

Vigilância em Saúde da Criança: perspectiva de enfermeiros

Child Health Surveillance: nurses perspective

Vigilancia en Salud Infantil: perspectiva de enfermeros

Marina Sayuri Yakuwa^I, Mariana Claudio da Silva Sartori^{II}, Débora Falleiros de Mello^I,
Marli Teresinha Cassamassimo Duarte^{III}, Vera Lúcia Pamplona Tonete^{III}

^I Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Programa em Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

^{II} Secretaria Municipal de Saúde, Fundação Uni Botucatu. Botucatu-SP, Brasil.

^{III} Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu,
Departamento de Enfermagem. Botucatu-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Yakuwa MS, Sartori MCS, Mello DF, Duarte MTC, Tonete VLP. Child Health Surveillance: nurses perspective.
Rev Bras Enferm. 2015;68(3):330-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680302i>

Submissão: 05-11-2014 Aprovação: 18-03-2015

RESUMO

Objetivo: analisar concepções de enfermeiros sobre Vigilância em Saúde da Criança (VSC) em unidades de saúde da família. **Método:** estudo qualitativo, com análise temática dos dados, fundamentada no paradigma da Vigilância em Saúde. Foram realizadas entrevistas com 13 enfermeiros atuantes em município do interior paulista. **Resultados:** os enfermeiros conceberam VSC como acompanhamento ativo, integral, programado, identificando riscos/vulnerabilidades, por meio de ações multiprofissionais, intersetoriais e dependentes da participação materna. Constatou-se desenvolvimento parcial dessas premissas na prática, por dificuldades como falta de participação materna nas ações propostas, indisponibilidade de tempo para discussão e adoção de medidas nas unidades e desarticulação entre níveis e setores no município. **Conclusão:** é necessário maior investimento político e técnico para assegurar a adoção desse modelo nos diferentes setores e níveis de atenção do município. **Descritores:** Vigilância; Saúde da Criança; Estratégia Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to analyze conceptions of nurses on child health surveillance in family health units. **Method:** a qualitative study with thematic analysis of the data, based on the paradigm of Health Surveillance. Interviews were conducted with 13 nurses in a countryside city in the state of Sao Paulo. **Results:** nurses conceived child health surveillance as an active monitoring, which should be comprehensive, identifying risks/vulnerabilities, through multidisciplinary and intersectoral actions that are dependent on maternal involvement. We found partial development of these assumptions in practice, due to difficulties such as lack of maternal involvement in the proposed actions, lack of time for discussion and adoption of measures in the units and disarticulation between levels and sectors of the city. **Conclusion:** a greater political and technical investment is needed to ensure the adoption of this model in different sectors and levels of care of the city. **Key words:** Surveillance; Children's Health; Family Health Strategy; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: analizar las concepciones de los enfermeros en la vigilancia de la salud de los niños en las unidades de salud de la familia. **Método:** estudio cualitativo con el análisis temático de los datos, basado en el paradigma de la Vigilancia de la Salud. Se realizaron entrevistas con 13 enfermeras en la ciudad interior. **Resultados:** las enfermeras concibió la vigilancia de la salud del niño y la vigilancia activa, total, la identificación de riesgos/vulnerabilidades, a través de acciones multidisciplinario, intersectorial y dependiente de la participación materna. Encontramos lo desarrollo parcial de estos supuestos en la práctica, debido a las dificultades, como la falta de participación de la madre en las acciones propuestas, la falta de tiempo para el debate y la adopción

de medidas en las unidades y la falta de conexión entre los niveles y sectores en el condado. **Conclusión:** es necesaria una mayor inversión política y técnica para asegurar la adopción de este modelo en diferentes sectores y niveles de atención del municipio. **Palabras clave:** Vigilancia de la Salud; Salud del Niño; Estrategia de Salud Familiar; Enfermería.

