a análise desta teoria, Eriksson e Lindström (2008) defenderam que a mesma pode ser reconhecida como tal, pois a filosofia que permeia a teoria da salutogênese se harmoniza com a essência da Carta de Ottawa.

Aaron Antonovsky foi um israelense-americano que se dedicou a estudar os fatores responsáveis em gerar saúde. Chegou então a conclusão de que a saúde estava intimamente relacionada com a forma de interação entre indivíduos e ambiente. Para ele, os indivíduos que se valiam de suas fortalezas internas e externas, conseguiam aumentar sua qualidade de vida e saúde mesmo em meio a adversidades. Resumindo, a saúde seria então o resultado de como as pessoas reagem à tensão e ao estresse. Com base nisto, Antonovsky, criou a escala SOC, um instrumento confiável para se medir saúde e qualidade de vida. Mas Antonovsky, na sua teoria da salutogênese, não considerou que os fatores determinantes da saúde estavam apenas nas mãos dos indivíduos. A salutogênese é algo muito mais amplo, que leva em consideração os recursos que estão disponíveis a estes indivíduos para que a saúde seja

gerada ou a qualidade de vida aumentada (ANTONOVSKY, 1996; ERIKSSON, 2007; ERIKSSON; LINDSTRÖM, 2007, 2008).

Eriksson e Lindström (2008), após analisarem a teoria da salutogênese e a teoria da promoção da saúde, afirmaram que as duas nasceram em uma mesma época histórica, após a Segunda Guerra Mundial. A teoria da promoção da saúde evoluiu ao longo dos anos, mas por muito tempo o conceito de saúde ainda sofria com a dicotomia saúde e doença. De acordo com estes autores, na década de 80, o modelo de Antonovsky influenciou o desenvolvimento da promoção da saúde, apesar disto não estar explícito na Carta de Ottawa. Isto ficou muito evidente em Copenhague quando Antonovsky participou do seminário promovido pela Organização Mundial da Saúde para discutir a promoção da saúde. Neste seminário, Antonovsky argumentou que apesar do discurso da Organização Mundial da Saúde estar centrado na saúde, todo o arcabouço teórico estava voltado para a doença e que a promoção da saúde não tinha um alicerce teórico claro. Exemplificou que os fatores de risco tinham um cunho preventivo, e que se deveria falar em fatores que levam a saúde – fatores salutares – reafirmando assim a necessidade de manter sempre o foco na saúde, desviando-o da doença (ANTONOVSKY, 1996).

Eriksson e Lindström (2008), afirmam que as idéias de Antonovsky não tiveram continuidade provavelmente devido a sua morte súbita em 1994.

## **2.4 Marco conceitual**

Todo referencial teórico é composto por conceitos que estão relacionados ao fenômeno de pesquisa. Esses conceitos se relacionam entre si para formar afirmações teóricas (MELEIS, 1997). O marco conceitual é então, um componente fundamental do referencial teórico que apresenta estes conceitos.

Frente a esta afirmação, pergunta-se: mas o que são conceitos? Meleis (1997) afirma que o termo “conceito” é utilizado para descrever um fenômeno ou um grupo de fenômenos, fornecendo um resumo, uma denominação precisa e eficiente das idéias relacionadas ao fenômeno.

Um determinado conceito pode fazer parte de diferentes referenciais teóricos, como o conceito ser humano, ambiente, enfermagem e saúde, que geralmente estão presentes quando se fala em teorias na enfermagem. O que difere de teoria para teoria é o significado

atribuído ao conceito, ou seja, a sua definição. Esta definição deve ser realizada com cuidado, pois definições prematuras podem resultar no aprofundamento de literaturas que não tem relação com o conceito (MELEIS, 1997).

Este marco conceitual organiza sistematicamente os conceitos e suas definições fundamentados no referencial teórico de promoção da saúde da Carta de Ottawa (WHO, 1986), de Antonovsky (1996), autor da teoria que alicerça este documento, e dos autores Eriksson e Lindström (2007, 2008) que analisaram esta teoria, bem como de outros autores relacionados à promoção da saúde e/ou a enfermagem.

**Ser humano:** No referencial teórico de promoção da saúde o ser humano é visto como um ser ativo, capaz de identificar os recursos internos e externos que estão disponíveis, de modo a utilizá-los para realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades, e perceber sua importância para mudar ou cooperar com o ambiente na forma da promoção da saúde (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007). Em outras palavras, é um ser empoderado que conhece e controla os fatores determinantes de sua saúde.

Neste estudo, o ser humano é a criança, considerada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) como a pessoa com até doze anos de idade, que goza de direitos fundamentais, como o direito a vida e a saúde, a liberdade, ao respeito e a dignidade, a convivência familiar e comunitária, a educação, a cultura, ao esporte, ao lazer, dentre outros fatores necessários à qualidade de vida e saúde. Ainda de acordo com Marcondes (2003), a criança é o ser humano em seu período de crescimento e desenvolvimento até a puberdade. É um ser vulnerável e com muitas peculiaridades em cada período etário que exige uma assistência de caráter vigilante.

Frente ao exposto, a criança deve viver em um ambiente que favoreça a sua saúde para que na medida em que forem crescendo e se desenvolvendo se tornem ativas e capazes na promoção de sua própria saúde.

**Ambiente:** De acordo com Lalonde (1996) o ambiente inclui todos os fatores relacionados à saúde externos ao organismo humano e sobre os quais a pessoa tem pouco ou nenhum controle.

Para que a promoção da saúde aconteça, faz-se necessário a criação de ambientes favoráveis à saúde, onde o meio ambiente seja beneficiado e os recursos naturais conservados através do estabelecimento de laços entre os seres humanos e o ambiente (WHO, 1986). Porém, os indivíduos, por si só, não podem garantir estes ambientes saudáveis. Não está em suas mãos o total controle dos perigos

para a saúde relacionados ao mesmo (LALONDE, 1996). Segundo Eriksson e Lindström (2008), para garantir esse ambiente saudável é necessário que exista articulação, coordenação de atividades entre profissionais e setores da sociedade que enfatizem recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em outras palavras, para estes autores a intersectorialidade é vista como um fator fundamental para a promoção da saúde.

**Sociedade:** Segundo Lefevre (2004, p. 30), a sociedade se constitui de um “espaço indiferenciado de poder que reúne todos os setores: habitação, trabalho, meio ambiente, etc”. Como já comentado anteriormente, estes setores devem interagir entre si (intersectorialidade) para que sejam criados ambientes saudáveis nos mais diversos setores, tendo-se assim uma sociedade saudável.

**Enfermagem:** Meleis (1997) apresenta a enfermagem como uma ciência humana, uma disciplina orientada para a prática, para o cuidado e para a saúde.

Como ciência humana, a enfermagem possui propriedades como o concentrar-se no ser humano em sua totalidade, preocupando-se também com experiências vividas e significados.

A enfermagem pode ser considerada também uma disciplina orientada para a prática, pois esta busca conhecimento para dar respostas aos seres humanos quanto aos seus problemas de saúde/doença, atua no acompanhamento e promoção da saúde, cuida dos seres humanos, ajuda-os a cuidarem se si próprios, capacita-os a desenvolverem e utilizarem recursos em seu favor.

A enfermagem pode ser vista como disciplina para o cuidado, e dependendo de como ela define o cuidar, será firmada a sua perspectiva de mundo e a forma como percebe, compreende e interpreta situações e acontecimentos.

Por fim, é uma disciplina orientada para a saúde, embora isso não signifique negar o trabalho e os cuidados que os enfermeiros fornecem aos indivíduos que estão doentes, que estão experimentando traumas ou que estão se recuperando de uma doença. A orientação dos enfermeiros para a saúde dos indivíduos e populações é histórica, começando na época de Florence Nightingale quando definiu o trabalho do enfermeiro em termos de manutenção da saúde e de trazer o estado de saúde de volta para o indivíduo. A enfermagem, através de seu processo de cuidado, deve descobrir as potencialidades de saúde, mobilizar essas forças e apoiar a utilização dos recursos disponíveis para que o indivíduo possa assumir a sua responsabilidade no processo de saúde e doença. Temos exemplos de enfermeiros que apoiam o seu cuidado ao

ser humano no conceito de saúde. Atuando na comunidade, os enfermeiros falam de recursos positivos disponíveis, de hábitos saudáveis e de como capacitar os indivíduos na utilização dos recursos para uma vida saudável. Em hospitais, apesar de se considerar uma abordagem mais orientada para a doença, em uma análise cuidadosa, percebe-se enfermeiros preocupados com a segurança dos doentes, com o bem-estar, com a promoção da saúde, a manutenção de hábitos saudáveis dentre outros fatores.

**Cuidado:** De acordo com Morse e colaboradores (1990) o cuidado pode ser visto na literatura de enfermagem de cinco maneiras:

- Como característica humana: todos os seres humanos tem a capacidade de cuidar, mas a habilidade para tal não é uniforme, sendo influenciada pelas experiências de ser cuidado e expressar cuidado. Sendo assim, o enfermeiro, que como ser humano já tem a capacidade de cuidar pode aumentar a sua habilidade por meio do aprendizado.
- Como imperativo moral: revelando-se como um compromisso de manter a dignidade ou integridade dos indivíduos.
- Como afeto: caracterizando-se pelo envolvimento emocional e sentimento empático para com o indivíduo cuidado.
- Como um relacionamento interpessoal: pois o cuidar tanto abarca o sentimento quanto o comportamento que ocorrem no relacionamento.
- Como uma intervenção terapêutica: incluindo todas as ações da enfermagem, caracterizadas por procedimentos ou intervenções no qual se inclui a educação em saúde.

Neste estudo, todas estas concepções de cuidado são consideradas, pois existe o entendimento de que vão ao encontro das funções do enfermeiro na promoção da saúde dos indivíduos, neste caso, das crianças.

Observando a metáfora o Rio da Vida, defendida por Eriksson e Lindström (2008), pode-se pensar em cuidados de enfermagem curativos, protetivos e preventivos, além dos educativos, para a promoção da saúde, desde que se tenha o foco na concepção positiva da saúde substituindo o da doença nestas ações. Os cuidados curativos, protetivos e preventivos podem ter a função de melhorar a qualidade de vida das pessoas, afastando-as dos riscos à sua saúde até que estas aprendam a “nadar” por meio da educação em saúde, e deste modo, adquiram a capacidade de avaliar suas fortalezas internas e externas para promover a saúde.

**Saúde:** A saúde é uma das formas pelas quais a vida se manifesta, sendo resultado da maneira como vemos o mundo e lidamos com o manejo da tensão e do estresse (ERIKSSON, 2007). Como já foi

dito anteriormente, a Carta de Ottawa refere que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. É um recurso para a vida e não um objetivo de viver (WHO, 1986). Esta é desenvolvida através das fortalezas dos indivíduos, proporcionando a estes, a oportunidade de ter uma boa vida. (ERIKSSON, 2007; ERIKSSON; LINDSTROM, 2008).

O conceito de saúde e promoção da saúde apresenta o processo saúde-doença-cuidado como multideterminado, ou seja, os determinantes de saúde estão além do fator biológico. Consideram-se também os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e comportamentais (BUSS, 2003).

Frente ao exposto, percebe-se a necessidade de coalizões para a ação política, promoção de espaços saudáveis, empoderamento da população, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde como estratégias para promover esta saúde que é determinada socialmente e tem múltiplas causas.

**Ações de promoção da saúde:** As ações de promoção da saúde são muito diversificadas, variando conforme o seu foco, objeto, campo de ação e/ou ênfase. De acordo com Buss e Carvalho (2009), em termos de foco, podem se dirigir aos indivíduos ou coletividade. Podem ter como objeto um único problema de saúde sensível às ações de promoção da saúde ou serem mais abrangentes, tentando, por exemplo, enfrentar os determinantes de saúde como um todo. Em termos de campo de ação, podem mobilizar apenas um dos propostos pela Carta de Ottawa ou vários deles simultaneamente. Por fim, com respeito à ênfase, podem identificar-se apenas como ações de educação em saúde ou como ações mais abrangentes de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento.

É importante lembrar que as ações de promoção da saúde, dentro de qualquer uma das categorias comentadas, devem pautar-se na concepção holística da saúde voltada para a multideterminação do processo saúde-doença-cuidado e também nos princípios de equidade, intersetorialidade, participação popular, dentre outros da promoção da saúde segundo a Carta de Ottawa.

**Educação em Saúde:** Para autores como Candeias (1997) e Buss (1999) a educação em saúde é parte integrante da promoção da saúde. A educação em saúde visa desencadear mudanças no âmbito individual contribuindo para a promoção da saúde.

A educação em saúde pode ser definida como qualquer combinação de experiências de aprendizagem direcionadas a facilitar ações voluntárias que conduzam à saúde. Ela é uma atividade

sistematicamente planejada, não abrangendo experiências acidentais. Nesta, são combinados múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas (CANDEIAS, 1997).

Para que ocorra educação em saúde, o educador deve agir como um facilitador, ou seja, predispondo, possibilitando e/ou reforçando ações para a saúde. O indivíduo, sujeito desta ação, deve voluntariamente realizar as ações conducentes à saúde, sem coerção, compreendendo e aceitando o que foi recomendado.

**Produção de conhecimento:** Segundo Chauí (2000), a produção de conhecimento refere-se ao conhecimento novo autenticado pela ciência e divulgado no âmbito acadêmico, científico e social, sendo reflexo de um conjunto de práticas pautadas em uma ideologia, em um contexto socioeconômico e histórico. Wall (2008), ainda diz ser a produção do conhecimento uma construção coletiva, um processo continuado de busca, no qual cada investigação nova complementa informações sobre um tema.



### **CAPÍTULO 3**

## **POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL: RELAÇÕES COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ENFERMAGEM**

As inovações nas políticas públicas de atenção a saúde da criança no Brasil foram impulsionadas pela promulgação da Constituição Federal Brasileira e pela criação do Estatuto da Criança e do Adolescente. O Sistema Único de Saúde, contemporâneo a estes, sempre considerou a criança como uma de suas prioridades, o que pode ser confirmado por meio dos inúmeros projetos, programas e documentos que foram criados com a finalidade de formalizar serviços, ações e estratégias em favor da saúde da criança.

A Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, tem influenciado a elaboração destes projetos, programas e documentos, o que pode ser observado através de uma análise cronológica dos mesmos à luz do referencial de promoção da saúde.

Os cuidados de enfermagem em favor da criança estão inseridos dentro destes projetos, programas e documentos ministeriais, por isso, é de fundamental importância, conhecer os mesmos e sua relação com a promoção da saúde e a enfermagem.

Existem muitas publicações ministeriais relevantes em relação à atenção a saúde da criança que merecem ser analisadas sob o olhar da proposta de cuidado centrada na saúde e não mais na doença. Estas publicações podem ser encontradas no portal de textos completos da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, nos livros da Editora do Ministério da Saúde e na Área Técnica de Atenção a Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Para acessar as publicações da área na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, valeu-se dos descritores criança, saúde da criança, cuidado da criança e promoção da saúde; já na Editora do Ministério da Saúde e na Área Técnica de Atenção a Saúde da Criança e Aleitamento Materno foram selecionados todos os livros encontrados que tratavam da saúde da criança. Frente ao exposto, é apresentada a seguir a relação que os documentos oficiais de autoria do Ministério da Saúde que tratam da saúde da criança tem com o conceito e a proposta da Carta de Ottawa de se trabalhar com promoção da saúde. Os estudos duplicados, relatórios, leis e códigos além de outros documentos semelhantes não foram considerados neste capítulo.

Na Editora e na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde foram encontrados oito documentos que tratam da “Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância” (BRASIL, 1999, 2002a, 2002b, 2002c, 2003a, 2003b, 2003c, 2003d). Estes tem como objetivo preparar profissionais médicos e de enfermagem a identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e classificação adequada do quadro da criança e fazer uma triagem quanto à natureza da atenção requerida pela mesma. As condutas de atenção integrada descrevem como tratar crianças doentes que chegam ao serviço de saúde no nível primário. Olhando somente para este objetivo, poder-se-ia dizer, que estes documentos não fazem relação com a promoção da saúde, mas, apesar de serem prescritivos, reconhecem que para a melhoria da atenção integral à saúde da criança se fazem necessários ajustes na organização dos serviços e trabalho com a educação em saúde envolvendo as famílias e a comunidade. Portanto, reconhecem que por si só, não são capazes de promover a saúde da criança, mas podem contribuir para tal. Além disso, em algumas situações podem ser utilizados pelos profissionais de saúde para educar em saúde e assim, empoderar os pais/responsáveis de modo a torná-los aptos para atuar na melhoria da qualidade de vida de suas crianças.

Estes documentos foram criados com a finalidade de capacitar os profissionais médicos e de enfermagem. Alguns cursos de enfermagem tem inserido o conteúdo programático da Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância em suas disciplinas e muitas dessas escolas integram os Polos de Capacitação do Programa de Saúde da Família, que são responsáveis pelos cursos dados às suas equipes (BRASIL, 2003a).

O Caderno de Atenção Básica número 11, intitulado “Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil” (BRASIL, 2002d), afirma que os serviços de saúde, além de cuidar dos aspectos curativos e preventivos, devem preocupar-se também com a promoção da saúde para a melhoria das condições de saúde e de vida das famílias e comunidades. Assim como a Carta de Ottawa, este documento traz a promoção da saúde como forma de melhorar a qualidade de vida e olha para as suas ações como fundamentais para o crescimento infantil de forma adequada. Considera também, a íntima relação de fatores extrínsecos como condições de vida e meio ambiente com a saúde da criança, fatores estes que são profundamente considerados nas cinco estratégias da Carta de Ottawa para a promoção da saúde.

Apesar das relações com a Carta de Ottawa apresentadas, quando fala de promoção da saúde, este documento mantém o seu foco nas ações de educação em saúde, diálogo e aconselhamento, não aprofundando outras ações mais amplas de extrema importância para a efetiva promoção da saúde.

Para a enfermagem, este é um documento importante, capaz de nortear a prática profissional no acompanhamento da criança em todos os níveis de atenção, porém tem seu foco na atenção básica. Contribuindo com a melhoria da qualidade das práticas profissionais no sentido do monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil, conseqüentemente se estará influenciando na qualidade de vida das crianças.

Outro documento analisado tem como título “Políticas intersetoriais: guia referencial para gestores municipais em favor da infância” (BRASIL, 2002e). Este material foi criado com o intuito de contribuir para a construção de políticas intersetoriais articuladas, integradas, voltadas a assegurar os direitos das crianças. O termo promoção da saúde não é trabalhado neste documento, mas o que se observa é que existe nele uma íntima relação com o conceito e as estratégias da Carta de Ottawa para a promoção da saúde.

De acordo com a Carta de Ottawa (WHO, 1986, p. 1), a promoção da saúde é “o processo que capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Em outras palavras, a capacitação dos indivíduos e coletivos é indispensável para o empoderamento e para que todas as pessoas e comunidades tenham a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes de sua saúde. Este conceito se relaciona com o documento analisado, pois o mesmo afirma que a saúde é construída socialmente e as pessoas precisam ser emancipadas para atuarem junto às esferas de governo na melhoria de sua qualidade de vida. A participação popular é amplamente discutida neste documento (BRASIL, 2002e).

Além disso, o guia em questão, traz a intersetorialidade como forma de contribuir para a equidade em saúde, de garantir um meio ambiente favorável para a saúde das crianças, de permitir a desfragmentação das políticas e das ações com vistas à integralidade da atenção, dentre outros fatores que corroboram com a Carta de Ottawa e suas estratégias para a promoção da saúde dos indivíduos e coletividade (BRASIL, 2002e). Segundo Buss (2003), a equidade é um dos focos da promoção da saúde e a consideração dos determinantes múltiplos da saúde, bem como a atuação por meio da intersetorialidade visando a

redução das diferenças no estado de saúde da população e no acesso aos recursos diversos para uma vida mais saudável, é o que a torna possível.

Outra relação do documento analisado com a Carta de Ottawa e a promoção da saúde é que, esta, em uma de suas cinco estratégias, encoraja o desenvolvimento sustentável para que o meio ambiente seja beneficiado e os recursos naturais conservados através do estabelecimento de laços entre os seres humanos e o ambiente, visando a construção de ambientes favoráveis a saúde, que este guia para gestores traz como possível por meio da intersetorialidade e indispensável para a melhoria da qualidade de vida das crianças (WHO, 1986; BRASIL, 2002e).

