

ARTIGO DE PESQUISA

PRÁTICAS DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA, CARIRÉ - CEARÁ

Prácticas del enfermero de la Estrategia Salud de la Familia en la atención a la salud del niño,
Cariré - Ceará

Practice of the nurse from the Family Health Strategy in children's health care,
Cariré – Ceará

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto¹, Daniele Tomaz Aguiar², Francisco Rodrigues Martins³, Regina Célia Carvalho Silva⁴, Isabel Cristina Kowal Olm Cunha⁵

Resumo

Objetivo: Analisar as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família-ESF, durante o cuidado individual ou coletivo às crianças. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva, com abordagem qualitativa, realizada nos territórios da ESF, do município de Cariré – Ceará, com nove enfermeiros, durante o período de fevereiro a maio de 2010. **Resultados:** A prática do enfermeiro na atenção à saúde da criança na ESF envolve ações assistenciais, gerenciais, educativas e de mobilização comunitária, individual ou coletivamente, com enfoque para prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação. **Conclusões:** O estudo mostra que há uma focalização nas ações que causam maior impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade infantil e que influenciam diretamente na qualidade de vida das crianças. **Descritores:** Enfermagem; Programa Saúde da Família; Saúde da Criança

Abstract

Objective: To analyze the practice developed by the nurse from the Family Health Strategy-FHS during individual or collective care of children. **Methods:** It is a descriptive exploratory research, with qualitative approach, carried out in FHS territories, in the municipality of Cariré – Ceará, with nine nurses, during the period from February to May 2010. **Results:** Nurse Practice in children's health care in FHS develops assistance, managerial, and educational actions and community, individual or collective mobilization, with focusing on sickness prevention, health promotion, cure and rehabilitation. **Conclusions:** The study shows that there is a focusing on actions that cause greater impact on infant morbidity and mortality indicators and that influence directly on the quality of life of children. **Key words:** Nursing; Family Health Program; Child Health (Public Health)

Resumen

Objetivo: Analizar las prácticas desarrolladas por el enfermero de la Estrategia Salud de la Familia-ESF, durante el cuidado individual o colectivo a los niños. **Métodos:** Es una investigación exploratoria-descriptiva, con abordaje cualitativo, realizada en los territorios de la ESF, del municipio de Cariré – Ceará, con nueve enfermeros, durante el periodo de febrero a mayo de 2010. **Resultados:** La práctica del enfermero en la atención a la salud del niño en la ESF implica acciones asistenciales, gerenciales, educativas y de movilización comunitaria, individual o colectivamente, con enfoque hacia la prevención de enfermedades, promoción de la salud, cura y rehabilitación. **Conclusiones:** El estudio muestra que hay una focalización en las acciones que causan mayor impacto en los indicadores de morbilidad y mortalidad infantil y que influyen directamente en la calidad de vida de los niños. **Descriptores:** Enfermería; Programa Salud da Familiar; Salud Del Niño

¹ Enfermeiro Sanitarista. Mestre em Saúde Pública, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA. Doutorando e Membro do GEPAG/UNIFESP. Secretário da Saúde de Cariré (CE), Brasil. E-mail: rosemironeto@gmail.com.

² Enfermeira graduada pela UVA. Coordenadora da Atenção à Saúde do município de Cariré (CE), Brasil.

³ Enfermeiro graduado pela UVA. Coordenador da Vigilância à Saúde do município de Cariré (CE), Brasil.

⁴ Enfermeira Mestre em Enfermagem pela UFC. Professora Substituta da UVA. Diretora de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (CE), Brasil.

⁵ Professora Adjunto da Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

No ano de 1994, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa Saúde da Família (PSF), como busca pela efetivação da Atenção Primária à Saúde (APS), no Brasil, baseado nas experiências regionalizadas no Nordeste do País. Com os avanços no quantitativo das equipes, houve melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade e desenvolvimento de novas práticas de cuidado no cerne do processo saúde-doença assim, o PSF passa a ser política governamental em 1997, com a denominação de Estratégia Saúde da Família-ESF⁽¹⁾.