* Artigo extraído da monografia de conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu de Marina Sayuri Yakuwa. *Vigilância à saúde de crianças na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Botucatu, SP, Brasil. UNESP, 2011. Processo nº 2011/02753-0 - Iniciação Científica, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).*

AUTOR CORRESPONDENTE Marina Sayuri Yakuwa E-mail: myakuwa@usp.br

INTRODUÇÃO

A implantação de novos recursos tecnológicos na atenção à saúde das crianças possibilitou melhora na sobrevida desse grupo populacional, no entanto, os índices de morbimortalidade infantil mundiais ainda são preocupantes⁽¹⁾.

Da mesma forma, nas últimas três décadas, observam-se avanços nos serviços de saúde brasileiros, bem como transformações nos determinantes das doenças, com destaque para os sociais, apontando para a melhora desses últimos. Entretanto, no Brasil, as condições adversas em que vivem crianças de famílias menos favorecidas ainda constituem desafio, cabendo destacar que é essencial o entendimento da natureza dos problemas e o estabelecimento de intervenções que possam reduzir as diferenças⁽²⁻³⁾.

Em vista disso, como proposta para reverter esse quadro, o Ministério da Saúde (MS) preconiza a adoção da Vigilância em Saúde da Criança (VSC), destacando-a como estratégia nas diretrizes propostas, com a finalidade da redução das taxas de mortalidade e ampliação do acesso e da qualidade da assistência dos serviços de saúde para crianças e suas famílias⁽⁴⁾.

A Vigilância em Saúde tem sido definida como a postura ativa dos profissionais e serviços de saúde diante das situações de risco e vulnerabilidade, traçando planejamento e ações específicas para minimizar os danos e realizar o adequado acompanhamento à saúde da população⁽⁴⁾.

Atualmente, pode-se considerar que essa estratégia configura-se como modelo de atenção alternativo (modo tecnológico de intervenção) destinado a superar a dicotomia entre as práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e individuais (assistência ambulatorial e hospitalar), considerando os modos de vida dos diferentes grupos sociais, com base na epidemiologia e contribuições de outras áreas do conhecimento como da geografia, do planejamento urbano, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde no nível local⁽⁵⁾.

Suas principais marcas são: ações sobre o território; intervenções em face de problemas de saúde, nas várias fases do processo saúde e doença; destaque aos problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; abordagem sobre a avaliação de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação intersetorial e intervenções sob a forma de operações⁽⁵⁻⁷⁾. Destaca-se que, na perspectiva

da promoção da saúde, o referido modelo preconiza o desenvolvimento de ações que se antecipem ao dano ou ao agravo, preconizando intervenções que adotem o conceito ampliado de atenção à saúde, como promoção da qualidade de vida^(5,8).

Na atenção básica à saúde (ABS) no Brasil, o modelo da Vigilância em Saúde passou a se destacar durante o processo de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), a ser incorporado ao modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta, por sua vez, busca a integralidade da atenção para o cuidado de indivíduos e famílias ao longo do tempo e respostas resolutivas para as necessidades da população e comunidade⁽⁹⁾.

Reconhece-se que cabe aos enfermeiros da ABS realizarem ações de cunho administrativo e assistencial de VSC⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Contudo, refletindo sobre tal aspecto, é relevante conhecer como esses profissionais concebem e desenvolvem tais ações em sua prática cotidiana nas unidades de saúde da família (USF), com vistas a analisar sua contribuição profissional para atenção integral à saúde da criança.

OBJETIVO

O objetivo do presente estudo foi analisar concepções de enfermeiros sobre Vigilância em Saúde da Criança, relacionando-as à sua experiência na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo de abordagem qualitativa, fundamentado nos princípios conceituais da Vigilância em Saúde no contexto da ABS no que se refere à promoção da saúde de crianças e suas famílias e o fortalecimento de saberes e práticas compartilhados⁽⁹⁾.

O método qualitativo se aplica a investigações que se voltam para relações, crenças, percepções e opiniões dos sujeitos, aprofundando-se no mundo dos significados atribuídos por eles à realidade vivida, admitindo a importância de sua perspectiva na conformação dessa realidade⁽¹²⁾.