Por fim, o documento em questão, concorda com a Carta de Ottawa quando diz que a desfragmentação das políticas e das ações é essencial para a integralidade da atenção. A Carta de Ottawa traz em uma de suas estratégias para a promoção da saúde, a proposta de implementação de políticas públicas saudáveis que considerem a determinação múltipla da saúde e trabalhe com a intersetorialidade, contribuindo para a equidade, integralidade em saúde e melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2002e; BUSS, 2003).

Apesar de este guia ser dirigido aos gestores municipais na realização de suas tarefas, os profissionais de saúde, inclusive os enfermeiros, devem ser considerados parceiros na implementação destas políticas que visam assegurar os direitos das crianças. Este documento, portanto, também é útil a estes profissionais, trazendo o conhecimento da realidade infantil ao longo do tempo, justificando a implementação de políticas com base no desenvolvimento infantil, trazendo pressupostos básicos das políticas integradas e fornecendo um guia com base em experiências vividas. Como parceiros, os enfermeiros precisam conhecer o que vem sendo discutido em relação à criança e a implementação de políticas intersetoriais ou de políticas públicas saudáveis - nas palavras da Carta de Ottawa – dirigidas às crianças brasileiras.

Os documentos intitulados “Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos” (BRASIL, 2002f), “Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses verticalmente expostas ao HIV” (BRASIL, 2003e) e “Guia alimentar para crianças menores de dois anos” (BRASIL, 2005a), tem o objetivo de nortear os profissionais de saúde na orientação sobre aspectos alimentares aos pais/responsáveis das crianças pequenas saudáveis e/ou doentes. Assim como os documentos relacionados à Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, já abordados

anteriormente, estes tratam de aspectos mais relacionados à prevenção, porém, profissionais devidamente capacitados para trabalhar com a promoção da saúde, podem valer-se destes documentos para tal fim. Eriksson e Lindström (2008), quando falam da metáfora do Rio da Vida, dão a entender que os cuidados preventivos podem contribuir para a promoção da saúde melhorando a qualidade de vida das pessoas, desde que se tenha o foco na concepção positiva da saúde substituindo a da doença.

Estes três documentos, relacionam-se intimamente com o trabalho da enfermagem. Em muitos locais de prática, não é o médico ou o nutricionista que está disponível para realizar orientações no sentido da alimentação e nutrição das crianças. Constantemente, quer durante um atendimento de puericultura na atenção básica, quer durante ou ao final de uma internação hospitalar, os enfermeiros são responsáveis pelas orientações deste caráter aos pais/responsáveis. Portanto, é fundamental que existam guias alimentares como estes, que trazem conhecimento de várias áreas do setor saúde para nortear a prática profissional.

O documento intitulado “Trabalho infantil: diretrizes para a atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos” (BRASIL, 2005b) tem o objetivo de contribuir para a erradicação do trabalho infantil no Brasil. Este documento se refere às ações de promoção da saúde como importantes para a integralidade da atenção, mas não realiza uma discussão mais profunda neste sentido.

Os enfermeiros, muitas vezes, se encontram impotentes quando deparados com problemas deste teor. Para modificar a situação do trabalho infantil, precisa-se pensar no desenvolvimento de ações que atendam a várias estratégias da Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Acredito que um papel fundamental da enfermagem para a erradicação do trabalho infantil, é o trabalho educativo em conjunto com as famílias e comunidade, para que estes sejam empoderados e assim possam requerer de outras áreas e instâncias governamentais as condições necessárias para se ter qualidade de vida e saúde sem precisar recorrer ao trabalho infantil para a complementação da renda doméstica.

Um documento fundamental na atenção à saúde da criança no Brasil é a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” (BRASIL, 2005c) que tem o objetivo de auxiliar na organização da assistência à criança e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da mesma. Este objetivo atende a estratégia de reorientação dos serviços de saúde proposta pela Carta de Ottawa, pois com ele traz a

necessidade do trabalho multiprofissional, intersetorial, que atenda aos princípios da integralidade, equidade, dentre outros, defendidos pela Carta de Ottawa, pela Constituição Federal e pelo Sistema Único de Saúde.

Porém, faço aqui uma crítica a este documento, que apesar de trazer em seus princípios norteadores a questão do desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde pensando na melhoria da qualidade de vida das crianças, dentre outros princípios que vão ao encontro das cinco estratégias da Carta de Ottawa para a promoção da saúde, este mantém o seu foco na doença e na prevenção de agravos e da morte, como pode ser observado através da leitura integral do mesmo.

Além disso, deixa transparecer que entende as ações de promoção da saúde como algo menor, ou seja, como ações mais simples. As ações preventivas e curativas são entendidas como de maior complexidade, o que pode ser confirmado no trecho: “como cuidado integral entende-se a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência” (BRASIL, 2005c, p. 7). Na verdade, o que pode estar ocorrendo é uma confusão na linha divisória entre o que seria promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. Segundo Buss (2003, p. 33), a promoção da saúde tem um enfoque “mais amplo e abrangente, procurando identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença e buscando transformá-los favoravelmente na direção da saúde”. Vê-se então, que as ações de promoção da saúde, geralmente são mais complexas, podendo ser desenvolvidas em vários níveis de atenção, promovendo a atenção integral à criança através da referência e contrarreferência.

Acredito que este documento possa ser utilizado com êxito pelos enfermeiros na promoção da saúde das crianças, pois este indica os caminhos para as principais ações que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, em todos os níveis, no sentido da integralidade da atenção a criança, o que inclui as ações de promoção da saúde.

Os enfermeiros atuam diretamente em muitas das linhas de cuidado expressas neste documento que contribuem direta ou indiretamente para a promoção da saúde da criança. Um exemplo de contribuição indireta para a promoção da saúde da criança é quando o enfermeiro realiza cuidados em favor da mulher, quer em seu período reprodutivo ou gestacional. Na atenção básica, ações neste sentido podem ocorrer durante as consultas de enfermagem ginecológicas, de

planejamento familiar e pré-natal. O enfermeiro ainda tem papel fundamental no incentivo ao aleitamento materno durante o pré-natal, na maternidade e após a alta hospitalar; na realização e controle das imunizações e do teste do pezinho; no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e cuidados com a alimentação e nutrição durante as consultas de puericultura, dentre outros.

No documento intitulado “Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil” (BRASIL, 2005d), pode ser observada algumas relações com a promoção da saúde, desviando o foco da doença e da institucionalização para a saúde e a melhoria da qualidade de vida destes seres de direitos – as crianças – e suas famílias.

O foco do documento analisado está na implementação de políticas públicas saudáveis, uma das estratégias da Carta de Ottawa. Ele argumenta que a gestão da saúde mental no Brasil deve se responsabilizar por promover a efetiva substituição do antigo modelo asilar por uma rede de cuidados de base territorial e comunitária, vistos os efeitos perversos da institucionalização. O Estado, por meio de mecanismos de educação, proteção social, inclusão, promoção e garantia de direitos da criança e sua família, poderá promover um desenvolvimento saudável para os cidadãos nesse período especial de suas vidas – a infância – e alcançar o pleno desenvolvimento de suas potencialidades (BRASIL, 2005d).

Por meio da leitura deste documento, conclui-se que a implementação de políticas públicas saudáveis está intimamente relacionada ao atendimento das outras quatro estratégias propostas pela Carta de Ottawa. No sentido da criação de ambientes favoráveis para a saúde, o que se pretende é que as crianças possam crescer, apesar de seus problemas, em um ambiente familiar, social e cultural. No sentido do reforço da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais, a Política Pública de Assistência em Saúde Mental aponta a esfera pública como um lugar de excelência de cuidados emancipatórios para a criança e suas famílias, baseando-se no princípio de que a pessoa portadora de sofrimento mental e sua família devem ser protagonistas do seu processo de emancipação. E por fim, no sentido da reorientação dos serviços de saúde, estes devem assumir uma função social, extrapolando o afazer meramente técnico do tratar, e que se traduz nas ações de acolhimento, escuta, cuidado, emancipação, e em ações que visem a melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de sofrimento mental, olhando-a como um ser integral com direito a participação e inclusão em sua comunidade, partindo de uma rede de cuidados que leve em conta as singularidades de cada um e as

construções que cada sujeito faz a partir de seu quadro (BRASIL, 2005d).

Este é um documento importante para a enfermagem, pois ele traça, além das perspectivas históricas acerca do atendimento a crianças e adolescentes, considerações técnicas fundamentais para a discussão e implementação dessa política no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005d). O enfermeiro é fundamental no processo de implementação dessa política, tendo um importante papel neste novo contexto, atuando nos CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – onde são realizados cuidados de base territorial e comunitária com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das crianças que vivenciam o sofrimento mental e também de suas famílias. O enfermeiro depara-se também com situações de crianças em sofrimento mental em outros níveis de atenção e deve estar preparado para realizar os devidos encaminhamentos.

As três Cadernetas de Saúde da Criança (BRASIL, 2008, 2009a, 2009b), além de trazerem os dados de identificação da criança, da história obstétrica e neonatal, da alimentação, do crescimento e desenvolvimento, do uso de suplementação de ferro e vitamina A, da saúde bucal, auditiva e visual, das vacinações, do registro das intercorrências clínicas, dentre outros, contém ainda, orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Essa menção a promoção da saúde, que não se fazia nas primeiras versões da Caderneta de Saúde da Criança, é de fundamental importância no contexto que hoje se vive, com esta nova proposta de trabalhar com a promoção da saúde.

Segundo Alves e colaboradores (2009), a Caderneta de Saúde da Criança é um documento imprescindível para a promoção da saúde infantil. Por meio dela, se torna possível o diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem a criança e a família. Mas segundo este mesmo autor, para cumprir o papel de promover a saúde se faz necessário o registro correto e completo das informações, além do diálogo com a família sobre as anotações realizadas.

Apesar de fazer referência à promoção da saúde e de permitir esse diálogo entre família e profissionais, o que se observa é que a Caderneta de Saúde da Criança, na prática, tornou-se um dos principais instrumentos de vigilância e controle da saúde infantil. Mais uma vez percebe-se que há, ainda hoje, passadas mais de duas décadas de discussões sobre a promoção da saúde, uma confusão em torno dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de agravos.

Existem vários locais na caderneta que podem ser utilizados para realizar anotações, não só do enfermeiro, como também de outros

profissionais de saúde. Porém, o enfermeiro é um dos profissionais que mais utiliza a Caderneta de Saúde da Criança, principalmente em seus atendimentos de puericultura na atenção básica, realizando registros sobre o crescimento e desenvolvimento, imunizações, etc. É importante que o enfermeiro utilize corretamente este instrumento e instrua os pais/responsáveis a fazerem uso dele para que o diálogo seja efetivo no sentido de promover a saúde da criança.

A cartilha intitulada “Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a peça principal para enfrentar este problema” (BRASIL, 2009c), cita a Política Nacional de Promoção da Saúde e a Rede Nacional de Prevenção de Violências, Promoção da Saúde e Cultura de Paz, como políticas importantes para enfrentar as formas de violência contra a criança e o adolescente.

Esta cartilha pode ser considerada um instrumento para os enfermeiros que se deparam com a situação de violência contra a criança. De forma sintética, ela mostra a realidade atual dos efeitos da violência, as políticas que existem em favor das crianças vítimas de violência e instruem sobre a importância da notificação e da realização de encaminhamentos necessários que podem ser realizados pelo enfermeiro.

Além do Caderno de Atenção Básica número 11 que tratou sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, mais dois, relacionados exclusivamente a saúde da criança, foram encontrados. O Caderno de Atenção Básica número 23, intitulado “Saúde da criança: nutrição infantil” (BRASIL, 2009d), traz a questão da promoção da saúde relacionada a alimentação infantil. Este documento considera o aleitamento materno como uma ação de promoção da saúde para a díade mãe/bebê, dá a importância devida ao contexto sociocultural e familiar, e trata da necessidade do empoderamento das nutrizes, tudo visando à melhoria da qualidade de vida das crianças e suas famílias. A intersectorialidade, como apresentada em outros documentos já analisados, também é vista aqui como fundamental no atendimento integral e humanizado.

Até aqui, este documento está em harmonia com a Carta de Ottawa, mas, este também revela, assim como outros documentos analisados anteriormente, que o foco está na doença, pois trata a alimentação saudável como forma de prevenir doenças e agravos, como a obesidade, problemas quanto ao crescimento e desenvolvimento, anemia, diarreia, problemas respiratórios, dentre outros. Além disso, neste está muito forte a questão da mudança de comportamento quanto à

alimentação. Deve ser dispensado um grande cuidado quando se fala em mudança de comportamentos, para que a vítima não seja responsabilizada, tirando de cena a responsabilidade de outras esferas.

Como já foi dito anteriormente, por ocasião da análise dos três guias alimentares para crianças pequenas saudáveis ou doentes, os enfermeiros, em muitos locais de prática, são os que realizam orientações no sentido da alimentação e nutrição das crianças, tanto das que são amamentadas quanto daquelas que já ingerem alimentação da família. Este documento é importante para os profissionais que se deparam com a necessidade do aconselhamento alimentar aos pais/responsáveis das crianças, pois auxilia o enfermeiro a olhar atentamente esta questão, considerando os aspectos emocionais, cultural, familiar, social, dentre outros, que fará com que seu trabalho tenha êxito. O enfermeiro capacitado para trabalhar com a promoção da saúde pode valer-se deste documento, desviando o foco da doença, para melhorar a qualidade de vida e saúde das crianças.

O último documento analisado, “Saúde na escola” (BRASIL, 2009e), referente ao Caderno de Atenção Básica número 24, tem relação com a promoção da saúde. Este documento dá base para discutir toda a proposta de promoção da saúde, porém aqui só serão citadas as relações com a mesma. Este documento traz discussões em torno do conceito ampliado de saúde, da integralidade, intersetorialidade, da produção de cidadania e autonomia, da participação social, da influência de outros fatores que não somente os biológicos para se ter saúde, da necessidade de substituição de um processo de trabalho centrado na culpabilização individual pelo cuidado com a própria saúde, tudo com vistas à qualidade de vida.

Este documento tem uma relação ainda maior com a estratégia de criação de ambientes favoráveis a saúde proposta pela Carta de Ottawa. Neste caso o ambiente favorável a saúde é a escola que desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social, cumprindo um papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas (BRASIL, 2009e).

Por muito tempo a educação em saúde permaneceu baseada no modelo médico tradicional que tinha o foco no controle e na prevenção de doenças, porém muitos estudos já evidenciaram que este modelo é pouco efetivo. Com esta nova evidência a escola passou a ser considerada uma aliada quando se fala em ações intersetoriais de promoção da saúde, realizando um trabalho com os estudantes, e também com professores e funcionários, partindo do que estes já

possuem de bagagem e do que eles são capazes de fazer, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2009e).

Os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, e também os da educação, precisam assumir uma atitude permanente de empoderamento dos estudantes, professores e funcionários das escolas, pois este empoderamento é o princípio básico da promoção da saúde (BRASIL, 2009e).

Após esta análise dos documentos relacionados à saúde da criança de autoria do Ministério da Saúde, podem-se fazer algumas inferências. São raros os documentos ministeriais que tratam exclusivamente da temática da promoção da saúde. Esta é citada dentro da maioria dos documentos relacionados à saúde da criança que foram analisados, o que prova que estes vem sofrendo influências do referencial de promoção da saúde. Porém, muitas inconsistências ainda são percebidas, principalmente no que se refere ao foco das ações de promoção da saúde. Na maioria dos documentos, este foco ainda está na prevenção da doença e não na concepção positiva de saúde.

Acredito que de alguma forma, todos estes documentos possam ser utilizados no sentido de promover a saúde das crianças, desde que os profissionais que os utilizem mantenham o foco na saúde e qualidade de vida, ou seja, tenha um objetivo mais amplo, indo além da prevenção.

Apesar de todos os documentos analisados, que tratam da atenção à saúde da criança, relacionarem-se de certa forma com o trabalho do enfermeiro, não existe nenhum documento que foque no trabalho deste profissional. Todos os documentos analisados referem-se aos profissionais de saúde de forma geral, com exceção dos primeiros documentos analisados, referentes a Atenção Integrada as Doenças Prevalentes na Infância, que foram criados para capacitar os profissionais médicos e de enfermagem.

Para o estudo em questão, a análise destes documentos ministeriais é fundamental, pois são estes que guiam as ações na prática profissional e o resultado disto pode estar refletido na produção de conhecimento sobre a enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança. Esta então é mais uma justificativa para a realização do presente estudo.



## **CAPÍTULO 4**

### **O REFERENCIAL METODOLÓGICO**

De acordo com Minayo (2010) a metodologia consiste do caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem de uma realidade. É a metodologia que distingue a forma com que muitas vezes um tema é abordado.

A seguir, neste capítulo, será abordada a metodologia adotada para a realização desta pesquisa, caminhando juntamente com o referencial teórico para a adequada abordagem do tema de pesquisa.

#### **4.1 Delineamento da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa buscando responder a questão: No conhecimento produzido pela enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança, o que encontramos quanto à caracterização dos estudos, aos cuidados realizados para a promoção da saúde da criança e às relações destes com a Carta de Ottawa?

A pesquisa se caracteriza como bibliográfica por ser desenvolvida com base em material já elaborado (GIL, 2002), que aqui se constitui de artigos científicos. A pesquisa bibliográfica permite ao investigador uma ampla cobertura sobre um determinado fenômeno, muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (GIL, 2002). Este foi um importante motivo para a escolha da pesquisa bibliográfica, visto que o objetivo da presente pesquisa é identificar e analisar a produção de conhecimento da enfermagem na promoção da saúde da criança no território brasileiro. No entanto, é necessário que esta modalidade de pesquisa seja realizada com rigor para não comprometer a qualidade do estudo, visto que muitas vezes as fontes secundárias apresentam dados coletados ou processados de forma equivocada. Para garantir a qualidade é necessário que o pesquisador se assegure das condições em que os dados foram obtidos, analisando em profundidade cada informação para descobrir incoerências e/ou contradições (GIL, 2002).

Como qualquer outra modalidade de pesquisa, esta se desenvolve ao longo de uma série de etapas. Estas etapas, porém, não são fixas, dependem de muitos fatores como a natureza do problema, o nível de conhecimento do pesquisador, o grau de precisão que se pretende

conferir a pesquisa, dentre outros fatores (GIL, 2002). As etapas seguidas nesta pesquisa serão descritas ao longo deste capítulo.

Com base em seus objetivos, esta pesquisa se caracteriza ainda como do tipo descritivo-exploratória. Descritiva por objetivar descrever as características do fenômeno, que nesta pesquisa é a produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança. As pesquisas descritivas são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática (GIL, 2002). Exploratória por permitir ao investigador aumentar a experiência em torno do problema em questão (TRIVIÑOS, 2008).

Com base em sua abordagem, esta pesquisa se caracteriza como qualitativa. As pesquisas qualitativas visam responder a questões muito particulares. Ela trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, ou seja, com uma realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 2008).

## **4.2 Coleta dos dados**

Após as etapas iniciais, sugeridas por Gil (2002) para uma pesquisa bibliográfica, como a escolha do tema, o levantamento bibliográfico preliminar, a formulação do problema de pesquisa e a elaboração de um plano provisório para o estudo, passam-se as etapas que constituem a coleta de dados.

Inicialmente, no processo de coleta de dados, faz-se a identificação das fontes capazes de fornecer as respostas ao problema de pesquisa (GIL, 2002). Nesta pesquisa os periódicos científicos foram as fontes consultadas. Segundo Gil (2002), os periódicos constituem o meio mais importante para a comunicação científica. A próxima etapa descrita por Gil (2002) é a localização destas fontes.

Nesta pesquisa, os periódicos científicos foram localizados através de busca em bases de dados. Por meio da Biblioteca Virtual em Saúde ([www.bireme.br](http://www.bireme.br)) foram localizadas e acessadas as bases de dados eletrônicas *LILACS*, *BDENF* e *SCIELO*. Estas foram selecionadas por constituírem as bases das ciências da saúde com maior probabilidade de indexação dos periódicos brasileiros relacionados à enfermagem.