A estruturação da ESF baseia-se em uma unidade de saúde de referência, território descrito de uma equipe multiprofissional, composta minimamente de enfermeiro, médico, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Em alguns casos, incluem-se também o cirurgião dentista, o auxiliar de consultório dental e/ou técnico de higiene dental.

Na ESF, o enfermeiro, especificamente, desenvolve ações individuais e coletivas, sejam na unidade de saúde, durante as consultas ou em lares, escolas, associações comunitárias, igrejas e outros espaços das comunidades. O cuidado prestado às famílias, sujeitos e comunidades envolve crianças, adolescentes, adultos e idosos nas diferentes situações do processo saúde-doença.

Dentre os sujeitos assistidos pelo enfermeiro, estão as crianças, um dos grupos prioritários na atenção pela ESF. Vale ressaltar que, historicamente, a atenção à saúde da criança, desde o início do século XX, é uma prioridade política do Governo Brasileiro, em razão, sobretudo, de fatores relacionados à produção econômica.

Com os avanços e impactos no estado de saúde da população, proporcionado pela ESF e a necessidade de descentralização das ações e serviços de saúde o mais próximo possível dos territórios onde habitam e vivem os sujeitos e suas famílias. No ano de 2001, o Ministério da Saúde, ao publicar a Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde-NOAS/SUS 2001, reeditada em 2002, amplia as responsabilidades dos municípios na APS ao estabelecer as áreas de atuação estratégicas mínimas, necessárias à habilitação para a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada-GPABA, tais como: o controle da tuberculose, a eliminação da

hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da Diabetes *mellitus*, atenção à saúde bucal, da mulher e da criança. Essas áreas essas, que necessitavam ter seu processo de descentralização incrementado⁽²⁾. Na atenção à saúde da criança, a NOAS apresenta como responsabilidades: a vigilância nutricional, imunização e assistência às doenças prevalentes na infância.

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, priorizando o cuidado integral e multiprofissional, com um olhar para as necessidades sanitárias e sociais das crianças e suas famílias, com enfoque na promoção da saúde. A agenda estabelece como linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil: 1 - ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada; 2 - atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; 3 - triagem neonatal: teste do pezinho; 4 - incentivo ao aleitamento materno; 5 - incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; 6 - alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; 7 - combate à desnutrição e anemias carências; 8 - imunização; 9 - atenção às doenças prevalentes; 10 - atenção à saúde bucal; 11 - atenção à saúde mental; 12 - prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; e, 13 - atenção à criança portadora de deficiência”⁽³⁾.

Em 2006, o Ministério da Saúde publica o Pacto pela Saúde com o intuito de intensificar a descentralização e incrementar a atenção à saúde, na busca pela consolidação do SUS. O pacto deverá ser revisado a cada ano, com base nos princípios constitucionais do SUS e ênfase nas necessidades de saúde da população. O Pacto pela Saúde é composto por três componentes: o Pacto pela Vida; o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. Especificamente, o Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e prioridades, que também incluem a atenção à saúde da criança, no que concerne à redução da mortalidade infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias⁽⁴⁾. Como espaço privilegiado para execução destas ações, o pacto aponta o território da ESF.

Além dos instrumentos políticos apontados, tem-se ainda uma ferramenta de gestão, o Pacto da Atenção Básica⁽⁵⁾, que está estruturado com base no

desdobramento dos componentes do monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, apresentando uma série de metas a serem atingidas para alcance de indicadores municipais, pactuados no Estado e no Ministério da Saúde. O Pacto da Atenção Básica apresenta como Prioridade III, a Redução da Mortalidade Infantil e Materna; como objetivos para seu alcance, os seguintes: “I - Estimular a investigação do óbito de menores de 1 ano, visando a subsidiar intervenções para redução da mortalidade nesta faixa etária; II - Investigar óbitos maternos; III - Reduzir a mortalidade pós-neonatal; IV - Reduzir a mortalidade neonatal; V - Reduzir o número de morte infantil indígena, tendo como linha de base o ano de 2005; VI - Aprimorar a qualidade da atenção pré-natal; VII - Reduzir as taxas de cesáreas”⁽⁵⁾. O Pacto da Atenção Básica atua como um balizador da gestão da atenção nos municípios.

Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio também priorizam a redução da mortalidade infantil e trazem como meta da Organização das Nações Unidas-ONU, reduzir em dois terços, entre 1990 a 2015, a mortalidade de crianças com menos de 5 anos. O Ministério da Saúde Brasileiro assume tal compromisso e utiliza como principais iniciativas para alcançar/atingir tal meta a ESF, a Estratégia de Agentes Comunitários da Saúde-ACS, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e, o Programa Nacional de Imunização-PNI⁽⁶⁾.

Assim, tanto no processo de implantação/implementação da ESF como na implementação de normas e pactos, a Enfermagem assume importante responsabilidade no desenvolvimento, realização e consolidação de tais políticas, responsabilidades e práticas de saúde para a redução da morbidade e mortalidade infantil, além da promoção da saúde para melhoria da qualidade de vida das crianças. A ESF, além de vir proporcionando o incremento e a interiorização do mercado de trabalho em enfermagem, vem contribuindo, para que o enfermeiro estabeleça plano de cuidados específicos e integrais à criança e sua família.

Com base nesse contexto, o estudo foi efetuado com o objetivo de analisar as práticas desenvolvidas pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, durante o cuidado individual e coletivo às crianças.

SUJEITOS E MÉTODO

A pesquisa é do tipo exploratório descritiva, com abordagem qualitativa, realizada nos territórios da ESF do município de Cariré – Ceará, durante o período de fevereiro a maio de 2010.

O município de Cariré possui nove equipes da ESF, sendo sete na zona rural, baseadas em dez Centros de Saúde da Família-CSF. Possui ainda um Centro de Cuidados Complementares e Reabilitação e um Centro Integrado de Atenção à Saúde – Policlínica. O modelo de atenção à saúde adotado é o de Município Saudável, e tem como missão “Promover saúde com qualidade de vida, por meio de ações intersetoriais para construção de um município saudável”⁽⁶⁾.

O município de Cariré está localizado a Noroeste do Estado do Ceará na Microrregião de Sobral, com uma área de 756.893 Km², distando 287,1 KM de Fortaleza; localizado no semiárido, com uma população de 19.354 habitantes, e uma densidade demográfica de 26,7 habitantes. As principais rendas do município derivam da agricultura de subsistência, pecuária extensiva, emprego público, aposentadoria e programas assistenciais do Governo Federal, a exemplo do Programa Fome Zero⁽⁷⁾. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal-IDH-M de Cariré cresceu 25,91%, passando de 0,494, em 1991, para 0,622, em 2000. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com 56,1%, seguida pela longevidade, com 33,4% e, pela renda, com 10,4%⁽⁸⁾.

Os sujeitos do estudo foram nove enfermeiros da ESF. Para a coleta de dados, foi utilizado como instrumento um questionário com perguntas abertas. Os instrumentos foram aplicados durante a reunião da roda semanal com as equipes da ESF, na sede do município. Os dados foram sistematizados em quatro categorias das práticas: Assistenciais, Gerenciais, Educativas e Mobilização Comunitária e estão analisados à luz da literatura.

Durante todas as fases da pesquisa, foram respeitados os princípios éticos e legais, conforme o emanado pela Resolução nº. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde-CNS. Esta pesquisa é um subprojeto de pesquisa intitulada ‘Enfermagem no Território da Estratégia Saúde da Família: perfil, fazeres, saberes e necessidades de educação permanente dos enfermeiros’ e seu Protocolo

de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú-UVA, sob o nº. 392.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os nove enfermeiros citaram as mesmas ações, pois as assistenciais têm um maior número de referências. As ações não apresentaram diferenciação entre os sujeitos do estudo, por seguirem protocolo municipal, baseado na *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*, que possui como principais estratégias de ação a vigilância à saúde pela equipe, a mortalidade materna e infantil.