A pesquisa de campo foi realizada em um município agroindustrial de médio porte do interior paulista, cujos indicadores de saúde infantil apontam para a necessidade de qualificar a atenção à saúde perinatal e nos primeiros anos de vida da criança. No ano de 2012, a taxa de mortalidade perinatal foi de 15,24 por mil nascidos vivos ou mortos sendo que, neste mesmo ano, a taxa de mortalidade infantil no município foi de 8,88 óbitos por mil nascidos vivos e de mortalidade neonatal de 5,92 óbitos por mil nascidos vivos⁽¹³⁾.

Participaram do estudo todos os 13 enfermeiros que estavam atuando na ESF no referido município no período de realização do estudo, abrangendo todas as Unidades de Saúde da Família (USF).

A coleta de dados foi realizada durante o período de junho a julho de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, com as seguintes questões norteadoras: - O que você entende por Vigilância em Saúde? - Descreva seu trabalho na USF com relação à VSC. Perguntas adicionais foram feitas aos enfermeiros para esclarecer os depoimentos emitidos durante as entrevistas. Para caracterização dos entrevistados, foram obtidas informações relativas ao sexo, idade, local e tempo de formação, de trabalho e cursos realizados após a graduação relacionados à saúde coletiva e à saúde da criança. As entrevistas foram antecipadamente agendadas pelo entrevistador com os enfermeiros das USF, gravadas em MP3, transcritas e deletadas após as transcrições.

Para a análise dos dados foi utilizado o método de Análise de Conteúdo, na vertente Temática, percorrendo três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação⁽¹²⁾. Para a primeira etapa, foi realizada leitura atenta do material selecionado, buscando ter visão de conjunto e com foco nas particularidades. Foram também selecionadas formas de classificação inicial e definidos os conceitos orientadores da análise. Na segunda etapa, foi feita a distribuição dos trechos e frases dos textos da classificação inicial, com reagrupamento das partes por temas e núcleos de sentido, articulando-os aos conceitos que orientaram a análise. Na terceira etapa, elaborou-se o resumo interpretativo para relacionar os temas com o objetivo e os pressupostos da pesquisa⁽¹²⁾.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (Protocolo CEP nº 3803/2011). Cada participante da pesquisa assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias.

RESULTADOS

Dos 13 enfermeiros entrevistados, 12 eram do sexo feminino. A idade variou de 23 a 41 anos e eram graduados entre os anos de 1995 e 2008. Na ESF, todos trabalhavam na gerência e na assistência às famílias cadastradas. O tempo de trabalho nas USF variou entre um mês e dois anos e meio. Em relação às atividades cursadas após a graduação, foram citados cursos curtos sobre Saúde da Criança e outros mais longos em Saúde da Família e em Saúde Pública.

Os relatos sobre as concepções e experiências a respeito da VSC no âmbito da ESF são apresentados a seguir, agrupados em temas, contendo os núcleos de sentido que emergiram dos depoimentos, identificados com o número do enfermeiro que os produziu (E1 a E13).

Vigilância em Saúde como estratégia para a atenção integral à saúde da criança

Os participantes identificaram a VSC como o acompanhamento ativo, integral e constante da criança.

Eu acho que é trabalhar em cima do que a gente tem como princípios do SUS e, também, como princípios da Saúde da

Família. Então, pensando nas diretrizes, mesmo, de ação de promoção, proteção e recuperação em saúde. É estar com esse olhar atento para essa criança e para quem convive com essa criança. Então, quando a gente pensa numa saúde da criança, a gente tem que pensar na saúde integral da criança e não só no binômio que é a mãe e o filho, mas muitas vezes tenho que ver todo o contexto que ele está inserido. E quando faz saúde da família de fato, a gente consegue. (E7)

Em saúde da família, a gente não espera que as pessoas venham até a gente. A gente tem que fazer busca ativa. Então, na Vigilância à Saúde da criança, a gente faz essa busca ativa, marca uma consulta, se não vem: 'Mas por que não veio?' Então, tem que remarcar! É proporcionar atendimentos tanto individuais quanto em grupo, tudo pensando no bem-estar da criança, da melhor forma para orientar essa mãe, esse pai. (E4)

No processo de Vigilância em Saúde, os princípios do SUS foram enfatizados na interface com a ESF, além de destacarem que ações de saúde de promoção, proteção e recuperação precisam ser organizadas e oferecidas de modo indissociável para o alcance da saúde integral da criança. Ao mesmo tempo, foi relatada como a possibilidade de identificar problemas e estabelecer prioridades nos atendimentos, para que haja um cuidado especial.