Para a próxima etapa, obtenção do material (GIL, 2002), valeu-se dos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios para inclusão das publicações incluem:

- Tipo de publicação: artigos científicos de pesquisa e relatos de experiência com pelo menos um autor da área da enfermagem e que foram publicados em periódicos brasileiros considerados da enfermagem pelo *WebQualis*.

- Período de publicação: desde a Constituição Federal (CF) de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) até 2010. O ano de início se justifica, pois tanto a CF quanto o SUS, sofreram influências do referencial teórico que norteia este estudo, a Carta de Ottawa.

- Estratégia de busca: para obtenção dos artigos científicos foram utilizados os seguintes descritores DECS/MESH e respectivos descritores booleanos: (enfermagem em saúde comunitária OR cuidados de enfermagem OR enfermagem pediátrica OR enfermagem OR enfermagem em saúde pública OR enfermagem neonatal OR enfermagem familiar) AND (promoção da saúde OR educação em saúde) AND (criança OR pré-escolar OR lactente OR recém-nascido).

Os critérios de exclusão se aplicam às publicações do tipo editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, notas prévias, publicações duplicadas, manuais e, estudos que não contemplem os critérios de inclusão estabelecidos anteriormente.

A seleção das publicações se deu em dois passos através da leitura do material (GIL, 2002). O primeiro passo foi realizado através de uma leitura exploratória dos títulos e resumos de cada publicação que verificou em que medida a obra consultada interessava à pesquisa. As publicações que passaram pelos critérios de inclusão e exclusão e que foram tidas como de interesse após a leitura exploratória, tiveram seus textos completos arquivados. As publicações que não tiveram seus textos completos disponíveis na fonte foram solicitadas por meio do serviço de comutação. O segundo passo da seleção consistiu da leitura seletiva, ou seja, a leitura integral das obras, tendo em mente os objetivos da pesquisa. As publicações selecionadas passaram pelo olhar de dois juízes para verificação/confirmação da escolha das publicações para a análise.

É importante destacar que inicialmente foram encontrados, valendo-se da estratégia de busca, 210 artigos. Após passar pelos critérios de exclusão e demais critérios de inclusão, este número caiu significativamente para 104 artigos. Por fim, restaram da etapa de seleção das publicações, 53 artigos que foram organizados em pastas eletrônicas e posteriormente tiveram seus dados coletados por meio da leitura analítica e interpretativa, ordenando e sumarizando as informações contidas nas fontes valendo-se de um instrumento criado com o auxílio do programa Microsoft Excel 2010® possibilitando a

obtenção das respostas ao problema. No Apêndice 1 pode ser observado como foi realizada a coleta de dados em um dos artigos.

### 4.3 Análise dos dados

Esta pesquisa considera a análise dos dados num sentido amplo, abrangendo também a interpretação e concordando com Minayo (2008, p. 68) quando diz acreditar que “a análise e a interpretação estão contidas no mesmo movimento: o olhar atentamente para os dados da pesquisa”.

Segundo Minayo (2008), a fase de análise possui três finalidades: estabelecimento de uma compreensão dos dados coletados, confirmação ou não dos pressupostos da pesquisa e /ou resposta às questões formuladas e ampliação do conhecimento sobre o assunto pesquisado. Para tanto, este estudo valeu-se da proposta operativa de Minayo (2010) que se desdobra em três etapas:

- **Pré-análise:** incluiu a leitura flutuante, consistindo em tomar contato exaustivo com o material deixando-se impregnar pelo seu conteúdo; a constituição do corpus, ou seja, organização do material de tal forma que responda a algumas normas de validade, exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência; e a formulação de hipóteses e objetivos a partir da exploração.

- **Exploração do material:** consiste essencialmente na operação de codificação, transformando os dados brutos com vista a alcançar o núcleo de compreensão do texto. Primeiramente realiza-se um recorte do texto em unidades de registros que podem ser palavras, frases, etc. Em segundo lugar, escolhem-se as regras de contagem permitindo assim a quantificação, e em seguida, realiza-se a classificação e a agregação dos dados, escolhendo categorias que comandarão a especificação dos temas.

- **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** os resultados brutos são submetidos a operações estatísticas que permitem colocar em destaque as informações obtidas. Após será possível propor inferências e realizar interpretações.

Em outras palavras, nesta fase de análise, os artigos selecionados foram lidos sendo separados os trechos que poderiam responder a pergunta de pesquisa. Destes trechos foram retirados os “temas” que posteriormente foram agregados por semelhanças, gerando as categorias

com suas subcategorias que são apresentadas nas três figuras que se seguem.

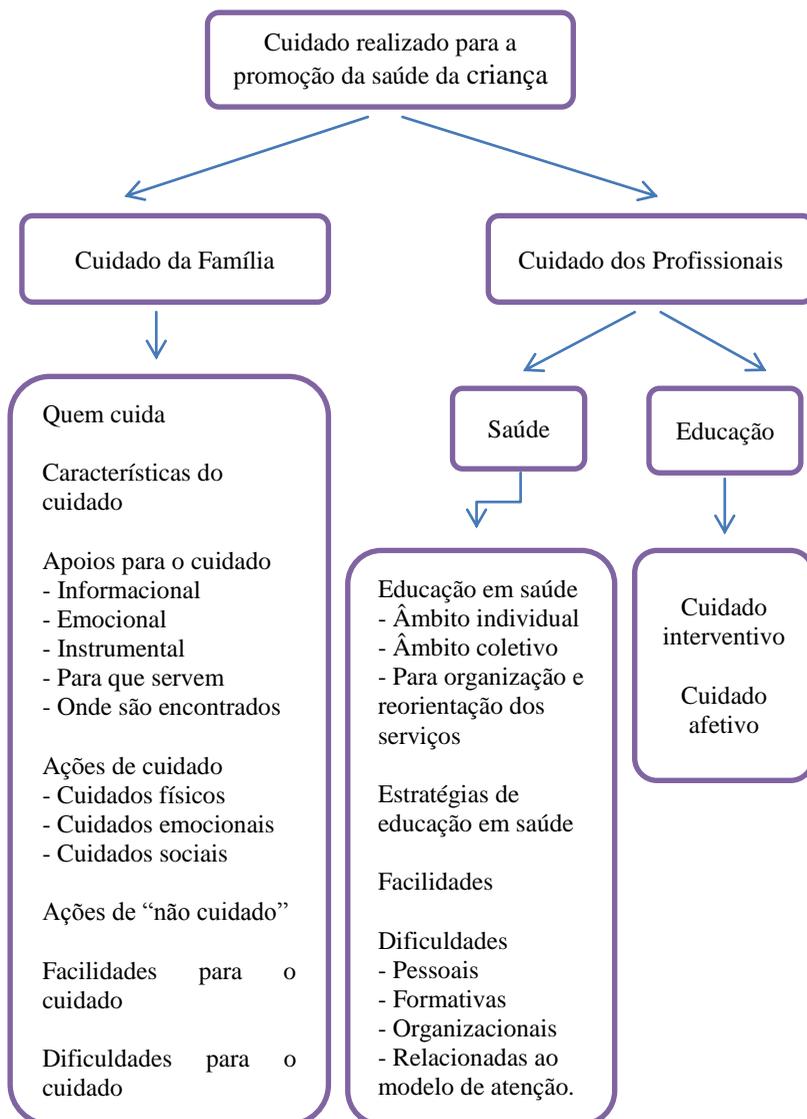


Figura 1: Primeira categoria – cuidado realizado para a promoção da saúde da criança.

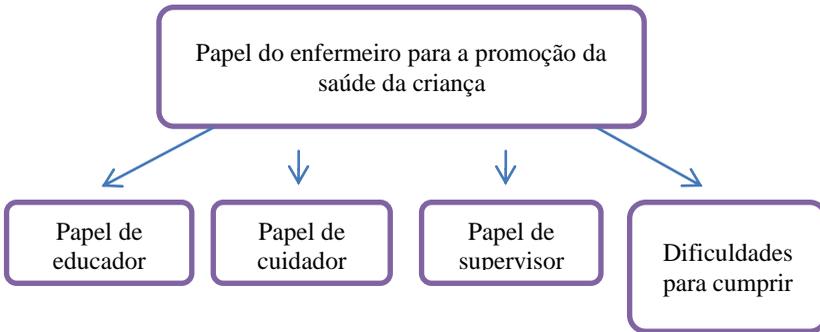


Figura 2: Segunda categoria – papel do enfermeiro para a promoção da saúde da criança.

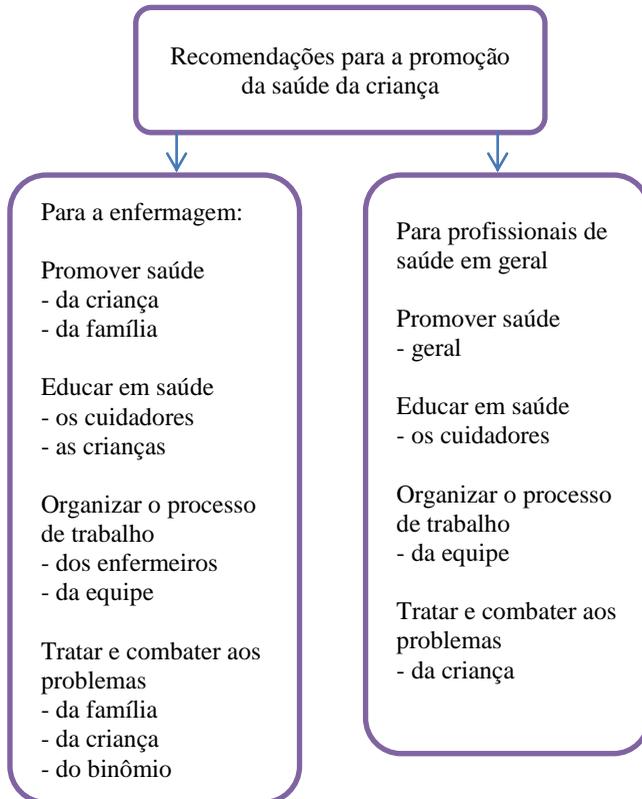


Figura 3: Terceira categoria – recomendações para a promoção da saúde da criança.

#### **4.4 Discussão e apresentação dos resultados**

As categorias foram descritas e posteriormente discutidas à luz das próprias publicações analisadas na pesquisa e do referencial teórico adotado. Ao final, foram tecidas considerações finais respondendo à pergunta de pesquisa e aos objetivos do estudo.

#### **4.5 O rigor e a ética da pesquisa**

A pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2002), possui muitas vantagens, mas em contrapartida, pode ter sua qualidade comprometida se não forem tomados os devidos cuidados, principalmente durante a coleta e análise dos dados.

Na presente pesquisa, os critérios de validade e relevância, que segundo Pope e Mays (2005), são os critérios principais de qualidade na pesquisa qualitativa, foram observados. Para garantir a validade da pesquisa, reduzindo as chances de erros, o processo de coleta de dados foi acompanhado por dois juízes. Além disso, todo o processo de coleta e análise dos dados foi exposto de forma clara, de modo que os leitores possam julgar as evidências e consigam refazer o caminho da pesquisa.

Uma pesquisa é relevante, segundo Pope e Mays (2005, p. 108), quando “soma algo ao conhecimento ou aumenta a confiança pela qual o conhecimento existente é considerado”. O princípio da generalização também torna o estudo relevante. Observando os pressupostos pessoais explicitados no capítulo I do presente estudo, observa-se que estes foram resultados esperados.

As pesquisas bibliográficas, não dispensam questões éticas por serem baseados em material já elaborado. Durante a coleta, análise, interpretação e redação dos dados, os cuidados éticos precisam ser considerados.

Nesta pesquisa, foram tomados os devidos cuidados quanto à fidedignidade das transcrições de trechos dos estudos e para que as fontes fossem devidamente citadas. Os cuidados na análise e interpretação dos dados para não ocorrer distorções também foram levados em consideração. A pesquisadora relatou no final da pesquisa, os dados reais, sem supressão, falsificação ou invenção de resultados.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa

Catarina, que afirmou no ofício nº 27/CEPSH/PRPE/11 (Anexo 1) que a pesquisa não fere princípios éticos com relação à seres humanos.

## **CAPÍTULO 5**

### **PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO ELABORADA A PARTIR DOS RESULTADOS**

Foram elaborados dois manuscritos a partir dos resultados deste estudo. O primeiro deles, intitulado “Análise da produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança”, será submetido à REBEn – Revista Brasileira de Enfermagem, na qualidade de Artigo de Revisão. O segundo manuscrito, intitulado “O papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira”, será submetido à REME – Revista Mineira de Enfermagem, na qualidade de Revisão Teórica.

A apresentação dos resultados em forma de manuscritos atende as novas Normas de Apresentação para Teses e Dissertações da Universidade Federal de Santa Catarina, expressas na Instrução Normativa 10/PEN/2011. Para a posterior submissão dos manuscritos às revistas citadas anteriormente, estes serão formatados de acordo com as instruções aos autores fornecidas pela Revista Brasileira de Enfermagem e pela Revista Mineira de Enfermagem, que se encontram em anexo na ordem em que foram citadas (Anexo 2 e 3). As estruturas dos manuscritos já se encontram como exigido pelas revistas.



**ANÁLISE DA PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO DA  
ENFERMAGEM BRASILEIRA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA  
CRIANÇA\***

**ANALYSIS OF KNOWLEDGE PRODUCTION OF BRAZILIAN  
NURSING TOWARDS CHILD HEALTHCARE PROMOTION**

**ANÁLISIS DE LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTO DE LA  
ENFERMERÍA BRASILEÑA EN LA PROMOCIÓN DE SALUD  
DEL NIÑO**

Elaine Alano Guimarães Medeiros<sup>1</sup>  
Astrid Eggert Boehs<sup>2</sup>

---

\* Este artigo é parte da dissertação de mestrado de mesmo título, de autoria de Elaine Alano Guimarães Medeiros, apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em fevereiro de 2012 na cidade de Florianópolis/SC.

<sup>1</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Especialista em Saúde da Família e Mestranda em Enfermagem pela UFSC. Enfermeira assistencial do HU/UFSC. E-mail: [nana\\_alano@hotmail.com](mailto:nana_alano@hotmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica, Especialista em Enfermagem na Saúde do Adulto e Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. E-mail: [astridboehs@hotmail.com](mailto:astridboehs@hotmail.com).

**RESUMO:** Esta pesquisa objetivou caracterizar a produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança e analisar esta produção quanto aos cuidados para a promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritivo-exploratória com abordagem qualitativa realizada através de buscas em bases de dados. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo. Como resultado, obteve-se a caracterização da produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança e a categoria: cuidado realizado para a promoção da saúde da criança. Conclui-se que a enfermagem preocupa-se com a produção de conhecimentos, contribuindo com um cuidado de qualidade e promovendo a saúde. A família e os enfermeiros demonstram preocupação com a promoção da saúde da criança, porém barreiras precisam ser vencidas.

Descritores: Enfermagem. Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Criança.

**ABSTRACT:** This research had as objective characterize of knowledge production of Brazilian nursing towards child health care promotion and also analyze this production relatively to the measures in promoting health. This is a descriptive exploratory bibliographic research with a quality approach run based on searches in databases. All data were analyzed based on content analysis. As a result, it was possible characterize the knowledge production of Brazilian nursing towards the child care promotion within one categorie: the measures taken to child care promotion. The conclusion is that the Brazilian nursing is committed to knowledge production, contributing to quality care and promoting health. Family and nurses show commitment to child health promotion, however, there are still obstacles that must be overcome.

Keywords: Nursing. Health Promotion. Health Education. Child.

**RESUMEN:** Esta investigación buscó caracterizar la producción de conocimiento de la enfermería brasileña en la promoción de la salud del niño y analizar esta producción en relación a los cuidados para la promoción de la salud. Se trata de una investigación bibliográfica descriptivo-exploratoria con abordaje cualitativo realizado a través de buscas en bases de datos. Los datos fueron analizados por medio de análisis de contenido. Como resultado, se obtuvo la caracterización de la producción de conocimiento de enfermería brasileña en la promoción de la salud del niño y una categoría: el cuidado realizado para la promoción de la salud del niño. Se concluye que la enfermería se preocupa con la producción de conocimientos, contribuyendo para un cuidado de mayor calidad y promoviendo la salud. La familia y los enfermeros demuestran preocupación con la promoción de la salud del niño, sin embargo barreras necesitan ser vencidas.

Palabras clave: Enfermería. Promoción de la Salud. Educación en Salud. Niño.

## INTRODUÇÃO

Durante muitos séculos, a criança foi ignorada no Brasil e em todo o mundo, passando a ter valor somente quando se tornava economicamente ativa, contribuindo com a renda doméstica. Sendo assim, por longo tempo, a criança foi privada das condições para o seu adequado desenvolvimento, sendo que os únicos cuidados dispensados a ela objetivavam mantê-la saudável para o trabalho (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008).

No século XX, foram criadas as primeiras leis e códigos garantindo proteção à criança. Após a Segunda Guerra Mundial e a elaboração da Declaração Universal dos Direitos do Homem em 1948, é que toda a humanidade começou a partilhar de valores comuns. Porém, houve ainda a necessidade de se criar um documento mais específico que levasse em consideração a criança, então, em 1959, foi aprovada a Declaração dos Direitos da Criança. No Brasil, a atenção à criança teve mudanças significativas após a promulgação da Constituição Federal de 1988 e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 (GOMES; CAETANO; JORGE, 2008). Estes sofreram influências da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986 (BUSS; CARVALHO, 2009).

A Carta de Ottawa, resultado da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, passou a ser discutida intensamente como forma de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades, tendo assim seus conceitos e práticas divulgados e implementados em sistemas de saúde de todo o mundo, inclusive no Sistema Único de Saúde no Brasil (BUSS; CARVALHO, 2009), que tem como princípios a universalidade, a integralidade e a igualdade, garantindo que todos sejam assistidos em suas especificidades, sem discriminação, sendo vistos como seres únicos e individuais (BRASIL, 1988, 1990).

Segundo Buss e Carvalho (2009), a promoção da saúde, como política nacional brasileira, iniciou seus avanços em 1992 com a expansão da atenção básica e a criação do Programa Saúde da Família. A partir daí, muitos projetos, programas e documentos foram criados formalizando serviços, ações e estratégias com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A criança é um importante alvo da promoção da saúde como política nacional, prova disso são os inúmeros documentos ministeriais em favor da sua saúde.

A enfermagem tem dedicado especial atenção à temática da promoção da saúde. Sabe-se que hoje, na sua atuação diária, existe um amplo espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde

que devem ser consideradas como uma possibilidade de cuidado importante para que ocorram as modificações necessárias na saúde da população, ampliando, desta forma, as alternativas para o aumento da sua qualidade de vida (CUNHA et al, 2009).

O despertar do enfermeiro para o seu papel como promotor da saúde deve se dar já na formação, amparada num referencial que supere o modelo biomédico. Quando se pensa no cuidado do enfermeiro para a promoção da saúde da criança, reitera-se ainda mais a importância de tal formação, visto que as crianças estão em um período de construção de hábitos pessoais que poderão se tornar permanentes, sendo a atuação do enfermeiro de fundamental importância nesta fase (SILVA, 2010).

Refletindo acerca da saúde da criança, promoção da saúde e enfermagem, questiona-se: o que a enfermagem brasileira tem publicado sobre a promoção da saúde da criança? Este artigo objetiva caracterizar a produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança e analisar tal produção quanto aos cuidados para a promoção da saúde.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica do tipo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa realizada por meio de buscas nas bases de dados eletrônicas com maior probabilidade de indexação dos periódicos brasileiros relacionados à enfermagem: *LILACS*, *BDEF* e *SCIELO*.

Para a obtenção do material, valeu-se dos critérios de inclusão: a) tipo de publicação: artigos científicos de pesquisa e relatos de experiência com autoria de pelo menos um enfermeiro em periódicos brasileiros considerados da área da enfermagem pelo *WebQualis*; b) período de publicação: artigos publicados desde a Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde até 2010; c) estratégia: foram utilizados os descritores DECS/MESH e respectivos descritores booleanos (enfermagem em saúde comunitária OR cuidados de enfermagem OR enfermagem pediátrica OR enfermagem OR enfermagem em saúde pública OR enfermagem neonatal OR enfermagem familiar) AND (promoção da saúde OR educação em saúde) AND (criança OR pré-escolar OR lactente OR recém-nascido). Os critérios de exclusão se aplicam às publicações do tipo editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, notas prévias,

publicações duplicadas, manuais e estudos que não contemplem os critérios de inclusão.