Nas ações citadas pelos enfermeiros, a promoção da saúde permeia as assistenciais, gerenciais e educativas. As práticas dos enfermeiros podem ser visualizadas nos dados da Figura 1.

Durante o processo de cuidar das crianças, a atenção desenvolvida pelo enfermeiro, individual ou coletivamente, envolve ações de prevenção de doenças, educação, promoção e proteção à saúde, além da cura e

reabilitação. Estas ações são compostas, sobretudo, por tecnologias leves, relacionais e comunicacionais e de tecnologias leves-duras, organizacionais e de fluxos – de normatização burocrática e técnicas próprias para o desenvolvimento do processo de trabalho.

O enfermeiro, como “produtor de saúde, no caso da ESF que, com seus conhecimentos, tecnologias leves e leve-duras, se encontra com o consumidor dos atos de saúde, que são as famílias, os sujeitos e as comunidades – que, nos momentos de autocuidado, atuam como agentes, com o intuito de buscar a construção de um produto/finalidade que, nesse caso, é a melhoria da qualidade de vida e a satisfação da clientela”⁽¹⁾.

As ações citadas pelos enfermeiros, durante o cuidado à criança, referem-se diretamente ao que propõe a NOAS-SUS 2001 - vigilância nutricional, imunização, assistência às doenças prevalentes na infância⁽²⁾; assim como ao que prioriza o Pacto pela Saúde, que é a redução da mortalidade infantil neonatal e infantil por doença diarreica e por pneumonias⁽⁴⁾, com base em uma série de ações de promoção da saúde, que vem desde o pré-natal; a consulta de puericultura e o cuidado às doenças