Quando se faz o pré-natal da gestante deve-se constatar se é um pré-natal de baixo risco, se é de alto risco, se tem as suas complicações. Quando o bebê nasce, deve-se fazer visita domiciliar. Então, nesse período deve-se conhecer a casa, o ambiente, a família, as condições da família, as condições que a mãe está passando. (E10)

Eu acho que é um olhar muito amplo que a gente tem que dar na Vigilância à Saúde. Você vai saber se aquela família é de risco, se você precisa visitar mais vezes, se precisa chamar mais vezes para vir na unidade. (E11)

O modelo estudado foi relacionado a um processo atento e de proximidade às famílias, que se inicia desde o período pré-natal, com foco em prioridades que são olhadas de acordo com os níveis de risco para a criança, mãe ou família, especialmente considerando o contexto social em que vivem. Em contrapartida, foram apontadas concepções mais restritas a apenas uma das dimensões da Vigilância em Saúde, a saber, a Vigilância Epidemiológica, mencionando somente aspectos como identificação do perfil epidemiológico e notificação de doenças transmissíveis.

Eu entendo que a criança tem doenças que são transmissíveis, principalmente, que devem ser notificadas para que se faça um bom bloqueio. Diarreia, sarampo, varicela. Vigilância à saúde da criança é ver o que é importante realizar para a notificação dos casos, para que a gente possa tomar medida de controle. E, acho que principalmente as que têm transmissibilidade, criança que frequenta escola ou que tem em casa, ou pai com tuberculose, a gente faz um rastreamento para controle e bloqueio. Para quebrar a cadeia. (E9)

Vigilância em Saúde da Criança como ação transversal da Estratégia Saúde da Família

Segundo os entrevistados, a VSC é desenvolvida na ESF e é reconhecida nas diferentes ações e momentos da atenção. Para ser realizada a contento, deve haver programação, organização do atendimento, proximidade e contato constante com as famílias.

Fazemos vigilância, focando no que a gente chama de 'programáticos', nos agendados. (E7)

Então, na unidade de saúde, têm os atendimentos individuais que eu divido com o médico. A gente atende a criança desde quando nasce. Até o sétimo dia de vida a gente vai à casa para fazer orientações, principalmente, quanto ao aleitamento materno e cuidados com o bebê. Aliás, eu acho que esse cuidado com a criança começa até antes, no grupo de gestante [...] A gente vai intercalando, consulta médica e de enfermagem. [...] A gente tem grupos com criança, de zero a dois anos e outro grupo que é de dois a cinco anos, principalmente focado para mães que não têm trazido as crianças na rotina. Isso é bem legal! (E8)

Portanto, segundo os enfermeiros, a VSC no âmbito da ESF tem envolvido o encadeamento de atendimentos e de ações individuais e em grupo, dando-se importância para a efetiva participação dos pais. Quanto a esse último aspecto, foram identificadas algumas barreiras para a efetivação do modelo, com dificuldades para o acompanhamento da saúde da criança com regularidade e atendendo às ações propostas pelas USF:

Agora, a nossa maior dificuldade é a falta dos pacientes agendados. Porque, assim, as crianças vêm se as mães trazem. E, aqui no bairro, elas são bem sinceras. Por exemplo, as faxineiras. De repente, surge uma faxina aquele dia, acaba não trazendo. Então, talvez, acho que falta um pouco de valorização da consulta agendada. A criança chega na unidade com a doença já instalada e, aí, a gente nem consegue fazer a prevenção. (E3)

O trabalho de diferentes profissionais para a VSC revelou-se como uma das facilidades na ESF, com o acompanhamento das crianças por dentista, médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde (ACS), entre outros. No entanto, também há falta de profissionais e dificuldades de disponibilidade de tempo.

