

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANDRIA MACHADO DA SILVA

**COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA PARA A ATENÇÃO À CRIANÇA NA REDE
BÁSICA DE SAÚDE**

Porto Alegre

2012

ANDRIA MACHADO DA SILVA

**COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA PARA A ATENÇÃO À CRIANÇA NA REDE
BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como um dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Políticas, avaliação e atenção em saúde e enfermagem

Orientadora: Prof^a Dr^a Regina Rigatto Witt

Porto Alegre

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Machado da Silva, Andria

Competências da enfermeira para atenção à criança na rede básica de saúde / Andria Machado da Silva. -- 2012.

126 f.

Orientadora: Regina Rigatto Witt.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2012.

1. Atenção primária à saúde. 2. Enfermagem. 3. Criança. I. Rigatto Witt, Regina, orient. II. Título.

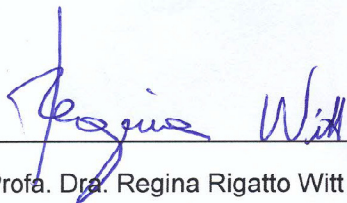
ANDRIA MACHADO DA SILVA

Competências da enfermeira para a atenção à criança na rede básica de saúde.

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 27 de abril de 2012.

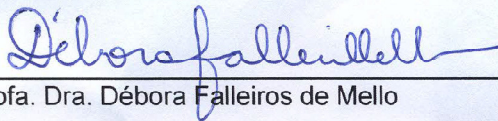
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt

Presidente da Banca – Orientadora

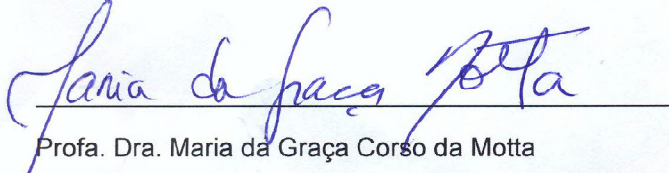
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Membro da banca

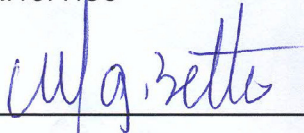
USP/RP



Profa. Dra. Maria da Graça Corso da Motta

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Mariur Gomes Beghetto

Membro da banca

PPGENF/UFRGS

Dedico esta dissertação aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional, pelo constante apoio nas escolhas de minha vida, por sempre acreditarem no meu potencial e por me ensinarem a nunca desistir dos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha mãe, grande batalhadora, exemplo pessoal de dedicação, minha fonte de inspiração, obrigada por existir na minha vida e estar sempre ao meu lado.

Ao meu pai, pela força que sempre me colocou de pé, pela paciência comigo, por sempre apostar em mim comemorando meu crescimento pessoal e profissional, obrigada por estar sempre junto comigo.

À minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Regina Rigatto Witt, exemplo de profissionalismo, grande precursora de minha inserção acadêmica desde a graduação. Obrigada por compartilhar de seus sonhos junto aos meus, pela confiança no meu trabalho, pelo seu incentivo, por sua competência, disponibilidade, atenção e paciência, que foram indispensáveis nesta trajetória para a realização do mestrado.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Débora Falleiros de Mello, Maria da Graça Corso da Motta e Mariur Gomes Beghetto, que compuseram a banca examinadora, pelas valiosas contribuições para a construção e qualificação deste estudo.

Aos professores e colegas que participam do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e Comunidade (NEESFAC), pelos debates acerca da construção do conhecimento científico, pelo incentivo e amizade, em especial à Prof^a. Dr^a. Lisiane Manganelli Paskulin, exemplo de determinação profissional, por ensinar a importância e o papel da pesquisa na enfermagem, por estar sempre disposta a auxiliar-me nesta trajetória.

À bolsista de iniciação científica Mariana Timmers, pelo apoio e ajuda necessários durante todos os momentos que o seu auxílio se fizesse necessário.

Às amigas colegas de mestrado Andreivna, Carla Daiane, Daiany e Daiane, cada uma com seu brilho especial, que em meio às horas de estudo compartilhamos alegrias e expectativas, além de inúmeros momentos de descontração e muitas risadas. Obrigada pela amizade e cumplicidade essenciais e pela oportunidade de ter como amigas pessoas maravilhosas como vocês.

Às minhas amigas Simone, Fernanda e Muriel, por compreenderem meus momentos de ausência e pelo ombro amigo de tantas horas.

Ao meu companheiro Rafael, pelo amor e alegria da minha vida, parceria de todas as horas, pelo seu constante incentivo, essencial nesta caminhada.

Aos meus familiares, que sempre de alguma forma, mesmo que às vezes à distância, me deram suporte e torceram por mim.

Às enfermeiras que participaram do estudo, que lutam pela atenção à criança na rede básica de saúde, pela receptividade e interesse que tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) e seus professores, fazendo menção especial às Prof^{as}. Dr^{as} Clarice Maria Dall’Agnol, Maria da Graça Corso da Motta e a secretária Tatiane dos Santos, pela disponibilidade e atenção dispensada sempre que se fizesse necessária.

À Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), pelo financiamento de minha visita à Universidade de Alberta no Canadá.

À UFRGS que possibilita que vidas sejam transformadas pelo ensino público de excelência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro com a bolsa de estudos que possibilitou a realização do mestrado.

Em minha casa tenho reunido brinquedos pequenos e grandes, sem os quais não poderia viver. A criança que não brinca não é criança, mas o homem que não brinca perdeu para sempre a criança que vivia nele e que lhe fará muita falta. Tenho edificado minha casa também como um brinquedo e brinco nela de manhã à noite.