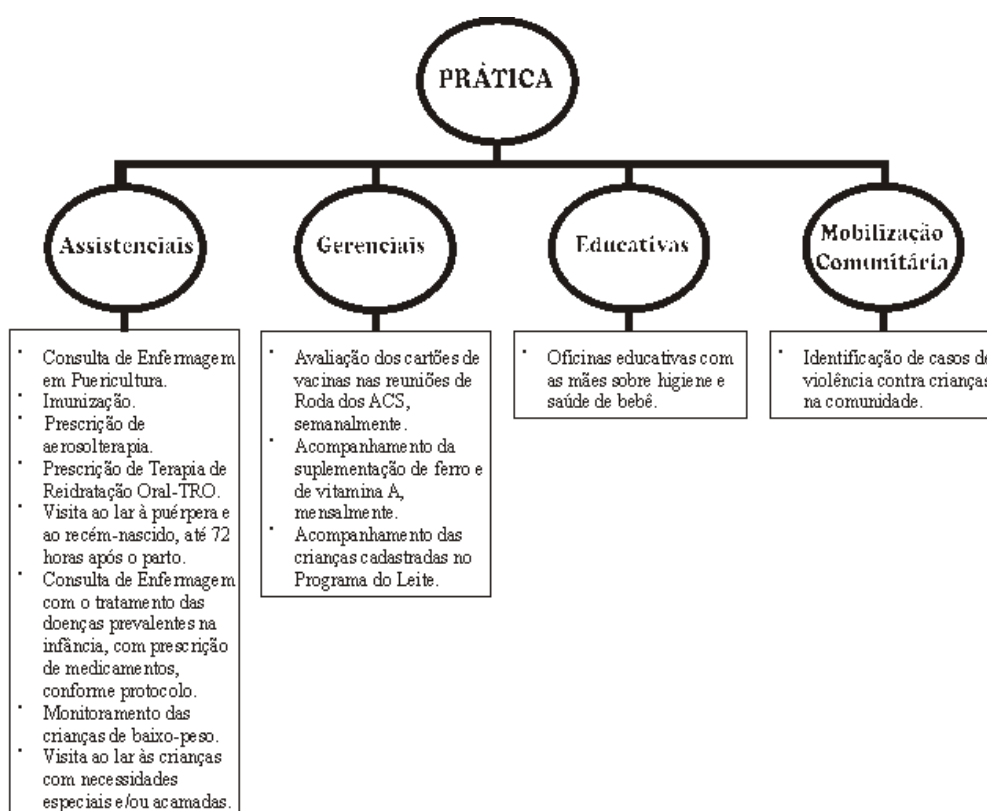


Figura 1 - Prática do enfermeiro no cuidado à criança. Cariré – Ceará, 2010.

prevalentes na infância e outros.

Quanto aos resultados do estudo, a Consulta de Enfermagem em Puericultura, foi apontada como uma das prioridades de atendimento às crianças, com a avaliação do crescimento e desenvolvimento, da higiene corporal e oral, da nutrição e imunização, além de orientações à família e registro das informações em formulário próprio, no prontuário familiar.

No ESF, a puericultura tem como objetivo principal proporcionar à criança um desenvolvimento saudável e condições, para que ela realize, tão bem quanto possível, as funções inerentes ao ser humano⁽⁹⁾.

A consulta na puericultura envolve um conjunto de ações de promoção da saúde, que compreende a avaliação da higiene e da alimentação, estímulo à vacinação e ao desenvolvimento, além de ações preventivas de agravos e doenças, como os cuidados com acidentes e violências no lar e a identificação, com tratamento precoce dos problemas de saúde da criança; sendo esta, uma potente ferramenta estratégica para o desenvolvimento saudável da criança e o incremento do vínculo mãe-filho, criança-família, família-comunidade e criança-família-equipe de saúde.

No que concerne às ações de enfermagem para a promoção da saúde materno-infantil, estas devem delinear-se com o objetivo de influir no processo saúde-doença do binômio mãe-filho, fortalecendo as ações dos usuários/famílias e de outros sujeitos que possam influenciar o desenvolvimento dessas crianças, buscando superar riscos potenciais⁽¹⁰⁾.

Em pesquisa realizada sobre a atenção à saúde da criança, no Município de Curitiba – (PR), prestada por enfermeiros da ESF, apresenta dados semelhantes a esta durante inventário de termos diagnósticos de enfermagem, é perceptível que, as “consultas de enfermagem em saúde da criança trazem um conteúdo de puericultura bastante grande, com destaque para os diagnósticos de fortalecimento do indivíduo frente aos processos de saúde-doença (ingesta alimentar, crescimento, desenvolvimento e estado vacinal adequados), que aparecem em maior número do que os diagnósticos de desgaste do indivíduo frente aos processos de saúde-doença”⁽¹¹⁾. A semelhança das ações desenvolvidas em Curitiba com as de Cariré, devem-se ao fato dos dois municípios admitirem as políticas e protocolos emanados pelo Ministério da Saúde e os compromissos

assumidos nos pactos, contribuindo assim, com a melhoria de indicadores e a consolidação da ESF.

Nesta perspectiva, a enfermagem, assim como demais membros da equipe da ESF, no cuidado à criança pode atuar na ampliação do acesso a ações de educação e promoção da saúde e, com isto, contribuir para a “redução das desigualdades sociais e melhoria da qualidade de vida das famílias e das crianças, com possibilidades para o incremento dos indicadores de saúde na infância”⁽¹²⁾.

A Consulta de Enfermagem com o tratamento das doenças prevalentes na infância, com a prescrição de medicamentos, conforme protocolo, foi outra importante ação citada pelos enfermeiros. A referida consulta utiliza como referencial, o protocolo do Ministério da Saúde da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI. Para as autoras, a APS é ideal para o uso de “protocolos para o manejo padronizado de agravos prevalentes na população”, tal como a AIDPI⁽¹³⁾.