Bom, como facilidade na Estratégia Saúde da Família é que todos os pacientes programáticos, em especial a criança, são atendidos pelo médico, pelo enfermeiro e outros profissionais, como os da saúde bucal, nutrição, também tem o agente comunitário, para criar e aumentar o vínculo com essas famílias para que essas crianças estejam sempre acompanhadas. Então, é diferente de uma unidade básica tradicional. (E1)

O que a gente mais enfrenta de dificuldade, assim, no serviço, é conseguir ter tempo e recursos humanos suficientes para fazer atividades de promoção. Você acaba sendo afetado pela demanda, não tem como tirar uma pessoa do

atendimento para ir fazer atividades de promoção na comunidade, na escola. (E5)

Os entrevistados reconheceram que as ações voltadas às crianças têm possibilitado a Vigilância em Saúde com foco no acompanhamento constante do crescimento e desenvolvimento infantil por diferentes profissionais de saúde. No entanto, esse acompanhamento nem sempre está assegurado com trabalho em equipe e organizado para abranger as ações de promoção da saúde na comunidade. Os relatos deixam transparecer, ainda, que no dia a dia, tem sido realizado o pronto-atendimento às demandas dos usuários, por vezes, em detrimento do atendimento agendado.

Para a viabilização das ações de VSC com vistas à integralidade da atenção, os enfermeiros também ressaltaram a importância da parceria com outros níveis de atenção à saúde e equipamentos sociais, como creches e escolas. Contudo, apontaram dificuldades pela falta de planejamento, organização e avaliação no que se refere à proposição e à implementação das atividades intersetoriais.

No acompanhamento integral da criança, a vigilância começa desde o nascimento, na maternidade. (E1)

A gente tem muita parceria, com a creche, com a escola, com a assistência social, líderes do bairro. (E2)

Eu acho que a maior dificuldade é você sentar, parar, fazer planejamento [das atividades], porque a rotina ela é muito pesada para o enfermeiro da unidade de saúde da família. Mas, acho que em alguns momentos, a gente para e pensa. Mas, se a gente for pensar mesmo... Acho que todo dia a gente acaba desenvolvendo uma ação, porém, sem perceber ... Eu acho que não é muito estruturado, planejado. Eu acho que a dificuldade é a falta desse planejamento, avaliação e organização. (E6)

DISCUSSÃO

As concepções apreendidas neste estudo sobre VSC mostraram-se ampliadas e em consonância com as premissas governamentais atribuídas a esse modelo^(4,8), bem como às principais marcas apontadas pela literatura científica correlata⁽⁵⁻⁷⁾. Aparecem permeadas pelos paradigmas da saúde pública, com aproximação ao da clínica. Assim, os enfermeiros identificaram a VSC com o monitoramento por meio do acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento de ações programadas de cunho educativo e assistencial; desenvolvidas por equipe multiprofissional, com possibilidade de identificação precoce de problemas, de acordo com riscos individuais, familiares e o contexto socioeconômico e cultural, e de proposição de ações de promoção, preventivas e curativas, em diferentes níveis de atenção à saúde e setores da sociedade.

Oficialmente, postula-se que as ações de Vigilância em Saúde devem incluir a promoção da saúde, realizadas no cotidiano das equipes de saúde da família, com atribuições e responsabilidades definidas em território único de atuação, integrando os processos de trabalho, planejamento, monitoramento e

avaliação dessas ações⁽⁵⁾. Concordante com isto, como referido pelos enfermeiros, um dos princípios em que a Vigilância em Saúde se baseia é a territorialização, com o levantamento de problemas, conhecimento do território, dos grupos sociais que o compõem, do contexto socioeconômico e cultural, compreendendo e conhecendo o ambiente⁽⁶⁾, no caso, aquele em que a criança está inserida.