Os 210 artigos obtidos (23 SCIELO, 106 LILACS e 81 BDENF) passaram por duas etapas de seleção. A primeira etapa foi realizada através de uma leitura exploratória dos títulos e resumos que verificou em que medida a obra interessava à pesquisa. Desta restaram 104 artigos (17 SCIELO, 44 LILACS e 43 BDENF) que foram submetidos a segunda etapa de seleção por meio de uma leitura integral das obras. Após as leituras seletivas, o material bibliográfico, que consistiu de 53 artigos (16 SCIELO, 36 LILACS e 1 BDENF), foi organizado em pastas eletrônicas e posteriormente iniciou-se o processo de coleta de dados propriamente dito mediante a leitura analítica e interpretativa, ordenando e sumarizando as informações contidas nas fontes, utilizando-se de um instrumento criado com o auxílio do programa Microsoft Excel 2010®.

Para a análise dos dados, valeu-se da análise de conteúdo proposta por Minayo (2010), mas propriamente a proposta operativa desta autora. Esta se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que afirmou no ofício nº 27/CEPSH/PRPE/11 que a pesquisa não fere princípios éticos com relação a seres humanos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização da produção de conhecimento**

Na Tabela 1, observam-se as características da produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança.

Tabela 1 – Caracterização da produção de conhecimento da enfermagem na promoção da saúde da criança de 1988 a 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem*</b>
<b>Tipo de Fonte</b>		
<i>Artigo de Pesquisa</i>	44	83,0
<i>Relato de Experiência</i>	09	16,9
<b>Abordagem do Estudo</b>		
<i>Qualitativa</i>	30	56,6
<i>Quantitativa</i>	09	16,9
<i>Quanti-qualitativa</i>	03	5,6
<i>Não explicitaram</i>	11	20,7
<b>Periódicos</b>		
<i>Revistas da Enfermagem</i>	47	88,6
<i>Revistas da Saúde Pública</i>	04	7,5
<i>Revistas Especializadas</i>	02	3,7
<b>Ano de Publicação</b>		
<i>1988 a 1990</i>	03	5,6
<i>1991 a 2000</i>	07	13,2
<i>2001 a 2010</i>	43	81,1
<b>Região do Estudo</b>		
<i>Sul</i>	15	28,3
<i>Sudeste</i>	28	52,8
<i>Centro-oeste</i>	01	1,8
<i>Norte</i>	-	-
<i>Nordeste</i>	09	16,9

FONTE: Medeiros, EAG – 2011.

\* Porcentagem aproximada – não foram realizados arredondamentos.

Do total de artigos analisados, cerca de 83% referem-se a artigos de pesquisa e aproximadamente 17% a relatos de experiência. Essa diferença pode estar atribuída à exigência das revistas da área, revelando que, cada vez mais, a enfermagem em geral, está preocupada em produzir conhecimentos novos, muito além de relatar a sua própria prática, preenchendo lacunas para contribuir com um cuidado de qualidade, promovendo a saúde da criança.

Quanto ao tipo de estudo, verifica-se a tendência da enfermagem pela pesquisa qualitativa, uma vez que esta trabalha com questões que

geralmente não são quantificáveis, isto é, tem a sua prática mergulhada em significados, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2008). Todavia, vale lembrar que um tipo de estudo não deve ser defendido em detrimento de outro, pois cada um pode responder a uma questão particular, podendo inclusive complementar-se, como é o caso de alguns estudos analisados. O que realmente deve ser relevante nos estudos, independente de sua abordagem metodológica, é a sua qualidade, normalmente expressa na descrição de sua metodologia. Cerca de 20% dos artigos analisados não explicitaram a abordagem metodológica do estudo realizado e nem mesmo o tipo de estudo para que esta fosse possível de ser identificada.

Mais de 88% dos artigos analisados foram indexados em revistas da enfermagem, o que reflete a preocupação dos enfermeiros em pesquisar e escrever sobre a temática da promoção da saúde da criança para a sua área. No que tange ao período de publicação dos estudos, observa-se que de 2001 a 2010 houve um importante aumento na produção de conhecimento da enfermagem brasileira em relação à promoção da saúde da criança, e quanto à região de realização dos estudos, constata-se que as que mais publicaram foram, respectivamente, as regiões sudeste, sul e nordeste.

### **Descrição do cuidado realizado para a promoção da saúde da criança**

Como resultado da análise de conteúdo dos artigos ficou evidente uma grande categoria: cuidado realizado para a promoção da saúde da criança, composta de duas subcategorias: cuidado da família e cuidado dos profissionais para a promoção da saúde da criança.

Em relação à primeira subcategoria, *cuidado da família para a promoção da saúde da criança*, foram encontrados dados sobre quem realiza o cuidado, as características desse cuidado, os apoios para a sua realização, as ações de cuidado, as ações de “não cuidado” e facilidades e dificuldades encontradas na realização do cuidado/educação em saúde.

No tocante a quem realiza o cuidado à criança, os estudos analisados revelam, em primeiro lugar, as mães, seguido pela família de forma geral, os pais (casal) e também as avós. Em um dos estudos, Neves e Cabral (2008) caracterizam este cuidado como solitário e solidário. Os mencionados autores comentam que o papel da mãe como principal cuidadora no contexto da família está socioculturalmente

determinado, principalmente por esta ser mulher, tendo, perante a sociedade, o cuidado como uma responsabilidade, uma obrigação moral. Então, as mães assumem praticamente sozinhas o seu papel social de cuidadoras atenciosas, dedicadas, zelosas e abnegadas, o que muitas vezes afeta o seu bem-estar, caracterizando o cuidado prestado por elas como solitário e solidário.

No tocante aos apoios para a realização do cuidado às crianças, foram identificados nos estudos os apoios que foram definidos nesta pesquisa como informacional, emocional e instrumental. Também foi identificado onde e/ou em quem estes apoios podem ser encontrados e para que servem. O apoio informacional foi identificado nos estudos quando estes afirmam que as famílias buscam apoio informacional, solicitam informações, tentam atualizar-se, elucidar suas dúvidas, aumentar sua experiência e conhecimento. O apoio emocional foi identificado quando os estudos mostram que as famílias buscam esse apoio, empoderam-se individualmente, interagem e criam vínculo. Por sua vez, o apoio instrumental, quando apontam que as famílias buscam tal apoio e procuram ajuda para organizar-se no cuidado. Em busca destes apoios, as famílias recorrem às suas matrizes socioculturais de cuidado, aos enfermeiros, a outros profissionais de saúde e às redes sociais. Podem então desenvolver seu papel, realizar em casa os cuidados aprendidos, o planejamento para a família organizar-se para ficar com a criança, adquirir segurança no cuidado e ter uma visão mais apurada com relação aos aspectos clínicos e emocionais apresentados pela criança, passando a conhecer suas reações e necessidades. Reforçando o que aqui foi relatado, Paula, Nascimento e Rocha (2008) afirmam que a informação é uma importante fonte de apoio porque permite aos membros da família fazerem escolhas e tomarem decisões conscientes. Estas mesmas autoras dizem que o apoio emocional acalma e consola, trazendo confiança para o cuidado à criança. Quanto ao apoio instrumental, enfatizam que ajuda as famílias a sentirem-se seguras e incentivadas a continuar a cuidar de seus filhos e buscar estratégias para adaptar-se à condição de vida.

Com relação às ações de cuidado realizadas pelas famílias, valendo-se dos apoios recebidos, foram identificados estudos que tratam de cuidados físicos (GONÇALVES et al, 1992; AMORIN; SOUZA, 2005; MONTEIRO et al, 2009; REMOR et al, 2009), emocionais (FURTADO; LIMA, 2003; OLIVEIRA et al 2009) e sociais (NEVES; CABRAL, 2008; GUEDES et al, 2009). Outros ainda tratam juntamente de cuidados físicos e emocionais (SCOCHI et al, 1992; LÉLIS; MACHADO; CARDOSO, 2009) ou físicos e sociais (GAMBA et al,

1990). Os cuidados físicos identificados nos estudos foram: o fornecimento de dieta, a prática da higiene, a preocupação com as parasitoses intestinais e problemas de pele, a aferição de temperatura, o ato de levar os filhos para realizar a triagem neonatal e a realização de outros cuidados básicos e identificação correta de necessidades. Os cuidados emocionais identificados foram: o ato de tocar, conversar, permanecer juntos aos seus bebês, demonstrando carinho e afeto, e tentar tratar os filhos de forma igual. Já os cuidados sociais foram: reivindicação de ações visando ao saneamento adequado do bairro; envolvimento nos problemas de saúde de seus filhos e de outras crianças, propondo ações; contribuição com recursos próprios para produzir saúde; reivindicação e exigência de seus direitos, exercendo sua cidadania, dentre outros.

Além das ações de cuidado citadas, foram identificadas em dois estudos ações de “não cuidado”, mas que são consideradas pelas famílias como cuidado e/ou proteção. O estudo de Gomes e Cabral (2010), que trata do ocultamento e silenciamento familiares no cuidado à criança em terapia antirretroviral, afirma que as famílias, no intuito de proteger a criança do estigma e do preconceito, acabam não administrando os medicamentos da forma e no horário correto quando em companhia de outras pessoas, evitando questionamentos, ocultando assim a doença. Além disso, silenciam-se diante das indagações da própria criança com relação a sua doença, não permitindo a compreensão sobre a sua condição HIV positiva. O segundo estudo que revelou ações de “não cuidado”, aborda a violência intrafamiliar contra a criança. Neste, Algeri e Souza (2005), que analisaram diversos estudos sobre a temática, discursam que a violência é muitas vezes confundida com educação, e se materializa na forma de correção e/ou proteção exagerada, controle rígido, possessividade, proibições, dentre outros fatores. As crianças vítimas de violência apresentam baixo limiar às frustrações e são dependentes economicamente e emocionalmente dos adultos que as circundam; apresentam problemas psicológicos, comportamentais, de aprendizagem e até mesmo fisiológicos. Nesses dois contextos, os autores destacam a importância da educação em saúde como uma ferramenta para a superação de tais situações vivenciadas pelos sujeitos e o enfermeiro se insere como educador, predispondo, possibilitando e/ou reforçando ações para a saúde.

Quanto às facilidades identificadas nos estudos, em relação à família, no processo de cuidado/educação em saúde, estão a faixa etária jovem e a experiência anterior da mãe. Um dos artigos analisados que trata da educação em saúde bucal para mães de crianças especiais, de

autoria de Marcelino e Parrilha (2007), ampara sua discussão com relação à faixa etária jovem como uma facilidade para a educação em saúde em Bregagnolo e colaboradores (1990) que salientam que as mães mais jovens, pela própria influência da mídia, tem mais abertura para incorporar hábitos saudáveis, bem como para frequentar reuniões e palestras educativas. Já as mães mais velhas podem valer-se da sua experiência anterior no cuidado à criança. Oliveira (1989) conclui em seu estudo, que as mães mais experientes acham-se mais informadas e aptas a cuidarem de crianças, atendendo às necessidades infantis mesmo em casos que fogem aos padrões esperados.

Sobre as dificuldades para o cuidado/educação em saúde, ficaram evidentes nos artigos analisados a inexperiência, a falta de compromisso, a falta de tempo, a falta de cooperação, o nível socioeconômico e a baixa escolaridade/conhecimento. Duarte e colaboradores (2010) apontam que a inexperiência das mães no cuidado compromete a compreensão materna no que se refere aos cuidados especiais e que a falta de compromisso materno interfere no preparo materno. Contudo, a principal dificuldade citada por estes autores foi a falta de instrução materna, que dificulta o processo de orientação e entendimento das mães acerca do que é ensinado. O estudo de Maciel e colaboradores (2010) discute a questão da falta de tempo dos pais. Foi constatado que 87% dos pais que foram comunicados da necessidade de acompanhamento de seus filhos, numa unidade de saúde, não levavam as crianças à mesma por falta de tempo, uma vez que a unidade do bairro funcionava durante a jornada de trabalho destes pais. Para os autores, uma solução seria a incorporação de outros espaços para a atuação da equipe de saúde e/ou o funcionamento das unidades de saúde além do horário de trabalho dos pais. Já o estudo de Remor e colaboradores (2009) afirma que as mães encontram barreira na realização do cuidado quando não conseguem obter a colaboração da criança, porém, das dificuldades, esta é a menor, pois foram destacadas muitas outras relacionadas à situação socioeconômica da família. O nível socioeconômico, juntamente com a baixa escolaridade, foi a dificuldade mais frequentemente citada nos estudos analisados. Sobre esta, Amorim e Souza (2005) ressaltam que explica o conhecimento superficial das mães e interfere na obtenção de bons resultados na orientação fornecida pela enfermeira.

Em relação à segunda subcategoria, *cuidado dos profissionais para a promoção da saúde da criança*, foram encontrados, nos estudos, dados sobre o cuidado dos profissionais de saúde e também dos da educação. A respeito do cuidado dos profissionais de saúde para a

promoção da saúde da criança, destacou-se a educação em saúde como prática educativa, sendo esta desenvolvida em âmbito individual, coletivo e no sentido da reorientação e organização dos serviços. Destacaram-se ainda, nos estudos, as estratégias de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde, sobretudo enfermeiros, e as dificuldades e facilidades para desenvolvê-la. Já sobre os cuidados dos profissionais da educação para a promoção da saúde da criança, estão o cuidado interventivo e o cuidado afetivo.

Quanto ao desenvolvimento da educação em saúde pelos profissionais de saúde em âmbito individual, tem-se as ações realizadas em ambiente hospitalar e fora deste. No ambiente hospitalar, os profissionais de saúde valem-se do momento da internação para educar em saúde e informar melhor os usuários dos serviços. Os estudos indicam que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, realizam ações no sentido do preparo materno para a alta do prematuro e voltadas também para os cuidadores de crianças. Mais pontualmente os estudos mostram a realização de orientações sobre cuidados básicos, promoção do aleitamento materno, sobre a higiene do bebê e de seus utensílios, a frequência de visitas, a limpeza da casa e sobre o quanto o recém-nascido prematuro é mais susceptível às doenças. Mostram ainda que os profissionais estimulam os pais a tocar ou permanecer junto de seus bebês. Já fora do ambiente hospitalar, os enfermeiros/profissionais de saúde, além de efetuarem atendimentos de rotina e intercorrências e auxiliarem na identificação e tratamento precoce dos problemas detectados, realizam ações de educação em saúde quando trabalham com a promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis e a proteção da saúde da criança, durante a consulta de enfermagem, durante o desenvolvimento do pré-natal, fornecendo orientação sobre o aleitamento materno, dentre outras.

Acerca do desenvolvimento da educação em saúde pelos profissionais de saúde em âmbito coletivo, se destacaram nos estudos: a realização do cuidado pautado no empoderamento, possibilitando a inclusão social; o desenvolvimento de programas de atenção e apoio; a realização de encontros de pais que experimentam situações semelhantes; o desenvolvimento de grupos de autoajuda, oficinas, vinculando as referidas famílias com os sistemas de apoio à comunidade; e a ocupação de espaços como o da escola para fazer a promoção da saúde.

Sobre o desenvolvimento de ações de educação em saúde no sentido da reorientação dos serviços, os enfermeiros e outros profissionais de saúde buscam trabalhar mantendo uma atitude de

respeito, aceitação e confiança para com a criança e sua família; buscam a conscientização quanto aos fatores que desencadeiam o estresse na criança; discutem com a equipe sobre o cuidado centrado na família e capacitam a equipe. Já no sentido da organização dos serviços, buscam a mudança de postura atual, trabalham cumprindo a legislação e os passos propostos por programas governamentais, recorrem a modelos de cuidado e realizam reuniões e avaliações sistemáticas com a equipe, além de atuarem mais na representação da comunidade. Reconhecem ainda a importância de alguns aspectos referentes à organização do ambiente hospitalar, rotinas, evolução das condutas, descentralização dos cuidados, dentre outros aspectos.

No que toca às estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros para a educação em saúde, estão a realização de projetos, a comunicação eficaz, o estabelecimento de uma relação, a utilização do lúdico e o desenvolvimento de grupos educativos. Por meio da realização de projetos, descobrem as necessidades básicas afetadas, efetuam um diagnóstico da situação, planejam um programa educativo que atenda as necessidades levantadas, executam as ações junto às crianças e avaliam os resultados verificando o alcance dos objetivos, os ajustes necessários e a necessidade de novas atividades. A comunicação eficaz foi também identificada como uma estratégia de educação em saúde, pois os estudos analisados afirmam que os enfermeiros/profissionais de saúde entendem a necessidade da família de ser ouvida e compreendida e tem escuta para as necessidades dos familiares. Sendo assim, eles conversam, dão explicações, demonstrações e esclarecimentos sobre os cuidados para a saúde das crianças; atendem, escutam e mostram-se disponíveis; procuram estabelecer um diálogo e criar uma atmosfera de confiança; utilizam cartilhas; e evitam usar termos técnicos, investigam se há alguma queixa e o que a família já sabe. Quanto ao estabelecimento de uma relação para fazer a educação em saúde, os estudos mencionam que o enfermeiro/profissional de saúde busca relacionar-se na forma de ajuda com as famílias, mantendo uma atitude de respeito, aceitação, confiança nas suas possibilidades e potencialidades, orientando para o desenvolvimento saudável das crianças. A utilização do lúdico como estratégia de educação em saúde também ficou evidente em vários estudos, sendo este lúdico expresso na utilização de jogos educativos, teatros, dentre outras atividades. Por fim, a realização de grupos de autoajuda e oficinas também foi citada como estratégia para a atividade educativa, servindo para vincular as famílias com os sistemas de apoio.

Concernente às facilidades identificadas nos estudos para o cuidado profissional/educação em saúde da criança, estão a educação continuada e o trabalho em equipe. No que se refere à educação continuada, Lélis, Machado e Cardoso (2009) afirmam que certamente é um meio de contribuição na melhoria e implementação de práticas de educação em saúde, e por meio desta o profissional pode favorecer o público-alvo com seus conhecimentos e saberes. Alexandre e colaboradores (2010) também falam da importância da capacitação para o atendimento da saúde da criança e reforçam que esta deve ocorrer de forma regular, promovendo assim impacto positivo na promoção da saúde da criança. No que tange ao trabalho em equipe, estes mesmos autores o consideram como um instrumento de ação, permitindo ampliar a resolutividade e possibilitando trocas de conhecimento.

Quanto às dificuldades para o cuidado profissional/educação em saúde da criança, estão alguns problemas de caráter pessoal, formativo e organizacional, e também em relação ao modelo de atenção. Os problemas de caráter pessoal identificados foram a falta de motivação dos profissionais e a falta de compromisso, porém os autores não discutem esses problemas de forma aprofundada. Os problemas de caráter formativo foram a falta de informação e de competência técnica, problemas estes relacionados à qualificação dos profissionais que, segundo Amorim e Souza (2005), contribui para o conhecimento superficial das mães, gerando dificuldades e insegurança no cuidado. Já os problemas de caráter organizacional foram muitos, sendo divididos em problemas relacionados aos recursos humanos, como o número insuficiente de funcionários, o excesso de atribuições do enfermeiro e a ausência de interação dos profissionais com as mães; aos recursos materiais/estruturais, como a falta de agilidade nas admissões e realização de exames, a falta de condições ambientais, expressa nos textos quando estes falam de falta de espaço, estrutura, leitos e tecnologias; à falta de sistematização, expressa nos textos quando falam da falta de ações interdisciplinares e intersetoriais de caráter contínuo, continuidade e articulação do trabalho da enfermagem, articulação da equipe de saúde entre si, agendamento sistemático da consulta de enfermagem, organização interna nos serviços e referência e contrarreferência, além do fornecimento de orientações não padronizadas e contextualizadas; à falta de territorialização; e à falta de tempo dos profissionais. Por fim, existem dificuldades relacionadas ao modelo de atenção, como a falta de sensibilização e rompimento da visão fragmentária e pontual do atendimento e de ações que não sejam de certa forma culpabilizadoras e meramente informativas. Estas

carências são reflexos do misto que ainda existe com o modelo centrado nas práticas curativas, sanitarista e de vigilância.