Em 1993, a AIDPI foi estabelecida, com base em uma parceria da Organização Mundial da Saúde-OMS com o Fundo das Nações Unidas para a Infância-UNICEF, objetivando reduzir a morbidade e a mortalidade infantil, além de contribuir para o desenvolvimento e crescimento saudáveis desse grupo populacional. Em 1996, o Brasil implantou a AIDPI, inicialmente, nos Estados do Norte e Nordeste, por apresentarem elevados indicadores de morbidade e mortalidade. A AIDPI é implantada, concomitantemente, com o processo de estruturação do PSF e acaba sendo admitida, estrategicamente, como parte integrante da Política Nacional de Saúde da Criança⁽¹³⁻¹⁶⁾.

A utilização do protocolo da AIDPI verifica-se, basicamente, apoiada na avaliação, classificação e tratamento das crianças menores de 5 anos com doenças prevalentes, nos territórios da ESF⁽¹³⁾.

A AIDPI contribui não apenas para a redução da morbidade e mortalidade infantil, como também possibilita que os serviços de saúde estejam mais bem organizados. Pois, além de corroborar com o agir em saúde sistematizado das equipes, por sua base organizativa ser protocolar também contribui com a mudança nas práticas de cuidado das famílias e comunidades, por sua lógica de promoção da saúde e preservação da vida. Nesta perspectiva, a equipe da ESF, em especial, o enfermeiro, como promotor da saúde, pode contribuir substancialmente com a

redução da mortalidade infantil nessa população assistida pela AIDPI.

Para as autoras, as “práticas de saúde e de enfermagem no seguimento de crianças no contexto das famílias é um processo amplo e contínuo, além de referências técnicas, implicam medidas promocionais, preventivas, terapêuticas e de interações com a criança, com a família, com a comunidade e com os serviços de saúde e outros setores sociais”⁽¹⁷⁾.

A AIDPI quando incorporada ao processo de trabalho do enfermeiro na ESF “permite a sistematização da assistência à criança, englobando atividades de educação em saúde, habilidades comunicativas com a família e promoção do crescimento e desenvolvimento infantil”⁽¹³⁾. No entanto, a universalização da AIDPI como tecnologia do cuidado, “pode ser utilizada para melhorar a atuação dos profissionais de saúde que já estão em atividade”⁽¹⁴⁾. Uma prática sistematizada de “cuidados preventivos, como controle do crescimento e desenvolvimento, atenção às enfermidades infantis, alimentação, vacinação e dados maternos constituem importantes aspectos para a promoção de boas condições de saúde na infância. A atenção prestada em unidades de saúde da família tem sido importante para a melhoria dos indicadores de saúde infantil, ampliação do vínculo com as famílias, comunidade e inovação das práticas de saúde”⁽¹²⁾.

Em seu protocolo, a AIDPI, inclui também algumas das ações citadas pelos enfermeiros nesta pesquisa, como a prescrição da aerosolterapia, Terapia de Reidratação Oral-TRO, a avaliação do estado nutricional com monitoramento das crianças de baixo peso.

Quanto às atividades gerenciais citadas pelos enfermeiros, no que concerne ao cuidado à criança, envolvem a avaliação/acompanhamento do cartão de vacinas, suplementação de ferro e de vitamina A, além do Programa do Leite. O limitado número de atividades gerenciais citadas pelos enfermeiros, durante a atenção à saúde da criança, talvez se deva ao fato desses, além de exercerem as atividades assistenciais, como parte integrante do processo de trabalho individual de trabalhador da enfermagem e coletivo, como membro de equipe da ESF, acumula o cargo de Gerente de Território da ESF. Durante seu processo de trabalho geral, já incluía as ações de gerenciamento do Centro de Saúde da Família,

bem como as do Território.