Cabe ressaltar, contudo, a pouca valorização da participação ativa dos usuários no processo, que merece ser constantemente revisada para que avanços sejam alcançados no compartilhamento de ações e responsabilidades pelo cuidado, fundamentais para o avanço do modelo⁽⁴⁾. Além disso, embora concebida como consequência da implementação do modelo de VSC, a reorganização do processo de trabalho das equipes de saúde, visando à resolução dos problemas, não foi claramente explicitada⁽⁵⁾. O modelo da Vigilância em Saúde traz em seu ideário a proposta de reestruturação da atenção ao processo saúde-doença, em que os problemas de saúde são analisados de forma que os diferentes segmentos os enfrentem de maneira integradora, olhando a criança, a família e a comunidade como sujeitos desse processo⁽⁴⁾.

Outro ponto que merece destaque é que entre as concepções dos enfermeiros emergiram algumas limitadas aos aspectos conceituais da Vigilância Epidemiológica tradicional, que toma as doenças transmissíveis como objeto⁽⁵⁾. Muito embora a abordagem epidemiológica tenha sido adotada historicamente nos programas brasileiros de saúde infantil⁽¹⁴⁾, reconhece-se que esse referencial limita as possibilidades da Vigilância em Saúde na identificação da doença e seu controle⁽⁵⁾, distanciando-se da perspectiva do cuidado integral em saúde da criança.

Tais aspectos sugerem que o motivo de alguns enfermeiros relacionarem as suas concepções sobre VSC às da Vigilância Epidemiológica pode estar ligado à formação desses profissionais, o pouco tempo de experiência na ESF e a poucas oportunidades de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Estudos^(11,15) têm apontado que profissionais que atuam na ABS apresentam deficiência de conhecimentos sobre a VSC, de modo geral e, especialmente, no que refere ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis, tornando-se cada vez mais necessária a capacitação dos profissionais para essa prática. Cabe destacar a importância do desencadeamento de processos de EPS nas USF, voltados à temática da Vigilância à Saúde.

As experiências práticas dos enfermeiros quanto à VSC no cotidiano das USF relacionaram-se predominantemente aos atendimentos individuais agendados, o que, em certa medida, tem permitido a identificação e prevenção de agravos, monitoramento e promoção da saúde. Coerentemente com as experiências relatadas, espera-se que nas USF a VSC realizada pelas equipes de saúde enfoque o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, que deve ser iniciado no período pré-natal, com continuidade após o nascimento da criança. Deve ainda ser articulado aos demais níveis de saúde e equipamentos sociais, por meio de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança⁽⁴⁾.

Na linha de cuidado do acompanhamento do crescimento

e desenvolvimento, a equipe de saúde da família deverá: incentivar as famílias para a rotina de acompanhamento; conhecer a população infantil da área de abrangência da unidade de saúde para realizar ações de acordo com as suas necessidades de saúde; realizar busca ativa das crianças faltosas; manter a prática de escuta das crianças e famílias, avaliar os sinais de risco e o cartão da criança, orientando a família sobre a importância da sua utilização^(4,16).

Para a prática profissional dos enfermeiros, em consonância com a implantação da ESF, tem-se recomendado a adoção de aspectos diferentes dos característicos do modelo tradicional de atenção à saúde, centralizado nas ações curativas⁽⁹⁾. Desse modo, a partir do momento em que o enfermeiro se insere no campo da ESF, faz-se necessária a incorporação de conceitos específicos para a melhoria do seu processo de trabalho, qualificando as ações e organizando o trabalho em equipe, com a utilização de ferramentas tecnológicas de modo a conciliá-lo com os saberes específicos⁽¹⁷⁾, como os relacionados à Vigilância em Saúde.

Ao mesmo tempo, a adoção do modelo assistencial da ESF ampliou as possibilidades para o enfermeiro realizar o atendimento clínico com maior frequência⁽¹⁸⁾, dividindo com o profissional médico as ações de puericultura. Essas ações são fundamentais para possibilitar a integralidade e a longitudinalidade da atenção à saúde da criança. Entre elas encontram-se: atendimentos e consultas aos grupos prioritários, reuniões comunitárias, realização de grupos educativos, visitas domiciliares e outras. Devem ser realizados cuidados básicos à saúde da criança e acompanhamento do desenvolvimento e crescimento infantil, inclusive, favorecendo o vínculo entre a família e a unidade de saúde^(4,16), tal como apontado pelos entrevistados.