Sobre os cuidados dos profissionais da educação, destacaram-se o cuidado interventivo e o cuidado afetivo, como já citado anteriormente. O cuidado interventivo foi expresso nos artigos analisados quando estes relatam que os professores comunicam a mãe acerca do ocorrido na escola; abordam a criança com problemas de saúde com mais conhecimento, segurança e adequação; atendem necessidades básicas da criança na dimensão biopsicossocial e segundo a etapa do seu desenvolvimento, preocupando-se com sua segurança, higiene, alimentação e observação das condições de saúde-doença; realizam ações dirigidas para aprimorar habilidades e potencialidades físicas, emocionais, sociais e morais das crianças; e reconhecem a importância da interlocução com profissionais da saúde e família. Já o cuidado afetivo foi expresso nos textos quando afirmam que os cuidadores de crianças em creches se consideram substitutos das mães e dão importância à atitude de estar com as crianças e se responsabilizar por elas.

### **Discussões acerca do cuidado realizado para a promoção da saúde da criança**

A Carta de Ottawa (WHO, 1986, p.1), define a promoção da saúde como “o processo que capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Para atingir o seu objetivo, ela trabalha com cinco campos de ações, sendo eles a implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. Nesta pesquisa, tais campos de ações foram relacionados aos cuidados realizados para a promoção da saúde da criança.

Na descrição da categoria, ficou clara a importância da família, principalmente da mulher e mãe, na promoção da saúde da criança, ao realizar os cuidados básicos no dia-a-dia, valendo-se dos apoios recebidos. Os cuidados efetuados demonstram a preocupação em manter um ambiente saudável para suas crianças. Portanto, é fundamental a capacitação da família para que esta se torne ativa, capaz de identificar os recursos internos e externos que estão disponíveis, de modo a utilizá-

los para realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades, e perceber sua importância para mudar ou cooperar com o ambiente na forma da promoção da saúde (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007).

Para a capacitação das famílias, o enfermeiro exerce o importante papel de educador e promotor da saúde, trabalhando principalmente no sentido do desenvolvimento de habilidades pessoais, e também do reforço da ação comunitária e da reorientação dos serviços de saúde, como é visto nos resultados dos estudos. Nesse processo de capacitação para o cuidado, algumas dificuldades e facilidades em relação à família são encontradas, devendo-se ter a preocupação de minimizar aquelas e potencializar estas em favor da saúde da criança, corroborando assim com Meleis (1997) quando afirma que a enfermagem, através de seu processo de cuidado, deve descobrir as potencialidades de saúde, mobilizar essas forças e apoiar a utilização dos recursos disponíveis para que o indivíduo possa assumir a sua responsabilidade no processo de saúde e doença.

O enfermeiro/profissional de saúde, mesmo exercendo bem o seu papel e conseguindo trabalhar valendo-se das facilidades e minimizando as dificuldades durante o seu cuidado e a realização da educação em saúde, não consegue resolver sozinho esta questão tão ampla da promoção da saúde da criança. É necessário então o trabalho intersetorial e o incentivo das instâncias governamentais para a implementação de políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde e à qualidade de vida.

Além da família, os profissionais que trabalham diretamente com as crianças, como os da saúde e os da educação, tem sua importância na promoção da saúde delas. Os profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros, desempenham muitas ações para promover a saúde da criança, com o foco em indivíduos e coletividade, objetivando problemas específicos de saúde sensíveis às ações de promoção da saúde e também enfrentando os determinantes de saúde como um todo, trabalhando ora visando apenas um campo de ação da Carta de Ottawa para a promoção da saúde e ora vários deles simultaneamente e ainda, dando ênfase principalmente as ações de educação em saúde, corroborando com Buss e Carvalho (2009) quando afirma que as ações de promoção da saúde são diversificadas, variando conforme seu foco, objeto, campo de ação e ênfase.

As ações desenvolvidas pelos enfermeiros, de forma geral, vão ao encontro de três campos de ações da Carta de Ottawa: o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. Para o desenvolvimento de

habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária, a fim de que os indivíduos e comunidade tenham a possibilidade de exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, bem como fazer opções que conduzam à saúde, o enfermeiro age como proposto pela Carta de Ottawa, informando e educando em saúde, valendo-se de vários espaços na comunidade (WHO, 1986). No aspecto da reorientação dos serviços de saúde, os enfermeiros também realizam ações, adotando uma postura coerente e de respeito às diversidades culturais existentes na sociedade, porém outras ações neste sentido não dependem dos referidos profissionais, sendo que, para a reorientação dos serviços, faz-se necessária a ação compartilhada entre diversos segmentos da sociedade, mudanças na formação dos profissionais e nas atitudes das organizações dos serviços de saúde, bem como um maior investimento para pesquisas em saúde (WHO, 1986).

Analisando os resultados dos estudos, verifica-se que o enfermeiro utiliza várias estratégias para promover a saúde. As estratégias utilizadas podem depender do que é observado quanto às facilidades e dificuldades do indivíduo para a aprendizagem. Por exemplo, nos estudos, foi visto como facilidade para a aprendizagem/educação em saúde, a faixa etária jovem das mães, mas também a experiência anterior delas. Então uma estratégia para potencializar estas seria a realização de grupos de mães nos quais as mais jovens pudessem aprender de uma forma dinâmica e as mais idosas pudessem compartilhar suas experiências e reforçar ou refutar as informações adquiridas de forma crítica. Um exemplo de estratégia para minimizar dificuldades seria a realização de atividades lúdicas, agradáveis às crianças, para prender sua atenção e conseguir assim a cooperação nos cuidados, o que foi constatado nos estudos como sendo uma dificuldade.

Além das facilidades e dificuldades em relação ao indivíduo a quem se presta o cuidado e que precisam ser consideradas no processo de educação em saúde, como exposto anteriormente, foram identificadas, na análise dos artigos, algumas facilidades e dificuldades relacionadas aos profissionais de saúde. As facilidades, educação continuada e o trabalho em equipe, vão ao encontro do campo de ação referente à reorientação dos serviços de saúde, já que a educação continuada possibilita uma mudança de postura frente às diversidades culturais e o modelo de atenção e o trabalho em equipe permitem a integralidade das ações de saúde, fatores estes defendidos como necessários para a promoção da saúde, conforme a Carta de Ottawa (WHO, 1986). Já para suprir as dificuldades encontradas, de caráter

pessoal, formativo e organizacional, e também em relação ao modelo de atenção, são necessárias ações no sentido da reorientação dos serviços de saúde, mas também a implementação de políticas públicas visando estes profissionais para que se tornem cada dia mais aptos a trabalhar na lógica da promoção da saúde.

Os profissionais da educação também exercem um importante papel na promoção da saúde da criança, como foi expresso nos artigos analisados que mostraram as ações exercidas por eles. Assim como para com os profissionais de saúde, políticas públicas saudáveis implementadas visando o ambiente da escola são importantes. No período escolar, os educadores podem exercer um importante papel na formação de hábitos saudáveis das crianças, e o trabalho intersetorial, principalmente educação & saúde, é bem vindo nesta fase. Segundo Eriksson e Lindström (2008) é necessária esta articulação entre setores e profissionais para garantir um ambiente saudável.

Por fim, analisando as dificuldades das famílias e dos profissionais para a realização do cuidado/educação em saúde, percebe-se que são necessários maiores investimentos na implementação de políticas públicas saudáveis. As políticas públicas preocupadas em educar a população e melhorar o seu nível socioeconômico, trarão mudanças de posturas, auxiliando a vencer as demais dificuldades levantadas em relação à família. Acredita-se que o mesmo suceda em relação aos profissionais que trabalham diretamente com as crianças, pois políticas públicas preocupadas com a formação dos profissionais, com a questão organizacional dos serviços e com o novo modelo de atenção, ou seja, com a promoção da saúde, trarão mudanças relativas aos problemas levantados de caráter pessoal, à falta de informações/orientações e à reorientação dos serviços de saúde, no que cabe aos profissionais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Observando a caracterização da produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança, conclui-se que a enfermagem preocupa-se, cada dia mais, com a produção de conhecimentos novos, principalmente em e para a sua área, contribuindo com o cuidado de qualidade, promovendo assim a saúde da criança, atendendo ao proposto pela Carta de Ottawa, que hoje tem seus conceitos e práticas implementados no sistema de saúde brasileiro.

Os estudos mostram que a família tem preocupação pela promoção da saúde da criança e busca os apoios para a realização dos cuidados. Ainda existem barreiras a serem vencidas para melhorar o cuidado da família, sendo necessária, além da atuação de profissionais da saúde e educação, a implementação de políticas públicas preocupadas em educar a população e melhorar o seu nível socioeconômico.

Do mesmo modo ocorrem com os profissionais de saúde, eles demonstram-se preocupados com a saúde da criança e realizam ações em vários sentidos, principalmente educando em saúde, no entanto ainda encontram dificuldades que precisam ser sanadas com a implementação de políticas públicas preocupadas com a formação dos profissionais, com a questão organizacional dos serviços e com a promoção da saúde de maneira geral.

Os profissionais da educação estão trabalhando juntamente com os profissionais da saúde (intersectorialidade) para garantir que as crianças cresçam empoderadas, mas também precisam de incentivos à formação e qualificação.

Este estudo é relevante, pois observa qual o conhecimento disponível que está guiando a prática e agrega resultados de vários estudos que venham a facilitar a atualização dos profissionais de enfermagem. A prática clínica da enfermagem, com base nesta pesquisa, poderá trazer benefícios à promoção da saúde da criança, proporcionando um cuidado com maior qualidade. Além dos benefícios para a prática, poderá contribuir com a pesquisa apontando lacunas do conhecimento, e com o ensino, levantando o que existe de mais atualizado sobre o tema.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, A.M.C et al. Organização da atenção básica à saúde da criança segundo profissionais: pesquisa qualitativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr., 2010.

ALGERI, S.; SOUZA, L. Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, dez., 2005.

AMORIN, J.F.; SOUZA, M.H.N. O conhecimento das mães acerca da triagem neonatal. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 27-31, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Acesso em: 25 de novembro de 2010. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BREGAGNOLO, J.C. et al. Ocorrência da cárie dentária nas faces do primeiro molar permanente, em crianças. II-Dentes cariados. **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v. 12, n. 9, p. 10-19, 1990.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez., 2009.

CUNHA, R.R. et al. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 170-176, jan/mar., 2009.

DUARTE, A.S. et al. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul/set., 2010.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and It's relation with quality of life: A systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 61, p. 938-944, 2007.

\_\_\_\_\_. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion International**, Oxford, v. 23, n. 2, p. 190-199, mar., 2008.

FURTADO, M.C.C.; LIMA, R.A.G. O cotidiano da família com filhos portadores de fibrose cística: subsídios para a enfermagem pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 66-73, jan/fev., 2003.

GAMBA, M.A. et al. Atuação do enfermeiro na educação em saúde a pré-escolares da periferia do município de São Paulo: relato de uma experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 11-16, mar., 1990.

GONÇALVES, R.C. et al. Hospitalização conjunta mãe e filho no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas: Avaliação de um grupo de mães. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 111-115, set/dez., 1992.

GOMES, A.M.T.; CABRAL, I.E. Ocultamento e silenciamento familiares no cuidado à criança em terapia antirretroviral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 719-726, set/out., 2010.

GOMES, I.L.; CAETANO, R.; JORGE, M.S.B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 61-65, jan/fev., 2008.

GUEDES, N.G. et al. Atividade física de escolares: análise segundo o modelo teórico de promoção da saúde de Pender. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n. 4, p. 774-780, 2009.

LÉLIS, A.L.P.A.; MACHADO, M.F.A.S.; CARDOSO, M.V.L.M.L. Educação em saúde e a prática de enfermagem ao recém-nascido prematuro. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 4, p. 60-69, out/dez., 2009.

MACIEL, E.L.N. et al. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-396, mar., 2010.

MARCELINO, G.; PARRILHA, V.A. Educação em saúde bucal para mães de crianças especiais: um espaço para a prática dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 37-43, jan/mar., 2007.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing** – development and progress. 3 ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1997.

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

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MONTEIRO, F.P.M. et al. Avaliação do estado nutricional de crianças com cardiopatia congênita sob a ótica de Pender. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 581-588, out/dez., 2009.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 552-560, jul/set., 2008.

OLIVEIRA, I.C.S. Características biopsicossociais e formas de atendimento de crianças de 0 a 12 meses de idade percebidas pelas mães que frequentam um serviço materno infantil, no município do Rio de Janeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 39-49, ago., 1989.

OLIVEIRA, M.M.C. et al. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, jul/set., 2009.

PAULA, E.S.; NASCIMENTO, L.C.; ROCHA, S.M.M. The influence of social support on strengthening families of children with chronic renal failure. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 692-699, jul/ago., 2008.

REMOR, C.B. et al. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 786-792, out/dez., 2009.

SCOCHI, C.G.S. et al. O conhecimento de puérperas sobre o cuidado com o recém-nascido: avaliação da influência da internação em uma maternidade de um hospital-escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 45, n. 1, p. 36-43, jan/mar., 1992.

SILVA, K.L. et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 368-376, abr/jun., 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa; 1986.

**O PAPEL DO ENFERMEIRO E AS RECOMENDAÇÕES PARA  
A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NAS PUBLICAÇÕES  
DA ENFERMAGEM BRASILEIRA\***

**THE NURSE ROLE AND THE RECOMMENDATIONS FOR  
CHILD HEALTHCARE PROMOTION IN BRAZILIAN  
NURSING PUBLICATIONS**

**EL PAPEL DEL ENFERMERO Y LAS RECOMENDACIONES  
PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO EN LAS  
PUBLICACIONES DE LA ENFERMERÍA BRASILEÑA**

Elaine Alano Guimarães Medeiros<sup>3</sup>  
Astrid Eggert Boehs<sup>4</sup>

---

\* Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “Análise da produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança” de autoria de Elaine Alano Guimarães Medeiros, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em fevereiro de 2012 na cidade de Florianópolis/SC.

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Especialista em Saúde da Família e Mestranda em Enfermagem pela UFSC. Enfermeira assistencial do HU/UFSC. E-mail: [nana\\_alano@hotmail.com](mailto:nana_alano@hotmail.com).

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista em Enfermagem Pediátrica, Especialista em Enfermagem na Saúde do Adulto e Doutora em Enfermagem pela UFSC. Professora associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. E-mail: [astridboehs@hotmail.com](mailto:astridboehs@hotmail.com).

Endereço para contato: Elaine Alano Guimarães Medeiros. Avenida César Seara nº36, apto 103, bloco A, Sacos dos Limões, Florianópolis, SC. CEP: 88040-500.

## **O PAPEL DO ENFERMEIRO E AS RECOMENDAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NAS PUBLICAÇÕES DA ENFERMAGEM BRASILEIRA**

**RESUMO:** Esta pesquisa objetivou identificar nas publicações da enfermagem brasileira o papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritivo-exploratória com abordagem qualitativa realizada através de buscas em bases de dados. Foi levantado o conteúdo das publicações que foi analisado por meio da proposta operativa de Minayo. As categorias foram descritas e discutidas à luz das publicações analisadas e do referencial da promoção da saúde. Como resultado obteve-se duas categorias: o papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança e as recomendações para o cumprimento do mesmo. Conclui-se que os papéis do enfermeiro identificados nas publicações da enfermagem brasileira relacionam-se diretamente a três campos de ações da Carta de Ottawa para a promoção da saúde: o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. Porém, indiretamente também se relacionam à implementação de políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde. A superação das dificuldades para o cumprimento do papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança ocorrerá com a intensificação das atividades de educação em saúde. As recomendações apresentadas refletem a preocupação dos enfermeiros com a promoção da saúde e guiam estes profissionais no cumprimento do seu papel. Porém ainda existe a necessidade de que estas sejam feitas especificamente à enfermagem, contribuindo para a visibilidade da profissão.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Criança.

**ABSTRACT:** This research had as objective to identify on Brazilian nursing publications the role of nurse and the recommendations for child healthcare promotion. This is a descriptive exploratory bibliographic research with a quality approach run based on searches in databases. The contents of publications were identified. All the content was analyzed based on operative protocol of Minayo. The categories were described and discussed upon the analyzed publications and the reference of health promotion. As a result, it was possible to identify two categories: The nurse role related to the child healthcare promotion and the recommendations to implement it. The conclusion is that the role of nurses identified on Brazilian nursing publications is closely related to three actions fields from Ottawa treaty for health promotion: the personal development of abilities, reinforcement of community actions and reorientation of healthcare services. However, there is an indirect relation between the

implementation of healthy public policies and the creation of environments favorable to health. Nurses will overcome the difficulties in playing their roles when promoting child healthcare by intensifying the educational activities concerning health. The recommendations presented reflect the commitment of nurses with the health promotion and guide those professionals when it comes to play their roles as nurses. However, there is the necessity to do it specifically related to the nursing, contributing to the profession.

**Keywords:** Nursing. Health Promotion. Health Education. Child.

**RESUMEN:** Esta investigación buscó identificar en las publicaciones de la enfermería brasileña el papel del enfermero y las recomendaciones para la promoción de la salud del niño. Se trata de una investigación bibliográfica descriptivo-exploratoria con abordaje cualitativo realizado a través de búsquedas en bases de datos. Fue levantado el contenido de las publicaciones. El contenido fue analizado por medio de el protocolo operativo de Minayo. Las categorías fueron descriptas y discutidas a la luz de las publicaciones analizadas y del referencial de la promoción de la salud. Como resultado se obtuvo dos categorías: el papel del enfermero en la promoción de la salud del niño y las recomendaciones para el cumplimiento de este. Se concluye que los papeles del enfermero identificados en las publicaciones de la enfermería brasileña se relacionan directamente a tres campos de acción de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud: el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios de salud. Sin embargo, indirectamente también se relacionan a la implementación de políticas públicas saludables y la creación de ambientes favorables a la salud. La superación de las dificultades para el cumplimiento do papel del enfermero en la promoción de la salud del niño ocurrirá con la intensificación de las actividades de educación en salud. Las recomendaciones presentadas reflejan la preocupación de los enfermeros con la promoción de la salud y guían estos profesionales en el cumplimiento de su papel. Todavía, aún existe la necesidad de que estas sean hechas específicamente a la enfermería, contribuyendo para la visibilidad de la profesión.

**Palabras clave:** Enfermería. Promoción de la Salud. Educación en Salud. Niño.

## **O PAPEL DO ENFERMEIRO E AS RECOMENDAÇÕES PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NAS PUBLICAÇÕES DA ENFERMAGEM BRASILEIRA**

### **INTRODUÇÃO**

Há mais de duas décadas a Carta de Ottawa que é o marco do movimento da promoção da saúde em todo o mundo, é discutida como forma de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e comunidades, tendo seus conceitos e práticas implementados em sistemas de saúde, como no Sistema Único de Saúde no Brasil (BUSS, CARVALHO, 2009).

A promoção da saúde é definida pela Carta de Ottawa como “o processo que capacita as pessoas para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (WHO, 1986, p.1). Para isso é proposto cinco campos de ações: implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde.

A referida carta tem influenciado as políticas públicas brasileiras e a elaboração de projetos, programas e documentos em favor da saúde da criança. Em 2006 o Ministério da Saúde deu um importante passo em relação a promoção da saúde lançando o Pacto pela Saúde. A partir daí foi elaborada e implementada a Política Nacional de Promoção da Saúde.

Analisando brevemente as publicações ministeriais em favor da saúde da criança, constata-se o que já é defendido por Brasil (2006) como atribuição do enfermeiro, sendo elas, prestar o cuidado integral na promoção da saúde, proteção dos agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação aos indivíduos e famílias em todas as etapas do seu desenvolvimento. Uma das publicações ministeriais é a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2005), que traz as ações coletivas com ênfase na promoção da saúde como prioritária. Este é um exemplo de documento que pode ser utilizado com êxito pelos enfermeiros na promoção da saúde das crianças, indicando os caminhos para as principais ações que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais de saúde, em todos os níveis, no sentido da integralidade da atenção a criança, o que inclui as ações de promoção da saúde.