Os enfermeiros do estudo citaram como única atividade educativa, as oficinas com mães sobre a higiene e saúde do bebê. Vale ressaltar que a visita ao lar da puérpera e do RN, assim como a consulta de puericultura estão alicerçadas em práticas educativas e de promoção da saúde. Há ainda, o grupo de gestante existente em cada Território da ESF, que está organizado com pelo menos, um encontro mensal e seu objetivo principal é a promoção da saúde da gestante e do feto. No grupo, as gestantes, além de participarem de atividades lúdicas, com dinâmicas de grupo, têm as atividades educativas com troca de experiências e simulação de práticas de autocuidado e cuidado com o bebê. O grupo de gestantes tem como principal objetivo: prestar atendimento interdisciplinar, na perspectiva da promoção da saúde às gestantes do início da gravidez ao puerpério.

Vale ressaltar que, na APS, as ações de educação em saúde são inerentes ao processo de trabalho das equipes⁽¹⁶⁾. Mas, para que isto aconteça, “acredita-se que, para desenvolver o cuidado em Enfermagem e a educação em saúde, seja necessário permitir-se compartilhar vivências, experiências, sentimentos e percepções e, ainda, perceber a criança como um ser único, em processo de crescimento, desenvolvimento e descoberta do mundo e das relações com o outro”⁽¹⁸⁾, situação vivenciada durante o grupo de gestantes na visita ao lar, nas consultas de puericultura e em outros momentos.

Outra ação desenvolvida pelos sujeitos do estudo é a visita à puérpera e ao RN no lar. A referida visita tem como objetivos básicos: “apoiar e orientar a mãe na realização de práticas saudáveis; identificar fatores de risco materno e neonatal; ampliar o vínculo da equipe com a família; reduzir a morbidade e mortalidade infantil no período neonatal e os riscos de depressão pós-parto”⁽¹⁹⁾.

A ESF tem possibilitado a construção de novas práticas e saberes durante o processo saúde-doença-cuidado, remetendo o trabalhador a assumir maior responsabilidade sanitária, com base no conceito ampliado de saúde. Por conta disto, novas demandas sanitárias e sociais são pautadas na agenda das equipes de saúde, dentre elas, a prevenção de violências e a promoção da cultura de paz.

No entanto, entende-se que o/a enfermeiro/a, para

atuar na ESF deverá incorporar alguns conceitos aplicáveis ao processo de trabalho no setor saúde, na qualidade de membro da equipe de uma unidade produtora de serviços de saúde, responsável por uma demanda social de um território adscrito⁽²⁰⁾. Neste novo cenário, a Enfermagem na ESF, vem exercendo atividades além do agir na assistência, gerenciamento, ensino, pesquisa e no controle social; ou seja, tem assumido outras demandas sociais, próprias da articulação, organização, mobilização e vivência comunitária. Dentre estas demandas, estão os casos de agravos por causas externas, em especial, as de violência familiar contra crianças.

Para as autoras, o “fenômeno da violência contra a criança e o adolescente, está presente no contexto da equipe de enfermagem, uma vez que esse tem sido responsável por demanda crescente dos atendimentos nos serviços públicos de saúde”⁽²¹⁾.

Neste sentido, o Ministério da Saúde afirma que “cabe às equipes de saúde identificar e notificar os casos de violência e maus-tratos, comunicar e referenciar todos os casos suspeitos ou confirmados, de acordo com fluxo local, além de proceder o acolhimento, assistência, tratamento e encaminhamentos necessários utilizando a rede de apoio existente (Pastoral da Criança, Juizado, Conselho Tutelar, Delegacia, Hospital, Serviços de Saúde mental, Abrigo etc.)”⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde da criança, desenvolvida pelos enfermeiros, focaliza as ações que causam maior impacto nos indicadores de morbidade e mortalidade e influenciam diretamente na qualidade de vida destas. Contrariando as práticas e o modelo de atenção e político anterior a janeiro de 2009, no município de Cariré, que se restringia à atenção à mulher, à criança, ao fenômeno da gestação e à doença, com internamento hospitalar.

Nas ações desenvolvidas pelos enfermeiros, observa-se que sua prática está mais voltada às atividades assistenciais e gerenciais, embora as ações de promoção e prevenção à saúde também sejam desenvolvidas, porém sem grande ênfase e inerentes ao processo de trabalho da equipe.