Assim, os enfermeiros reconhecem que em seu processo de trabalho, eles têm conseguido implementar algumas premissas da VSC, ao realizarem atendimento programados, em consultas individuais e trabalho de grupos educativos, por vezes dando prioridade ao atendimento às crianças consideradas de risco ou mais vulneráveis.

Ao lado de vários aspectos positivos relatados pelos enfermeiros em relação às contribuições para a VSC na ESF, foram apontados outros que vêm dificultando o desenvolvimento das ações.

No bojo da reorganização do modelo assistencial adotado pela ESF, entre as dificuldades mencionadas, destacaram-se: as que se referem à priorização política dada ao pronto-atendimento e às queixas apresentadas pelos usuários no dia a dia, que ocupam sobremaneira os enfermeiros para o atendimento a essas demandas, o acúmulo de atividades assistenciais e administrativas somadas à falta de profissionais para compor as equipes. Como consequência, uma das ações fundamentais para o desenvolvimento da VSC não está acontecendo: o estabelecimento de momentos e espaços para reflexão e avaliação do processo saúde-doença das crianças atendidas pelas USF, com concomitante planejamento e proposição de ações para qualificar a atenção prestada, nos âmbitos individual, familiar e coletivo.

Outro desafio apontado a ser superado, foi o distanciamento dos pais do acompanhamento da saúde das crianças,

identificado quando ocorre a falta das crianças e de seus responsáveis às atividades programadas. Como proposta para aproximação das famílias de crianças às unidades de saúde, os entrevistados apontaram a realização de atividades educativas que valorizam a importância da parceria ativa entre pais e profissionais podendo ser realizadas individualmente ou em grupos, tanto nas unidades de saúde quanto fora delas.

Os entrevistados confirmaram que o trabalho compartilhado favorece a VSC, levando ao incremento das ações e à ampliação do cuidado. Entretanto, segundo os entrevistados, isto não vem ocorrendo de forma consistente, sendo necessária a adoção de instrumentos e processos de avaliação, planejamento e organização do atendimento, tanto interna quanto externamente às USF, em busca da integralidade da atenção à saúde infantil.

Um estudo reflexivo⁽¹⁹⁾ sobre os conceitos de êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática, e a importância da articulação deles para ampliar a compreensão do cuidado de enfermagem à criança destacou a propriedade de olhar para o cotidiano de modo prático e não somente técnico, de forma a lidar com o caráter processual da assistência à saúde, que não se dá de modo natural, é complexa e deve ser sistematicamente reconstruída.

O presente estudo refere-se à perspectiva de enfermeiros sobre VSC e sua aplicação prática no contexto da ESF de uma realidade local e específica. Acredita-se, porém, que seus resultados podem trazer subsídios importantes para reflexões e medidas futuras nesta e em outras realidades que busquem viabilizar a atenção integral e resolutive à saúde infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros conceberam a VSC de modo ampliado e coerente com as premissas oficiais e da literatura científica atual. Destacou-se o acompanhamento ativo, integral, programado ao longo do processo de crescimento e desenvolvimento, identificando problemas apresentados pelas crianças ou aos quais possam estar expostas no contexto em que vivem, por meio de ações multiprofissionais, intersetoriais, dependentes

da participação familiar. Entretanto, houve referências limitadas ao conceito de Vigilância Epidemiológica, bem como não foi explicitada a potencialidade das contribuições da Vigilância em Saúde para a reorganização das práticas voltadas à população infantil. No desenvolvimento desse modelo na prática, foram identificadas dificuldades, com destaque para a falta de participação ativa dos usuários nas ações propostas pelas USF, a indisponibilidade de tempo para aprofundar as discussões sobre questões de VSC nas USF e a desarticulação entre os níveis e setores envolvidos com ações relacionados à infância no município.