As políticas públicas brasileiras e os projetos, programas e documentos em favor da saúde da criança guiam a prática dos profissionais

de saúde, inclusive dos enfermeiros e da equipe de enfermagem. Esta prática está cada dia mais sendo revelada na produção de conhecimento da enfermagem brasileira. Sendo assim, pergunta-se: qual é o papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança expresso nas publicações da enfermagem? Quais as recomendações que estas publicações trazem para auxiliar os enfermeiros na promoção da saúde? Assim, o objetivo deste estudo foi *identificar o papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança nas publicações da enfermagem brasileira*.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica descritivo-exploratória com abordagem qualitativa realizada por meio de buscas nas bases de dados eletrônicas LILACS, BDNF e SCIELO que por sua vez, foram acessadas por meio da Biblioteca Virtual em Saúde.

Para a obtenção do material valeu-se dos critérios de inclusão: a) tipo de publicação: artigos científicos de pesquisa e relatos de experiência com autoria de pelo menos um enfermeiro em periódicos brasileiros considerados da área da enfermagem pelo WebQualis; b) período de publicação: artigos publicados desde a Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde até o ano de 2010. O ano de início para a busca das publicações se justifica, pois tanto a Constituição Federal quanto o Sistema Único de Saúde sofreram influências do referencial teórico que norteia este estudo, a saber, a Carta de Ottawa; c) estratégia: foram utilizados os descritores DECS/MESH e respectivos descritores booleanos (enfermagem em saúde comunitária OR cuidados de enfermagem OR enfermagem pediátrica OR enfermagem OR enfermagem em saúde pública OR enfermagem neonatal OR enfermagem familiar) AND (promoção da saúde OR educação em saúde) AND (criança OR pré-escolar OR lactente OR recém-nascido). Os critérios de exclusão aplicaram-se às publicações do tipo editoriais, cartas, artigos de opinião, comentários, ensaios, notas prévias, publicações duplicadas, manuais e, estudos que não contemplem os critérios de inclusão.

Os 210 artigos obtidos (23 SCIELO, 106 LILACS e 81 BDNF) passaram por duas etapas de seleção. A primeira etapa foi realizada através de uma leitura exploratória dos títulos e resumos que verificou em que medida a obra interessava à pesquisa. Desta restaram 104 artigos

(17 SCIELO, 44 LILACS e 43 BDENF) que foram submetidos a segunda etapa de seleção por meio de uma leitura integral das obras. Após as leituras seletivas, o material bibliográfico, que consistiu de 53 artigos (16 SCIELO, 36 LILACS e 1 BDENF), foi organizado em pastas eletrônicas e posteriormente iniciou-se o processo de coleta de dados propriamente dito mediante a leitura analítica e interpretativa, ordenando e resumindo as informações contidas nas fontes, utilizando-se de um instrumento criado com o auxílio do programa Microsoft Excel 2010®. A tabela seguinte (TAB. 1) caracteriza as publicações que tiveram seus dados coletados.

Tabela 1 – Caracterização das publicações da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança de 1988 a 2010.

<b>Variáveis</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem*</b>
<b>Tipo de Fonte</b>		
<i>Artigo de Pesquisa</i>	44	83,0
<i>Relato de Experiência</i>	09	16,9
<b>Abordagem do Estudo</b>		
<i>Qualitativa</i>	30	56,6
<i>Quantitativa</i>	09	16,9
<i>Quanti-qualitativa</i>	03	5,6
<i>Não explicitaram</i>	11	20,7
<b>Periódicos</b>		
<i>Revistas da Enfermagem</i>	47	88,6
<i>Revistas da Saúde Pública</i>	04	7,5
<i>Revistas Especializadas</i>	02	3,7
<b>Ano de Publicação</b>		
<i>1988 a 1990</i>	03	5,6
<i>1991 a 2000</i>	07	13,2
<i>2001 a 2010</i>	43	81,1
<b>Região do Estudo</b>		
<i>Sul</i>	15	28,3
<i>Sudeste</i>	28	52,8
<i>Centro-oeste</i>	01	1,8
<i>Norte</i>	-	-
<i>Nordeste</i>	09	16,9

Fonte: Medeiros, EAG – 2011.

\* Porcentagem aproximada – não foram realizados arredondamentos.

Para a análise dos dados valeu-se da proposta operativa de Minayo (2010) que se desdobra em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos com sua interpretação. As categorias que emergiram foram descritas e posteriormente discutidas à luz das próprias publicações analisadas e do referencial teórico adotado. Ao final, foram tecidas considerações finais respondendo aos objetivos da pesquisa.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, que afirmou no ofício nº 27/CEPSH/PRPE/11 que a pesquisa não fere princípios éticos com relação à seres humanos.

## **RESULTADOS**

Os resultados deste estudo referem-se à análise do conteúdo das publicações da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança que deram origem a duas categorias: o papel do enfermeiro e as recomendações para a promoção da saúde da criança.

### **Papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança**

Esta categoria foi dividida em quatro subcategorias: o papel do enfermeiro como educador, cuidador e supervisor e as dificuldades para o cumprimento do papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança.

A primeira subcategoria, o *papel do enfermeiro como educador*, é uma das principais funções do enfermeiro, permeando suas ações na interação com as crianças e seus familiares. A educação em saúde deve ser desenvolvida em vários momentos e em qualquer oportunidade, como durante as consultas de enfermagem e as visitas domiciliares, que possibilitam contato contínuo com as famílias, favorecendo o estabelecimento de vínculo e uma relação de ajuda; no contato do enfermeiro com a criança e sua família, acolhendo e orientando; na atuação do enfermeiro no sistema escolar, contribuindo na solução de problemas de saúde do escolar; dentre outros.

A segunda subcategoria revelou outro papel importante do enfermeiro na promoção da saúde da criança, o *papel como cuidador*.

Os estudos mostram que o enfermeiro cuida integrando as diferentes dimensões do viver e do conviver das famílias, prevenindo doenças e agravos, educando em saúde e promovendo saúde. Sendo assim, o enfermeiro é importante na realização de um cuidado ampliado e na promoção de mudanças na vida de quem é cuidado.

A terceira subcategoria, o *papel do enfermeiro como supervisor* da equipe de saúde é importante para guiar inclusive o desenvolvimento de atividades de educação permanente.

Por fim, a quarta subcategoria, revelou as *dificuldades para o cumprimento do papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança*, sendo a primeira delas, a visão que ainda existe do trabalho do enfermeiro relacionado ao procedimento técnico. Sendo assim, o enfermeiro age apenas no sentido de aliviar demandas médicas e do serviço em geral, o que impede o estabelecimento de vínculos, confiabilidade, sistematização da assistência, dentre outras questões necessárias à educação e promoção da saúde (RIOS; VIEIRA, 2009). Outra dificuldade encontrada foi o suporte informacional deficiente dado pelos enfermeiros às famílias, porém o estudo não aprofunda o tema, limitando-se a fornecer recomendações no sentido da promoção da saúde.

## **Recomendações para a promoção da saúde da criança**

Esta categoria foi dividida em duas subcategorias: as recomendações para a enfermagem e para os profissionais de saúde em geral. Na primeira subcategoria foram encontradas recomendações para a promoção da saúde e mais especificamente, para a educação em saúde, organização do processo de trabalho e tratamento da doença/combate aos problemas. As *recomendações para a enfermagem* no sentido da promoção da saúde destinam-se a promover a saúde da família e da criança, dentre outras. Para promover a saúde da família é necessária uma avaliação da mesma pelo enfermeiro, de modo que este possa reconhecer necessidades, identificar parcerias e incentivar a utilização e aumento das redes de apoio. Para promover a saúde da criança, o enfermeiro, deve valer-se da consulta de enfermagem para a visualização do estado de saúde e assim, planejar ações que promovam saúde. Além disso, estes profissionais devem atuar em uma equipe multiprofissional para atender integralmente a criança. Para promover a saúde, a enfermagem precisa ter a promoção da saúde inserida em seus

currículos, desenvolver uma relação de troca e comprometimento, refletir em sua maneira de cuidar e buscar uma prática humanizadora, e engajar-se na melhoria da qualidade dos serviços.

Os estudos trouxeram recomendações para que a enfermagem possa contribuir com a educação em saúde dos cuidadores de crianças e das próprias crianças, além de trazerem recomendações gerais.

Para a educação em saúde do cuidador, foram apresentadas recomendações que expressam o como e para quem este deve ser educado. Para educar em saúde a enfermagem deve preocupar-se com a melhoria e ampliação das ações educativas, utilizar uma linguagem simples, ser sensível para escutar e identificar a real dificuldade do cuidador, estar aberta para quando a família questiona e pede que sejam repetidas/confirmadas algumas orientações. Recomenda-se também que a enfermagem utilize a educação em saúde para a criação de vínculo entre os cuidadores e as crianças, para que estes adquiram habilidades, autonomia e uma consciência crítica que lhes permita estar emancipados/empoderados para cuidar da saúde de suas crianças.

Em relação à educação em saúde com as crianças, a enfermagem precisa familiarizar-se com as fases de desenvolvimento das mesmas, mergulhar e valorizar o mundo em que elas vivem, conhecer seus hábitos, cultura e preferências para criar uma identificação com elas e educar de forma eficaz. As recomendações gerais são para que os enfermeiros conquistem espaço, e assim, com motivação, criatividade para desenvolver tecnologias, comunicação eficaz e atenção à influência dos familiares na transmissão dos ensinamentos, possam trabalhar com uma pedagogia diferenciada, considerando cada ator social com seus potenciais e dificuldades e que esteja voltada à construção de sentidos, abrindo caminhos para transformações (MARCELINO; PARRILHA, 2007).

Para a organização do processo de trabalho do enfermeiro e da equipe, é recomendado que realize uma ponte entre a família e os membros da equipe de saúde e domine os procedimentos que integram a consulta de enfermagem, desempenhando assim um cuidado sistematizado, ordenado, autêntico e solícito (OLIVEIRA; CADETE, 2007).

Por fim, foram encontradas recomendações à enfermagem para o tratamento da doença e combate aos problemas da família, criança e binômio mãe/bebê. Quanto à família, recomenda-se que o enfermeiro busque a criação de vínculo para auxiliar a família na convivência diária, na compreensão e no enfrentamento da doença, estabelecendo meios para facilitar o processo de tratamento. Em um dos estudos foram

dadas recomendações para um problema mais específico, o da violência doméstica. Neste estudo os autores Algeri e Souza (2005) ressaltam a importância do enfermeiro envolver-se em grupos de pesquisa para estudar e enfrentar o desafio de cuidar de famílias em situação de violência e agir decisivamente frente à realidade diária da mesma. Quanto à criança, foram dadas recomendações bem específicas para a enfermagem em se tratando de problemas. O estudo de Feitosa e colaboradores (2008) sugere que a enfermagem elabore roteiros levando em consideração as rotinas das crianças para facilitar a administração dos medicamentos e Oliveira e colaboradores (2009) recomendam que haja estímulo tátil do enfermeiro ao recém-nascido prematuro, amenizando os efeitos da ambiência inadequada e intervenções desconfortáveis e permitindo que o recém-nascido vivencie mais qualidade no cuidado de enfermagem oferecido. Este mesmo estudo sugere que a enfermagem trabalhe junto ao binômio mãe-bebê para que ocorra efetiva adesão de tratamento.

*As recomendações para os profissionais de saúde* em geral, são muito semelhantes àquelas feitas aos enfermeiros. No sentido da promoção da saúde, foi recomendado para que combinassem diferentes intervenções.

Para a educação em saúde foi recomendado que os profissionais desenvolvessem programas de atenção e apoio com os cuidadores, lançassem mão de compreensão, sensibilidade e empatia, enfatizasse a necessidade de capacitação de profissionais e realizassem encaminhamentos quando necessário. Os profissionais de saúde precisam estar atentos às oportunidades de educação em saúde, e esta, por sua vez, deve permitir um preparo eficaz, emancipatório e responsável dos cuidadores leigos e profissionais.

Para a organização do processo de trabalho foi recomendado aos profissionais que realizem reuniões de equipe, incentivem e incorporem iniciativas de construção de um instrumento facilitador do processo de aprendizado que busque a promoção da saúde através do empoderamento da equipe.

Por fim, para o tratamento das doenças das crianças foi recomendado a identificação e compreensão dos fenômenos que influenciam na qualidade de vida e no contexto social no qual a criança está inserida, preservando sempre as potencialidades e minimizando as fragilidades.

## DISCUSSÃO

Os dados que emergiram dos estudos analisados mostram que o papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança contempla os cinco campos de ações apresentados na Carta de Ottawa (WHO, 1986). Para o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária é imprescindível a divulgação de informações para que se tenha educação em saúde, portanto, o enfermeiro como educador, contribui diretamente com estes dois campos de ações. Além disso, a Carta de Ottawa (WHO, 1986) afirma que a tarefa de educar em saúde pode ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços na comunidade, por intermédio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, e também pelas instituições governamentais, o que está de acordo com os estudos que afirmam que a educação em saúde deve ser desenvolvida em vários momentos e em qualquer oportunidade.

O papel do enfermeiro como cuidador é muito mais abrangente, se for considerado que cuidar é uma característica humana influenciada pelas experiências vividas, uma questão moral que compromete o enfermeiro a manter a dignidade ou integridade dos indivíduos, um ato de afeto, um relacionamento, e também uma intervenção terapêutica (MORSE et al, 1990). Analisando o estudo de Eriksson e Lindström (2008), pode-se inferir que para a promoção da saúde, pode-se pensar em cuidados de enfermagem curativos, protetivos e preventivos, além dos educativos, desde que se tenha o foco na concepção positiva da saúde. Estes cuidados podem ter a função de melhorar a qualidade de vida das pessoas, afastando-as dos riscos à sua saúde até que adquiram, por meio da educação em saúde, a capacidade de avaliar suas fortalezas para promover a saúde.

O papel do enfermeiro como supervisor, vem ao encontro do desenvolvimento de habilidades pessoais dos membros da equipe de saúde e também contribui diretamente para a reorientação dos serviços, de modo que estes trabalhem adotando uma postura coerente e de respeito às diversidades culturais existentes na sociedade (WHO, 1986).

Quanto às dificuldades encontradas nos estudos para o cumprimento do papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança, ou seja, a visão que ainda existe do trabalho do enfermeiro como procedimento técnico e o suporte informacional deficiente dado pelos enfermeiros às famílias, poderiam ser resolvidas por meio da educação em saúde. É necessária a educação em saúde, de forma mais visível,

com usuários dos serviços e com a comunidade na qual este está inserido para que seja percebida a importância do papel e trabalho do enfermeiro e da equipe de enfermagem. A educação permanente para a equipe de enfermagem também é importante visando a capacitação da mesma para que esta esteja apta a prestar informações e orientações de forma eficiente às famílias.

As recomendações apresentadas nos estudos, tanto aos enfermeiros quanto aos profissionais de saúde em geral, refletem a preocupação dos autores da enfermagem com a promoção da saúde. Estas recomendações expressam o que ainda precisa ser feito ou intensificado em relação à promoção da saúde da criança, guiando assim os profissionais no cumprimento do seu papel. Alguns autores fizeram suas recomendações no sentido da promoção da saúde de uma forma mais abrangente, outros, fizeram recomendações mais específicas, como por exemplo, para o tratamento de doenças/combate aos problemas. Pode-se pensar que as recomendações para o tratamento e/ou combate aos problemas não tem relação com a saúde e sim com doença, mas como já foi dito anteriormente, desde que se tenha o foco na concepção positiva de saúde, pode-se pensar em cuidados de enfermagem curativos, protetivos e preventivos, além dos educativos (ERIKSSON; LINDSTROM, 2008).

Outra questão importante, constatada nas recomendações aos enfermeiros e outros profissionais de saúde, é que existe a consideração da importância da família e cuidadores na promoção da saúde da criança. Os estudos consideram que o bem-estar destes interfere diretamente na qualidade do cuidado que prestam às crianças (NEVES; CABRAL, 2008; DUARTE et al, 2010). Portanto, o enfermeiro ao cuidar da criança juntamente com a família, deve trabalhar a educação em saúde com estes atores de modo que se tornem parceiros na luta pela promoção da saúde infantil.

É importante apontar que as recomendações quanto aos cuidados de enfermagem são destacadas em apenas 24 dos 53 estudos analisados. Isso contribui para a invisibilidade profissional da enfermagem, tão marcada pelo modelo biomédico de atenção à saúde do qual o médico é o protagonista. Em outras palavras, a visibilidade da enfermagem já está comprometida por este modelo, no qual a atuação da enfermagem acaba por oferecer apenas sustentação às práticas médicas, constituindo-se de um trabalho complementar, subordinado aos profissionais da medicina, voltado para a caridade, e com pouca ou nenhuma autonomia. Para reverter este quadro, a enfermagem precisa ocupar espaços e ter o reconhecimento enquanto uma das profissões essenciais da saúde. Para

isso faz-se necessário o investimento em estudos e pesquisas para a formação de um corpo teórico próprio que a visibilize e projete a enfermagem como ciência (ERDMANN et al, 2009). No entanto, não basta apenas investir em pesquisas, mas investir em pesquisas que levem o “nome” da enfermagem. Então, neste contexto de promoção da saúde e enfermagem poderiam ser realizadas recomendações a todos os profissionais de saúde, mas também aos enfermeiros e equipe de enfermagem, como é o caso de apenas 6 dos 24 estudos já citados, que referiram a enfermagem.

É importante ainda salientar que as recomendações apresentadas nos estudos, tanto aos enfermeiros quanto aos outros profissionais de saúde, contribuem para o cumprimento de três campos de ações da Carta de Ottawa, o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde, auxiliando estes profissionais no cumprimento o seu papel. Os outros dois campos de ações, implementação de políticas públicas saudáveis e criação de ambientes favoráveis à saúde, não estão tão palpáveis a estes profissionais, refletindo na necessidade encontrada em alguns dos estudos analisados de realizar recomendações a quem cabe implementar estas políticas e criar estes espaços no sentido da promoção da saúde da criança.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os papéis do enfermeiro identificados nas publicações da enfermagem brasileira relacionam-se diretamente a três campos de ações da Carta de Ottawa para a promoção da saúde, sendo elas, o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. Os estudos não relacionam o papel do enfermeiro à implementação de políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde. Isto pode estar relacionado ao fato de estes dois campos de ações ainda serem pouco explorados na área da saúde. Porém, trabalhando com o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária, indiretamente o enfermeiro pode contribuir com estes dois campos, pois empoderam os indivíduos e comunidades para que estes requeiram das outras instâncias a criação de políticas e espaços promotores de saúde.

A superação das dificuldades para o cumprimento do papel do enfermeiro na promoção da saúde da criança ocorrerá com a intensificação das atividades de educação em saúde, dentre outras.

As recomendações apresentadas refletem a preocupação dos enfermeiros com a promoção da saúde e guiam estes profissionais no cumprimento do seu papel. Porém ainda existe a necessidade de que estas pesquisas sejam feitas relacionadas especificamente à enfermagem, contribuindo para a visibilidade da profissão.

## REFERÊNCIAS

ALGERI, S.; SOUZA, L. Violência intrafamiliar contra a criança: uma análise crítico-reflexiva para a equipe de enfermagem. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, dez., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção básica e a saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez., 2009.

DUARTE, A.S. et al. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul/set., 2010.

ERDMANN, A.L. et al. A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 637-643, ago., 2009.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion International**, v. 23, n. 2, p. 190-199, mar., 2008.

FEITOSA, A.C. et al. Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 515-521, set., 2008.

MARCELINO, G.; PARRILHA, V.A. Educação em saúde bucal para mães de crianças especiais: um espaço para a prática dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 37-43, jan/mar., 2007.

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

MORSE, J.M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in Nursing Science**, v. 13, n. 1, p. 1-14, set., 1990.

NEVES, E.T.; CABRAL, I.E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 552-560, jul/set., 2008.

OLIVEIRA, V.C.; CADETE, M.M.M. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 77-80, jan/mar., 2007.

OLIVEIRA, M.M.C. et al. Tecnologia, ambiente e interações na promoção da saúde ao recém-nascido e sua família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 44-52, jul/set., 2009.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486, mar/abr., 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa; 1986.