Nesta perspectiva, a prática do/a enfermeiro/a deverá intervir na organização do processo de trabalho em saúde, com uma nova estratégia articulada com a equipe de saúde, a fim de que cada sujeito possa desempenhar seu trabalho como agente de transformação. Assim, a prática do/a enfermeiro/a é parte de um processo coletivo de trabalho que tem como finalidade produzir ações de saúde, caracterizando-se por um saber específico, com ações contínuas e articuladas com os demais membros da equipe na construção dos objetos comuns do trabalho no setor saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ximenes Neto FRG. Gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gerentes [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará-UECE; 2007.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS O1/2002. [capturado em: 28 Fev. 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html.
3. Brasil. 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, 2004.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
6. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA/MP/SPI; 2007.

7. Cariré. Governo Municipal. Secretaria da Saúde. Plano Municipal da Saúde. Cariré: Secretaria da Saúde; 2010.
8. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada-IPEA. Ministério do Planejamento e Orçamento, da Fundação João Pinheiro do Governo do Estado de Minas Gerais e da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Atlas do desenvolvimento humano do Brasil. Brasília: IPEA/IBGE; 2003. [capturado em: 26 Jun. 2009]. Disponível em: http://www.fjp.gov.br/produtos/cees/idh/atlas_idh.php.
9. Ceará. Secretaria da Saúde-SESA. Manual de normas para saúde da criança na atenção primária. Fortaleza: SESA; 2002. [capturado em: 25 Fev 2011]. Disponível em: <http://www.cepesvitoria.com.br/downloads/MANUAL%20DE%20PUERICULTURA.pdf>.
10. Veríssimo MDLÓR. Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil. In: Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Manual de Enfermagem: Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 119-125.
11. Apostolico MR, Cubas MR, Altino DM, Pereira KCM, Egry EY. Contribuição da CIPESC® na execução das políticas de atenção à saúde da criança no município de Curitiba, Paraná. Texto Contexto - Enfermagem, set. 2007; 16(3):453-462.
12. Mello DF, Barros DM, Pinto IC, Furtado MCC. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. Acta Paulista de Enfermagem, dez. 2009; 22(6):748-754.
13. Veríssimo MDLOR, Mello DF, Bertolozzi MR, Sigaud CHS, Fujimori E, Lima RAG. A formação do enfermeiro e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Revista Brasileira de Enfermagem. 2003; 56(4):396-400.
14. Amaral JFF, Victora CG, Leite AJM, Cunha AJLA. Implementação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Nordeste, Brasil. Rev. Saúde Pública, ago. 2008; 42(4):598-606.
15. Cunha AJLA, Silva MAFS, Amaral JFF. A estratégia de “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI” e sua implantação no Brasil. Rev. Ped. Ceará, jan.- abr. 2001; 2(1):33-38. [capturado em: 28 fev 2011]. Disponível em: <http://www.socep.org.br/Rped/pdf/2.1%20Atualiz%2003.pdf>.
16. Novaczyk AB, Dias NS, Gaíva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2008; 10(4):1124-37. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>.
17. Mello DF, Rocha SM, Scochi CG, Lima RA. Brazilian mothers' experiences of home care for their low birth weight infants. Neonatal Netw. 2002; 21 (1):30-34.
18. Assis LC, Einloft L, Prates CS. Consulta de enfermagem pediátrica: a percepção dos acompanhantes no pós-atendimento. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2008; 8(1):13-19.
19. Ximenes Neto FRG, Ponte MAC. Visita ao lar da puérpera e recém-nascido: uma prática de promoção da saúde e preservação da vida. Sobral – Ceará: Curso de Graduação em Enfermagem/Centro de Ciências da Saúde-CCS/Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA; 2005.
20. Nascimento MS, Nascimento MAA. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. Ciência & Saúde Coletiva 2005; 10(2):333-345.
21. Algeri S, Souza LM. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem jul.-ago. 2006; 14(4):625-631.
22. Brasil. 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; 2004.