Considera-se, assim, que na composição com o trabalho dos demais membros das equipes de saúde, a prática dos enfermeiros junto às crianças e suas famílias no contexto das USF, em determinados momentos e situações, mostrou-se balizada pelo modelo da Vigilância em Saúde, com vistas à atenção integral à saúde infantil. Ao mesmo tempo, foram revelados aspectos que não favorecem a adoção das premissas desse modelo, em última instância ligados à falta de proposição e sustentação de política municipal para a conformação de espaços para reflexão, discussão e definição das formas de intervenção (setorial e intersetorial), com caráter participativo e integrador entre usuários, quando apropriado, e profissionais da assistência e gestão, por sua vez, devidamente preparados para esse fim.

A qualidade da assistência implica notoriamente a continuidade do cuidado e a Vigilância em Saúde pode fornecer relevantes informações de saúde, para a busca de uma abordagem ampliada para o cuidado integral nas demandas identificadas pelos enfermeiros. É relevante valorizar a comunicação entre profissionais e serviços, e construir perspectivas de trabalho que evitem lacunas assistenciais e ampliem a integralidade e intersetorialidade das ações em rede.

AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo auxílio financeiro a este estudo.

REFERÊNCIAS

1. United Nations Children's Fund (US). The State of the World's Children 2012: children in an Urban World [Internet]. New York (US): UNICEF; 2012 [cited 2014 Nov 05]. Available from: http://www.unicef.org/sowc2012/pdfs/SOWC-2012-Main-Report_EN_21Dec2011.pdf
2. Barros FC, Victora CG, Scherpbier R, Gwatkin D. Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 05];44(1):1-16. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/01.pdf>
3. Victora CG, Aquino EML, Leal MC; Monteiro CA, Barros FC, Szwarwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 05]; 377(9780):1863-76. Available from: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60138-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60138-4.pdf)
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução de mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
5. Silva GAP, Vieira da Silva LM. Health surveillance: proposal for a tool to evaluate technological arrangements in local health systems. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 05];24(11):2463-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/02.pdf>
6. Faria LS, Bertolozzi MR. The surveillance in health basic: perspectives to reach the surveillance in health.

- Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 05];44(3):789-95. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_34.pdf
7. Arreaza ALV, Moraes JC. [Health surveillance: foundations, interfaces and tendencies]. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2010 [cited 2014 Nov 05];15(4):2215-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a36v15n4.pdf> Portuguese.
 8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes Nacionais da Vigilância em saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
 9. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
 10. Silva VG, Motta MCS, Zeitoune RCG. [The nurse's practice in the family health strategy: the city council of Vitória/ES case]. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2010 [cited 2012 Jan 13];12(3):441-8. Available from: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a04.htm Portuguese.
 11. Reichert APS, Almeida AB, Souza LC, Silva MEA, Collet N. [Surveillance to infant growth: knowledge and practice of nurse's primary health care]. *Rev RENE* [Internet]. 2012 [updated 2015 Mar 30; cited 2012 Jan 13];13(1):114-26. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/23/19> Portuguese.
 12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
 13. [Seade.gov.br](http://seade.gov.br) [Internet]. São Paulo: Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional; [sem data] [cited 2015 Mar 11]. Available from: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>
 14. Figueiredo GLA, Mello DF. Child health care in Brazil: aspects of program vulnerability and human rights. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2012 Jan 13];15(6):1171-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/17.pdf>
 15. Reichert APS, Vasconcelos MGL, Eickmann SH, Lima MC. Assessment of the implementation of an educational intervention on child developmental surveillance with nurses. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2012 Jan 13];46(5):1049-56. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/en_03.pdf
 16. Mello DF, Furtado MCC, Fonseca LMM, Pina JC. [Child health follow-up and the longitudinality of caring]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2012 Jan 13];65(4):675-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a18v65n4.pdf> Portuguese.
 17. Costa RKS, Miranda FAN. [The nurse and family health strategy: contribution for assistencial model change]. *Rev RENE* [Internet]. 2008 [cited 2012 Jan 13];9(2):120-8. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/570/pdf> Portuguese.
 18. Matumoto S, Fortuna CMF, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2011 [cited 2012 Jan 13];19(1):123-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/17.pdf>
 19. Mello DF, Lima RAG. Technical attainment, practical success and practical knowledge: hermeneutical bases for child nursing care. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [cited 2012 Jan 13];17(4):580-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/22.pdf>