## CAPÍTULO 6

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de iniciar a escrita da presente dissertação de mestrado, refleti sobre alguns aspectos relacionados à saúde da criança, promoção da saúde e enfermagem. Esta reflexão, aliada a minha trajetória acadêmica e o desenvolvimento de trabalhos anteriores nas três temáticas citadas, contribuíram para o levantamento de alguns questionamentos que deram origem a uma pergunta de pesquisa e conseqüentemente ao objetivo deste estudo.

Para realizar as minhas considerações finais, é importante a retomada deste objetivo traçado na introdução do estudo: *Caracterizar a produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança e analisar esta produção quanto aos cuidados realizados para a promoção da saúde da criança relacionando-os com a Carta de Ottawa.*

No que se refere à primeira parte do objetivo, ou seja, caracterizar a produção de conhecimento da enfermagem brasileira na promoção da saúde da criança constatou-se que:

- a maior parte dos estudos analisados refere-se a artigos de pesquisa, revelando que a enfermagem se preocupa em produzir conhecimentos novos;
- a enfermagem tende a realizar pesquisas qualitativas, trabalhando com significados, crenças, valores e atitudes;
- cerca de 20% dos artigos analisados a qualidade metodológica ficou comprometida, pois não ficou explícita a abordagem metodológica e/ou o tipo de estudo;
- a maior parte dos estudos analisados foi indexada em revistas da enfermagem, refletindo a preocupação dos enfermeiros em pesquisar e escrever para a sua área;
- na última década pesquisada houve um importante aumento na produção de conhecimento da enfermagem brasileira em relação à promoção da saúde da criança;
- as regiões brasileiras que mais publicaram foram respectivamente a sudeste, sul e nordeste.

No tocante à análise das publicações quanto aos cuidados realizados para a promoção da saúde da criança relacionando-os com a Carta de Ottawa, foram discutidos os dados referentes ao papel do enfermeiro, as ações desenvolvidas e as recomendações realizadas pelos autores dos estudos. No que se refere às ações desenvolvidas, foram

encontrados nos estudos, não só ações realizadas pelos enfermeiros, como também, pelas famílias e por outros profissionais que lidam com a educação e saúde da criança.

Os papéis do enfermeiro identificados nas publicações tem relação direta com três campos de ações da Carta de Ottawa, sendo eles, o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde. De forma indireta também se relaciona à implementação de políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde.

As ações desenvolvidas pelos enfermeiros e por outros profissionais da saúde e educação e pelas famílias demonstram que estes tem preocupação com a promoção da saúde da criança. Porém ainda existe a carência de algumas ações visando a educação em saúde, a melhora do nível socioeconômico da população, a formação dos profissionais que trabalham com a educação e saúde das crianças, a organização dos serviços e a promoção da saúde de forma geral.

As recomendações apresentadas pelos autores dos estudos refletem a preocupação com a promoção da saúde e guiam os enfermeiros no cumprimento do seu papel. Porém, existe a necessidade de que estas recomendações situem com mais ênfase a enfermagem, contribuindo para a visibilidade da profissão.

Para a pesquisa em enfermagem, a primeira recomendação que faço é que os pesquisadores da enfermagem preocupem-se com a qualidade metodológica dos estudos que realizam, explicitando a abordagem metodológica e o tipo de estudo. Sugiro ainda que haja maior investimento em pesquisas como as bibliográficas, pois facilitam a atualização dos profissionais de enfermagem, agregando num só estudo, resultados de vários outros, sendo assim útil para o consumo de pesquisas na prática assistencial.

No tocante à prática da enfermagem, recomendo que os enfermeiros recorram a estudos de qualidade para nortear a sua prática, bem como a estudos como os bibliográficos, que analisam criticamente, resultados de vários outros. Assim, será realizada uma prática com maior qualidade e a enfermagem terá maior visibilidade enquanto profissão que age com base em evidências.

Ainda na prática, além de trabalhar com a educação em saúde para o desenvolvimento de habilidades pessoais, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde, os enfermeiros não devem medir esforços para que haja o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e a criação de ambientes favoráveis à saúde, que juntamente com a sua ação e de todo o setor da saúde aliado aos outros setores, contribua para a

promoção da saúde em seu sentido mais amplo, como exposto pela Carta de Ottawa.

No tocante ao ensino, recomendo que as instituições formadoras se apropriem da produção de conhecimento que está disponível para formar com qualidade, principalmente em se tratando de promoção da saúde, que é uma tendência presente nos sistemas de saúde.



## REFERÊNCIAS GERAIS

ALVES, C.R.L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 583-595, mar., 2009.

ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. **Health Promotion International**, Oxford, v. 11, n. 1, p. 11-18, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 25 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Justiça. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 25 de novembro de 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: guia do facilitador para os módulos: módulo 8**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: aconselhar a mãe ou o acompanhante: módulo 5**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: atenção à criança de 1 semana à 2 meses de idade: módulo 6**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: consulta de retorno: módulo 7**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento**

do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Políticas intersetoriais:** guia referencial para gestores municipais em favor da infância. Brasília: Ministério da Saúde, 2002e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral de Políticas de Alimentação e Nutrição. **Dez passos para uma alimentação saudável:** guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002f.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI:** Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI:** Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI:** Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: identificar o tratamento: módulo 3. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI:** Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: tratar a criança: módulo 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2003d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia Prático de Preparo de Alimentos para Crianças Menores de 12 Meses Verticalmente Expostas ao HIV.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 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, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança: Passaporte da Cidadania.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança: Menina.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Caderneta de Saúde da Criança: Menino.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes: prevenção de violências e promoção da cultura de paz: você é a peça principal para enfrentar este problema.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009d.

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

BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, Supl. 2, p.177-185, 1999.

\_\_\_\_\_. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (ORG.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 15-38, 2003.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez., 2009.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.2, p.209-213, 1997.

CRUZ, L.; HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N.M. de F. Infância e Políticas Públicas: Um Olhar sobre as Práticas Psi. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v.17, n. 3, p. 42-49, set./dez., 2005.

CUNHA, R.R. et al. Promoção da saúde no contexto paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 170-176, jan./mar., 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (ORG.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 39-53, 2003.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Editora Ática, 2000.

ERIKSSON, M. **Unravelling the Mystery of Salutogenesis**. The Evidence Base of the Salutogenic Research as Measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Research Report 1. Abo Akademi University Vasa, Turku, 2007.

ERIKSSON, M.; LINDSTROM, B. Antonovsky's Sense of Coherence Scale and It's relation with quality of life: A systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 61, p. 938-944, 2007.

\_\_\_\_\_. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion International**, Oxford, v. 23, n. 2, p. 190-199, mar., 2008.

GIL, A.C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, I.L.; CAETANO, R.; JORGE, M.S.B. A criança e seus direitos na família e na sociedade: uma cartografia das leis e resoluções. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 61-65, jan./fev., 2008.

HEIDEMANN, I.T.S.B. **A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire**: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família. 2006. 296f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

LALONDE, M. El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS): **Promoción de la salud**: una antologia. Washington: Opas, 1996.

LEAVELL, H.; CLARK, G.G. **Preventive Medicine for the Doctor in his Community**. Nova York: MacGraw Hill, 1965.

LEFEVRE, F. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004.

MARCONDES, E. (Org.). **Pediatria Básica**: Pediatria Geral e Neonatologia. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

MELEIS, A.I. **Theoretical nursing** – development and progress. 3 ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1997.

MERIGHI, M.A.B.; PRAÇA, N.S. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: MERIGHI, M.A.B.; PRAÇA, N.S. **Abordagens teórico-**

**metodológicas qualitativas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 1-3 p.

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

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORSE, J.M. et al. Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in Nursing Science**, v. 13, n. 1, p. 1-14, set., 1990.

OLIVA, J.C.G.A.; KAUCHAKJE, S. As políticas sociais públicas e os novos sujeitos de direitos: crianças e adolescentes. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 22-31, jan./jun., 2009.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RIBEIRO, H. Saúde Pública e meio ambiente: evolução do conhecimento e da prática, alguns aspectos éticos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 70-80, abril, 2004.

SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. In: SIGERIST, H. **The University at the Crossroad.** Nova Iorque: Henry Schumann Publisher, 1946.

SILVA et al. Formação do enfermeiro: desafios para a promoção da saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 368-376, abr./jun., 2010.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** 1. ed. 17. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

WALL, M.L. **Características da proposta de cuidado de enfermagem de Carraro a partir da avaliação de teorias de Meleis.** 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

WINSLOW, C.E.A. The untilled fields of public health. **Science**, v. 51, n. 23, p. 23-33, jan., 1920.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (WHO/UNICEF). **Primary Health Care**: report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12, sept. 1978. Geneva: WHO, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The Ottawa Charter For Health Promotion**. Ottawa, Canadá, 21 nov., 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Global Conferences on Health Promotion**.

Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences>>.

Acesso em: 02 de março de 2011.



## APÊNDICES

### **APÊNDICE 1 – EXEMPLO DA COLETA DE DADOS DE UM DOS ARTIGOS COM O AUXÍLIO DO PROGRAMA MICROSOFT EXCELL 2010®**



Tipo de Fonte ▾	Tipo de Estudo ▾	Título do Estudo ▾	Estado de Origem ▾
Artigo de pesquisa	Qualitativo com abordagem crítico-humanista.	Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde.	Rio Grande do Sul

Autores do Estudo ▾	Periódico/Publicação ▾	Ano de Publicação ▾	Objetivos do Estudo ▾
NEVES, Eliane Tatsch; CABRAL, Ivone Evangelista.	Texto e Contexto Enfermagem	2008	ANALISAR as implicações das demandas de cuidados às CRIANES sobre o empoderamento dessas cuidadoras.

Referencial Adotado ▾	Sujeitos do Estudo ▾	Local do Estudo ▾	Entrada em Campo ▾
Teoria Freiriana.	11 cuidadoras de 12 CRIANES procedentes de diversas unidades pediátricas de um hospital público.	Um hospital de grande porte, federal, destinado ao ensino, pesquisa e assistência à comunidade, que atende demandas de toda a região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul.	Não está explícito no artigo.

Seleção dos Sujeitos ▾	Coleta de Dados ▾	Análise dos Dados ▾
Não está explícito no artigo.	Foi realizada por meio de três Dinâmicas de Criatividade e Sensibilidade do Método Criativo e Sensível que combinam procedimentos de coleta de dados típicos da pesquisa qualitativa tradicional (observação, a entrevista e discussão de grupo) com as produções artísticas. Foi desenvolvida uma Questão Geradora de debate para cada dinâmica, em função de sua finalidade para atingir os objetivos propostos.	Análise de Discurso Francesa - analisou o relatório das dinâmicas.

Aspectos Éticos	Resultados Principais e Discussão
<p>O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Maria, Protocolo No 093/2004 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após explicação dos propósitos da pesquisa. Foram atribuídos nomes fictícios às mulheres participantes do estudo para garantir o anonimato das mesmas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) O atendimento das demandas de cuidados de sobrevivência das crianças ocasiona estresse e sofrimento, exigindo superação dos desafios apresentados no cotidiano.</li> <li>2) As mulheres realizam um cuidado solidário e solitário, cuidam dos filhos praticamente sozinhas e muitas vezes não recebem as informações necessárias para prestar um cuidado de qualidade e reduzir seu estresse.</li> <li>3) Nas trajetórias das cuidadoras, destaca-se a recorrência do profissional médico como o responsável pelo fornecimento de informações sobre a condição da criança, o tratamento e a forma de implementar os cuidados. Poucas vezes, a enfermagem é mencionada no discurso dessas cuidadoras. Quando a atuação da enfermeira é destacada, é confundida com o profissional médico.</li> <li>4) O compartilhar de informações e experiências enriqueceu a bagagem sobre a doença e o tratamento dos filhos e se constituiu em uma fonte de empoderamento coletivo.</li> </ol>

Conclusões Principais	Recomendações para a Prática
<p>1) Para suportar e lidar com as situações-limites dos cuidados elas se empoderam individualmente, tendo por base as matrizes socioculturais do cuidado e seus legados e no encontro com os profissionais de saúde.</p> <p>2) Com o tempo de convivência com o problema, a sensibilização para a transformação da realidade vivenciada aumenta. O tempo contribui para o empoderamento individual e abre fendas para o empoderamento coletivo.</p> <p>3) A mulher, por meio do conhecimento/educação, pode fazer a tomada de consciência para buscar o controle de sua vida por meio do empoderamento individual.</p> <p>4) O cuidado pautado no empoderamento coletivo possibilita a inclusão social e a busca de uma vida com mais qualidade para essas crianças e suas cuidadoras.</p> <p>5) Empoderada, a mulher pode exigir seus direitos, exercer sua cidadania de forma plena, garantir um cuidado de qualidade para a criança, tomar decisões compartilhadas com os profissionais que atendem seus filhos e filhas e estar efetivamente incluída no processo de cuidar.</p>	<p>Os profissionais de saúde precisam tomar conhecimento da existência dessa clientela e desenvolver programas de atenção e apoio às essas mulheres. É preciso reorientar a prática profissional, deixando de reproduzir a ideologia dominante nas atividades diárias.</p>

Recomendações para a Pesquisa	Recomendações para o Ensino	Recomendações para Políticas Públicas
Não fizeram estas recomendações.	Não fizeram estas recomendações.	Não fizeram estas recomendações.

Minhas Notas Reflexivas	Minhas Notas Metodológicas
<p>1) O bem-estar da mãe interfere diretamente no cuidados dispensado à criança com necessidades especiais.</p> <p>2) O empoderamento das mães não somente contribuir para a diminuição do sofrimento e do estresse destas, como também garante um cuidado com maior qualidade às crianças.</p> <p>3) Por meio deste estudo observamos que os profissionais de saúde devem agir no sentido de promover o desenvolvimento de habilidades pessoais.</p> <p>4) Os autores reconhecem que é necessário uma reorientação dos serviços de saúde, uma reorientação da prática profissional para atender e esta demanda.</p> <p>5) Nas entrelinhas os autores trazem a educação em saúde como importante para o empoderamento das cuidadoras, promovendo assim sua própria saúde e refletindo também na promoção da saúde de seus filhos.</p>	<p>1) As autoras falharam por não deixar claro como foi o processo de entrada no campo e como os sujeitos foram selecionados para a pesquisa.</p> <p>2) Tive dificuldades para separar a discussão das conclusões, visto que não estavam separadas no artigo.</p>



**APÊNDICE 2 – PARTE DA ANÁLISE DE  
CONTEÚDO/CATEGORIZAÇÃO**



## CATEGORIZAÇÃO 1 – AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Em suma, o que as produções científicas da enfermagem me dizem sobre os cuidados/ações de promoção da saúde desenvolvidas em favor da criança?

Nº	Título	Objetivo	Resultados e Conclusões	1ª categorização	2ª categorização
1	Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde.	ANALISAR as implicações das demandas de cuidados às CRIANES sobre o empoderamento dessas cuidadoras.	<p>O atendimento das demandas de <b>cuidados de sobrevivência</b> das crianças ocasiona estresse e sofrimento, exigindo superação dos desafios apresentados no cotidiano.</p> <p><b>As mulheres realizam um cuidado solidário e solitário</b>, cuidam dos filhos praticamente sozinhas e muitas vezes <b>não recebem as informações necessárias para prestar um cuidado de qualidade e reduzir seu estresse.</b></p> <p>Nas trajetórias das cuidadoras, destaca-se a recorrência do profissional médico como o responsável pelo <b>fornecimento de informações sobre a condição da criança, o tratamento e a forma de implementar os cuidados. Poucas vezes, a enfermagem é mencionada no discurso dessas cuidadoras.</b></p> <p>Quando a atuação da enfermeira é</p>	<p>As mães realizam os cuidados de sobrevivência das crianças.</p> <p>As mulheres realizam um cuidado solidário e solitário [...] não recebem as informações necessárias para prestar um cuidado de qualidade e reduzir seu estresse.</p> <p>A enfermagem é mencionada poucas vezes como responsáveis pelo fornecimento de informações sobre a condição da criança, o</p>	<p><b>1) Maneiras das mães/famílias realizarem o cuidado à criança</b></p> <p>Realizam um cuidado solidário e solitário (1).</p> <p>Se empoderam individualmente, tendo por base as matrizes socioculturais do cuidado e seus legados e no encontro com os profissionais de saúde (1).</p> <p>Podem exigir seus direitos, exercer sua cidadania, garantir um cuidado de qualidade para a criança, tomar</p>

			<p>destacada, é confundida com o profissional médico.</p> <p>O <b>compartilhar de informações e experiências</b> enriqueceu a bagagem sobre a doença e o tratamento dos filhos e se constituiu em uma fonte de empoderamento coletivo.</p> <p><b>Para suportar e lidar com as situações-limites dos cuidados elas se empoderam individualmente, tendo por base as matrizes socioculturais do cuidado e seus legados e no encontro com os profissionais de saúde.</b></p> <p>Com o tempo de convivência com o problema, a sensibilização para a transformação da realidade vivenciada aumenta. O tempo contribui para o empoderamento individual e abre fendas para o empoderamento coletivo.</p> <p>A mulher, por meio do conhecimento/educação, pode fazer a tomada de consciência para buscar o controle de sua vida por meio do empoderamento individual.</p> <p>O cuidado pautado no empoderamento coletivo possibilita</p>	<p>tratamento e a forma de implementar os cuidados.</p> <p>Para suportar e lidar com as situações-limites dos cuidados elas se empoderam individualmente, tendo por base as matrizes socioculturais do cuidado e seus legados e no encontro com os profissionais de saúde. Compartilham informações e experiências (o que elas tem).</p> <p>O cuidado pautado no empoderamento coletivo possibilita a inclusão social e a busca de uma vida com mais qualidade para essas crianças e suas cuidadoras (o que precisam).</p>	<p>decisões compartilhadas com os profissionais e estar incluída no cuidar (1).</p> <p>As famílias e as redes informais podem contribuir com recursos próprios para produzir saúde (4).</p> <p>Ocultam a doença (HIV +) e acreditam que os medicamentos prejudicam a vida da criança (7).</p> <p>Tentam elucidar suas dúvidas, contribuindo para o desenvolvimento da segurança para o cuidado (13).</p> <p>Buscam apoio emocional, informacional e instrumental das redes sociais (15).</p>
--	--	--	---	--	--

			<p>a inclusão social e a busca de uma vida com mais qualidade para essas crianças e suas cuidadoras.</p> <p>Empoderada, a mulher pode <b>exigir seus direitos, exercer sua cidadania de forma plena, garantir um cuidado de qualidade para a criança, tomar decisões compartilhadas com os profissionais que atendem seus filhos e filhas e estar efetivamente incluída no processo de cuidar.</b></p> <p>Os profissionais de saúde precisam tomar conhecimento da existência dessa clientela e <b>desenvolver programas de atenção e apoio</b> às essas mulheres. É preciso reorientar a prática profissional, deixando de reproduzir a ideologia dominante nas atividades diárias.</p>	<p>A mulher pode exigir seus direitos, exercer sua cidadania [...], garantir um cuidado de qualidade para a criança, tomar decisões compartilhadas com os profissionais [...] e estar incluída no cuidar.</p> <p>Os profissionais de saúde precisam [...] desenvolver programas de atenção e apoio.</p>	<p>A família deve manter uma dieta saudável após a alta para a promoção da saúde (21).</p> <p>Realizam práticas de higiene com seus filhos (24).</p> <p>Cada avó desempenhou seu papel com o conhecimento que possuía atrelado à sua experiência, utilizando-se dos conhecimentos que adquiriu com a enfermeira (29).</p> <p>A mãe aumenta seu conhecimento sobre a situação do filho, tendo uma visão mais apurada com relação aos aspectos clínicos e emocionais apresentados</p>
--	--	--	--	---	---

## CATEGORIZAÇÃO – AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

2ª categorização	3ª categorização
<p><b>1 Maneiras das mães/famílias realizarem o cuidado à criança</b></p> <p>Realizam um cuidado solidário e solitário (1).</p> <p>Se empoderam individualmente, tendo por base as matrizes socioculturais do cuidado e seus legados e no encontro com os profissionais de saúde (1).</p> <p>Podem exigir seus direitos, exercer sua cidadania, garantir um cuidado de qualidade para a criança, tomar decisões compartilhadas com os profissionais e estar incluída no cuidar (1).</p> <p>As famílias e as redes informais podem contribuir com recursos próprios para produzir saúde (4).</p> <p>Ocultam a doença (HIV +) e acreditam que os medicamentos prejudicam a vida da criança (7).</p> <p>Tentam elucidar suas dúvidas, contribuindo para o desenvolvimento da segurança para o cuidado (13).</p> <p>Buscam apoio emocional, informacional e instrumental das redes sociais (15).</p> <p>A família deve manter uma dieta saudável após a alta para a</p>	<p><b>1 Maneiras das mães/famílias realizarem o cuidado à criança:</b></p> <p><b>1.1 Características do cuidado:</b></p> <p>Realizam um cuidado <b>solidário e solitário</b> (1).</p> <p><b>1.2 Tipos de apoios para o cuidado:</b></p> <p><b>1.2.1 Apoio informacional:</b></p> <p><b>Tentam elucidar suas dúvidas</b>, contribuindo para o desenvolvimento da segurança para o cuidado (13).</p> <p><b>Buscam apoio</b> emocional, <b>informacional</b> e instrumental das redes sociais (15).</p> <p>Cada avó desempenhou seu papel <b>com o conhecimento que possuía atrelado à sua experiência</b>, utilizando-se <b>dos conhecimentos que adquiriu</b> com a enfermeira (29).</p> <p>A mãe <b>umenta seu conhecimento sobre a situação do filho</b>, tendo uma visão mais apurada com relação aos aspectos clínicos e emocionais apresentados pela criança e passa a conhecer suas</p>

<p>promoção da saúde (21).</p> <p>Realizam práticas de higiene com seus filhos (24).</p> <p>Cada avó desempenhou seu papel com o conhecimento que possuía atrelado à sua experiência, utilizando-se dos conhecimentos que adquiriu com a enfermeira (29).</p> <p>A mãe aumenta seu conhecimento sobre a situação do filho, tendo uma visão mais apurada com relação aos aspectos clínicos e emocionais apresentados pela criança e passa a conhecer suas reações e necessidades (32).</p> <p>Os pais tentam tratar os filhos de forma igual, para que eles possam ter um relacionamento normal (32).</p> <p>Os pais buscam as redes de apoio e trocam experiências para desenvolverem meios para superar as dificuldades (32).</p> <p>As mães participam interagindo, tirando dúvidas, inserindo-se na rotina da unidade, quando levam o leite materno já ordenhado no banco de leite no horário predeterminado para fornecer a dieta, realizando cuidados básicos com o bebê, tocando, colocando para mamar, criando vínculo (33).</p> <p>Tocando ou permanecendo junto de seus bebês (34).</p> <p>Levam seus filhos para realizarem a triagem neonatal (37).</p>	<p>reações e necessidades (32).</p> <p><b>Solicita informações</b> que envolvem a doença, o tratamento e o cuidado durante a internação; <b>solicita informações</b> sobre a duração da internação que interfere no planejamento familiar; <b>busca atualizar-se</b> quanto aos cuidados para poder realizá-los em casa (51).</p> <p>As mães participam interagindo, <b>tirando dúvidas</b>, inserindo-se na rotina da unidade [...] criando vínculo (33).</p> <p><b>1.2.2 Apoio emocional:</b></p> <p><b>Se empoderam individualmente</b>, tendo por base as matrizes socioculturais do cuidado e seus legados e no encontro com os profissionais de saúde (1).</p> <p><b>Buscam apoio emocional</b>, informacional e instrumental das redes sociais (15).</p> <p>As mães <b>participam interagindo</b>, tirando dúvidas, inserindo-se na rotina da unidade [...] <b>criando vínculo</b> (33).</p> <p><b>1.2.3 Apoio instrumental:</b></p> <p><b>Buscam apoio</b> emocional, informacional e <b>instrumental</b> das redes sociais (15).</p> <p>A família <b>procura ajuda</b> para organizar-se no ficar com a criança</p>
--	--

<p>Identificam corretamente necessidades do neonato quanto ao choro e eructação, demonstram carinho e afeto, conversam com o bebê e amamentam com horário flexível (43).</p> <p>As mães realizam procedimentos como os de higiene, alimentação e verificação de temperatura, participando do cuidado (46).</p> <p>Expressaram a preocupação com as parasitoses intestinais, vários problemas de pele, questões nutricionais e os problemas de saneamento básico do bairro (50).</p> <p>Um grupo de mães reivindicou junto à Prefeitura Municipal o atendimento de seus problemas obtivendo alguns resultados (50).</p> <p>As mães envolveram-se nos problemas de saúde de seus filhos e de outras crianças, propondo algumas ações (50).</p> <p>Solicita informações que envolvem a doença, o tratamento e o cuidado durante a internação; solicita informações sobre a duração da internação que interfere no planejamento familiar; busca atualizar-se quanto aos cuidados para poder realizá-los em casa (51).</p> <p>A família procura ajuda para organizar-se no ficar com a criança internada (51).</p> <p>A violência, na maioria das vezes ocorre no lugar privativo do lar e é confundida com educação (52).</p>	<p>internada (51).</p> <p><b>1.2.4 Para que serve o apoio:</b></p> <p>Tentam elucidar suas dúvidas, contribuindo <b>para o desenvolvimento da segurança para o cuidado</b> (13).</p> <p>Cada avó <b>desempenhou seu papel</b> com o conhecimento que possuía atrelado à sua experiência, utilizando-se dos conhecimentos que adquiriu com a enfermeira (29).</p> <p>A mãe aumenta seu conhecimento sobre a situação do filho, <b>tendo uma visão mais apurada com relação aos aspectos clínicos e emocionais apresentados pela criança e passa a conhecer suas reações e necessidades</b> (32).</p> <p>Solicita informações que envolvem a doença, o tratamento e o cuidado durante a internação; solicita informações sobre a duração da internação <b>que interfere no planejamento familiar</b>; busca atualizar-se quanto aos cuidados <b>para poder realizá-los em casa</b> (51).</p> <p>A família procura ajuda <b>para organizar-se no ficar com a criança internada</b> (51).</p> <p><b>1.2.5 Onde buscam o apoio:</b></p> <p>Se empoderam individualmente, tendo por base <b>as matrizes socioculturais do cuidado e seus legados e no encontro com os</b></p>
---	---

As famílias que apresentam casos de abuso sexual de crianças apresentam um cuidado e proteção exagerada, demonstrando controle rígido sobre as relações sociais, mostrando possessividade e ciúme exagerados, manifestando proibição das relações de namoro, apresentando desconfiança permanente (52).

**profissionais de saúde** (1).

Buscam apoio emocional, informacional e instrumental **das redes sociais** (15).

Cada avó desempenhou seu papel com o conhecimento que possuía atrelado à sua experiência, utilizando-se dos conhecimentos que adquiriu **com a enfermeira** (29).

### **1.3 Ações de cuidado:**

#### **1.3.1 Cuidados físicos/fisiológicos:**

A família deve **manter uma dieta saudável** após a alta para a promoção da saúde (21).

**Realizam práticas de higiene** com seus filhos (24).

**Levam seus filhos para realizarem a triagem neonatal** (37).

As mães **realizam procedimentos como os de higiene, alimentação e verificação de temperatura**, participando do cuidado (46).

#### **1.3.2 Cuidados emocionais/psicológicos:**

**Tocando ou permanecendo junto** de seus bebês (34).

Os pais tentam **tratar os filhos de forma igual**, para que eles possam

	<p>ter um relacionamento normal (32).</p> <p><b>1.3.3 Cuidados emocionais e físicos/psicofisiológicos:</b></p> <p>As mães [...] levam o leite materno já ordenhado no banco de leite no horário predeterminado para fornecer a dieta, realizando cuidados básicos com o bebê, tocando, colocando para mamar [...] (33).</p> <p>Identificam corretamente necessidades do neonato quanto ao choro e eructação, demonstram carinho e afeto, conversam com o bebê e amamentam com horário flexível (43).</p> <p><b>1.3.4 Cuidados sociais:</b></p> <p>Podem exigir seus direitos, exercer sua cidadania, garantir um cuidado de qualidade para a criança, tomar decisões compartilhadas com os profissionais e estar incluída no cuidar (1).</p> <p>As famílias [...] podem contribuir com recursos próprios para produzir saúde (4).</p> <p><b>1.3.5 Cuidados físicos e sociais:</b></p> <p>Expressaram a preocupação com as parasitoses intestinais, vários problemas de pele, questões nutricionais e os problemas de saneamento básico do bairro (50).</p> <p>Um grupo de mães reivindicou junto à Prefeitura Municipal o</p>
--	---

atendimento de seus problemas obtivendo alguns resultados (50).

As mães **envolveram-se nos problemas de saúde de seus filhos** e de outras crianças, **propondo algumas ações** (50).

### **1.3.6 Finalidade das ações:**

A família deve manter uma dieta saudável após a alta **para a promoção da saúde** (21).

Os pais tentam tratar os filhos de forma igual, **para que eles possam ter um relacionamento normal** (32).

As famílias [...] podem contribuir com recursos próprios **para produzir saúde** (4).

### **1.4 Cuidado “Não Cuidado”:**

**Ocultam a doença** (HIV +) e acreditam que os **medicamentos prejudicam a vida** da criança (7).

**A violência**, na maioria das vezes ocorre no lugar privativo do lar e **é confundida com educação** (52).

As famílias que apresentam casos de abuso sexual de crianças apresentam um cuidado e **proteção exagerada**, demonstrando **controle rígido** sobre as relações sociais, mostrando **possessividade e ciúme exagerados**, manifestando **proibição** das relações de namoro, apresentando desconfiança permanente (52).



## **ANEXOS**

### **ANEXO 1 – OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**





# UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Campus Prof. João David Ferreira Lima - CEP 88040-900  
Trindade - Florianópolis - Santa Catarina - Brasil - [www.ccp.ufsc.br](http://www.ccp.ufsc.br) / +55 (48) 3721-5706

Ofício nº 27/CEPSH/PRPE/L1

Florianópolis, 4 de maio de 2011.

À  
Elaine Alino Guimarães Medeiros  
Pesquisadora

**Assunto: Resposta à consulta sobre a necessidade de submissão no projeto "Análise da Produção de Conhecimento Sobre a Enfermagem Brasileira na Promoção de Saúde da Criança"**

Senhora Pesquisadora,

1. Este Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos avalia pesquisas, antes do início da coleta de dados, cuja especificidade é o *envolvimento de seres humanos*, direta ou indiretamente. Na resolução CNS 196/96, está assim definido o que é pesquisa com seres humanos:

11.2 - Pesquisa envolvendo seres humanos - pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manuseio de informações ou materiais."

2. A coordenação do CEPSH, após análise da metodologia do estudo intitulado "Análise da Produção de Conhecimento Sobre a Enfermagem Brasileira na Promoção de Saúde da Criança" informa que não é necessária a submissão deste projeto, uma vez que não existem sujeitos de pesquisa e as fontes capazes de fornecer as respostas ao problema de pesquisa são os *periódicos científicos, as teses e as dissertações* que serão as fontes consultadas.

3. Este material será obtido através de busca em *bases de dados*, por meio da Biblioteca Virtual e serão localizadas e acessadas em bases de dados eletrônicas LILACS, BDENE e SCIELO. O processo de coleta de dados propriamente dito será realizado por meio da leitura analítica e interpretativa, ordenando e resumindo as informações contidas nas fontes de forma que estas possibilitem a obtenção das respostas ao problema. Diante disso, não se enquadra numa pesquisa envolvendo seres humanos, e portanto não é necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

Atenciosamente,

  
Washington Pereira de Souza  
Coordenador CEPSH



**ANEXO 2 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA SUBMISSÃO  
DE MANUSCRITOS À REVISTA BRASILEIRA DE  
ENFERMAGEM**





## INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Política Editorial](#)
- [Categorias de Manuscritos](#)
- [Preparo dos Manuscritos](#)
- [Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos](#)

### Política Editorial

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Sua missão é divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis números regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <[http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html)>.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da REBEn, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 196/1996, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de ética reconhecido pela Comissão Nacional de ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no texto a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações (OMS e ICMJE). O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

## **Categorias de Manuscritos**

**Editorial** – Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo referências, quando houver.

**Pesquisa** – Divulgação de pesquisa original e inédita, cujos resultados corroboram conhecimento disponível na área, ou ampliam o conhecimento da Enfermagem e/ou da Saúde sobre o objeto da investigação. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

**Revisão** – Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e referências.

**Reflexão** – Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

**Relato de Experiência** – Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de

intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda: **Entrevista (máximo de 3 páginas)** com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de **Autor convidado (máximo de 15 páginas)**, incluindo resumos e referências); **Carta ao Editor (1 página)**; e **Resenha** de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (**máximo de 2 páginas**, incluindo referências, se houver).

## **Preparo dos Manuscritos**

### **Aspectos gerais**

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas

de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado<sup>(5)</sup>,]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado<sup>(1-5)</sup>;]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado<sup>(1,3,5)</sup>.].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos. As ilustrações (tabelas, quadros e figuras – fotografias, desenhos, gráficos, etc.), serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

### **Estrutura do texto**

É recomendável que os artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

## **Página de identificação**

É a primeira página do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 15 palavras**) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

## **Resumo e Descritores**

O resumo e os descritores iniciam uma nova página. Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no **máximo, 150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS* (<http://decs.bvs.br>).

## Corpo do texto

O corpo do texto inicia nova página, em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

## Agradecimentos

Os agradecimentos, quando houver, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. é recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

## Referências

O número de referências no manuscrito deve ser **limitado a vinte (20)**, exceto nos artigos de Revisão. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine – NLM*), podem ser obtidos na URL <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)>.

## Processo de Submissão e Avaliação de Manuscritos

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e

gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*. Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá firmar eletronicamente, em seu nome e, quando houver, no dos coautores, que o manuscrito não está sendo submetido paralelamente a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda com a transferência de direitos autorais para a REBEn. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e de Transferência de Direitos Autorais.

A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantem relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo

daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cientes de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo de submissão o autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O autor responsável pela submissão, e todos os coautores, quando for o caso, receberão uma mensagem confirmando a submissão e a ID do manuscrito, para que possam acompanhar sua tramitação nas etapas do processo editorial.

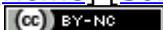
Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os *Descritores em Ciências da Saúde – DeCS*; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de

conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es).

**Todos os autores de manuscritos ACEITOS devem ser assinantes da REBEn, condição *sine qua non* para a publicação.**

[[Home](#)] [[Sobre a revista](#)] [[Corpo editorial](#)] [[Assinaturas](#)]



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#)

**Revista Brasileira de Enfermagem- REBEn**  
**SGA Norte Quadra 603 Conj. B Av. L2 Norte**  
**CEP 70830-030 Brasília-DF, Brasil**  
**Tel.: (55 61) 3226-0653**

**ANEXO 3 – INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA A  
SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS À REVISTA MINEIRA DE  
ENFERMAGEM**





1

## REME – REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM INSTRUÇÕES AOS AUTORES

### 1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora. Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

### 2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

- Editorial:** refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;
- Pesquisas:** incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;
- Revisão Teórica:** avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;
- Relatos de Experiência:** descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;
- Artigos Reflexivos:** são textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;
- Normas de publicação:** são as instruções aos autores referentes a apresentação física dos manuscritos, nos idiomas: português, inglês e espanhol.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM - REME**  
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 104 - Campus Saúde - Bairro Santa Efigênia  
CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil  
Tele/Fax: 55 (31) 3409-9876 – [www.enfermagem.ufmg.br](http://www.enfermagem.ufmg.br) – [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)

Created with

 **nitro**<sup>PDF</sup> professional  
Downloaded from [www.nitropdf.com](http://www.nitropdf.com)



### 3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão –peer review – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

- a) protocolados, registrados em base de dados para controle;
- b) avaliados quanto à apresentação física - revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME - (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas, antes do encaminhamento aos consultores;
- c) encaminhados ao Editor Geral que indica o Editor Associado que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;
- d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.
- e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final e este, é encaminhado ao Editor Geral que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor Geral, responsável pela aprovação final.

### 4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

#### 4.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5 cm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

#### 4.2 As partes dos manuscritos

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM - REME**

Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 104 - Campus Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (31) 3409-9876 – [www.enfermagem.ufmg.br](http://www.enfermagem.ufmg.br) – [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)



3

Revista Mineira  
de Enfermagem

#### a) páginas preliminares:

**Página 1: Título e subtítulo**- nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es)** – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo**: Pesquisa, Revisão Teórica, Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

**Página 2: Título do artigo** em português; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>.

O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

**Página 3:** a partir desta página apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo **título em português**, que inclui:

- b) Texto:** - introdução;  
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);  
- conclusões ou considerações finais;

**c) Agradecimentos** (opcional);

**d) Referências** como especificado no item 4.3;

**e) Anexos**, se necessário.

#### 4.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços:

em português: <<http://www.bu.ufsc.br/bscscsm/vancouver.html>>

em espanhol: <<http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm>>

em inglês: <[http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)>

As referências são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM - REME**

Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 104 - Campus Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (31) 3409-9876 – [www.enfermagem.ufmg.br](http://www.enfermagem.ufmg.br) – [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)



Revista Mineira  
de Enfermagem

4

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o "Journals Database"- Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do IBICT- Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, disponível em: <<http://www.ibict.br>>

As **ilustrações** devem ser apresentadas em Preto & Branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades** devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

**Agradecimentos** devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM - REME**

Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 104 - Campus Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (31) 3409-9876 – [www.enfermagem.ufmg.br](http://www.enfermagem.ufmg.br) – [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)



5

## 5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone e fax, e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis abaixo)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/196/96.

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados via correio para:

**REME- Revista Mineira de Enfermagem**

**Escola de Enfermagem da UFMG**

**Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte**

CEP.: 30130-100 - Belo Horizonte-MG – Brasil - Telefax.: 55 (31) 3409-9876

## 6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

(Versão de setembro de 2007)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM - REME**

Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 104 - Campus Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (31) 3409-9876 – [www.enfermagem.ufmg.br](http://www.enfermagem.ufmg.br) – [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)



## 5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone e fax, e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis abaixo)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/196/96.

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados via correio para:

**REME- Revista Mineira de Enfermagem**

**Escola de Enfermagem da UFMG**

**Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte**

CEP.: 30130-100 - Belo Horizonte-MG – Brasil - Telefax.: 55 (31) 3409-9876

## 6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

(Versão de setembro de 2007)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM - REME**

Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 104 - Campus Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (31) 3409-9876 – [www.enfermagem.ufmg.br](http://www.enfermagem.ufmg.br) – [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)



6

**OF. REME – Encaminhamento de Artigo**

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Prezados (as) Senhores (as),

Encaminhamos o artigo intitulado "\_\_\_\_\_ " para avaliação nesta revista.

Autor responsável (nome/ e-mail/ telefone(s)):

Endereço para Correspondência:

Categoria do Artigo:

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_  
Nome(s) do(s) autor(es)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM - REME**

Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 104 - Campus Saúde - Bairro Santa Efigênia

CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil

Tele/Fax: 55 (31) 3409-9876 – [www.enfermagem.ufmg.br](http://www.enfermagem.ufmg.br) – [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)



### DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Eu ou Nós, abaixo identificado(s) certifico(amos) que participei(amos) da concepção do manuscrito: .....(nome do artigo)....., para tornar pública nossa responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti(mos) quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação desse artigo.

Certifico(amos) também que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de nossa autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista Mineira de Enfermagem, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

Declaro(amos) ainda, que em caso de aceitação do artigo, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da REME-REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, em versão impressa e/ou eletrônica, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização seja solicitada e, se obtida, farei(remos) constar o agradecimento à REME.

---

(Nome(s) do(s) autor(es) e assinatura (s))

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – ESCOLA DE ENFERMAGEM - REME**  
 Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 104 - Campus Saúde - Bairro Santa Efigênia  
 CEP: 30130-100 - Belo Horizonte – Minas Gerais – Brasil  
 Tele/Fax: 55 (31) 3409-9876 – [www.enfermagem.ufmg.br](http://www.enfermagem.ufmg.br) – [reme@enf.ufmg.br](mailto:reme@enf.ufmg.br)