(Pablo Neruda, 1974)

RESUMO

A infância é um período dinâmico do desenvolvimento humano que envolve diversas mudanças nos aspectos biopsicossociais, o que exige um olhar atento dos profissionais de saúde. Para as enfermeiras que atuam nos serviços de atenção básica, torna-se necessário uma pluralidade de competências, ou seja, atitudes, habilidades, conhecimentos e saberes, para atuar na atenção à saúde da criança. Identificar e analisar quais são as competências das enfermeiras necessárias para atenção à criança na rede básica de saúde. Estudo exploratório, descritivo, qualitativo – quantitativo, desenvolvido com a Técnica Delphi. A pesquisa foi realizada com 24 enfermeiras da rede básica de uma região do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os dados foram coletados com a aplicação de dois questionários distintos. No primeiro questionário, foi solicitado às enfermeiras que listassem três competências necessárias para as enfermeiras no atendimento à criança na rede básica de saúde. As respostas foram compiladas e analisadas por meio da análise de conteúdo do tipo temática, dando origem a quarenta competências, que compuseram o segundo questionário. Este foi repassado ao grupo de enfermeiras para que expressassem sua concordância com uma Escala de Likert com opções de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito) que foi atribuída a cada competência. Este questionário foi analisado quantitativamente, com estatística descritiva por meio de frequência absoluta e percentual, média, mediana, desvio padrão e variância. O critério de consenso para inclusão das competências nos resultados finais foi de que cada competência obtivesse média igual ou maior que 4 e desvio padrão menor ou igual a 1. Das 40 competências resultantes da análise qualitativa, 39 alcançaram consenso, sendo classificadas em seis domínios: valores profissionais, gerenciamento, comunicação e relacionamento com a criança e a família, conhecimento sobre a saúde da criança e a comunidade, articulação com a equipe de saúde e outros serviços de atenção à criança e cuidado integral à criança. A maioria das competências evidenciadas pelo estudo mostra a importância da inclusão da família no cuidado à criança, estando também de acordo com as políticas e programas de atenção à saúde da criança e com a literatura científica. Os achados deste estudo poderão fornecer subsídios para o trabalho dos enfermeiros na assistência à criança nesse nível de atenção à saúde, além de servir para a formação de novos enfermeiros.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Enfermagem. Criança.

RESUMEN

La infancia es un período dinámico del desarrollo humano que involucra varios cambios en los aspectos biopsicosociales, que requiere ojos atentos de los profesionales de la salud. Para las enfermeras de los servicios de atención primaria es necesario una pluralidad de competencias, como actitudes, habilidades y conocimientos para trabajar con el cuidado de la salud del niño. Identificar y analizar cuáles son las capacidades necesarias de las enfermeras para atender al niño en la red primaria de salud. Estudio exploratorio, descriptivo y cualitativo - cuantitativo, desarrollado con la técnica Delphi. La búsqueda fue realizada con 24 enfermeras de atención primaria de salud del distrito de la ciudad de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Se recogieron datos con la aplicación de dos cuestionarios separados. En el primer cuestionario, se pidió a las enfermeras una lista de tres habilidades necesarias para el cuidado de niños en la red de atención primaria. Las respuestas fueron compiladas y analizadas por medio de análisis de contenido temático, dando lugar a cuarenta competencias, que comprenden el segundo cuestionario. Esto pasó al grupo de enfermeras para expresar su acuerdo con una Escala de Likert con opciones de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo) que se asignó a cada competencia. Esta encuesta fue analizada cuantitativamente con estadística descriptiva mediante frecuencia absoluta y porcentaje, media, mediana, desviación estándar y varianza. Los criterios de consenso para la inclusión de las habilidades en los resultados finales fué de que cada competencia se ha obtenido media igual o mayor a 4 y una desviación estándar menor o igual a 1. De las 40 competencias resultantes del análisis cualitativo, 39 años llegó a un consenso, clasificandose en seis áreas: valores profesionales, gestión, comunicación y relación con el niño y la familia, conocimiento de la salud infantil y de la comunidad, enlace con el equipo de salud y otros servicios de cuidado infantil y atención integral a los niños. La mayoría de las habilidades mostradas por el estudio muestra la importancia de incluir a la familia en el cuidado de niños, se ajusta con las políticas y programas de cuidado a la salud de los niños y com la literatura científica. Los resultados de este estudio podrán proporcionar información para el trabajo de los enfermeros en el cuidado de los niños en este nivel de atención a la salud, como también para formación de nuevos enfermeros.

Palabras clave: Atención primaria de salud. Enfermería. Niño.

ABSTRACT

Childhood is a dynamic time of human development which concerns many changes in the biopsychosocial aspects, and requires a careful attention of the health professionals. It is required, in the primary health care services, which nurses have a plurality of attitudes, skills and knowledge to perform in children's health care. Identify and analyze what are the required competences to nurses in the children's primary health care. An exploratory, descriptive, qualitative – quantitative study was developed using the Delphi method. The research was conducted with 24 nurses of the primary health care services of a Health District in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The data was collected using two different questionnaires. In the first questionnaire, it was asked to the nurses to list three required competences to nurses who work in the children's health care services. The answers were compiled and analyzed using a thematic content analysis, and they resulted in forty competences that formed the second questionnaire. This second questionnaire was given to the group of nurses to express their agreement with each one of the competences using the Likert scale with levels from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree). This questionnaire was analyzed quantitatively with descriptive statistics using absolute and percentage frequencies, average, standard deviation and variance. The criteria of consensus to include the competences in the final results was that each one of them should obtain an average equal or higher than 4 and the standard deviation should be less or equal to 1. Among the 40 resulting competences of the qualitative analysis, 39 reached consensus and were classified in six domains: professional value, management, communication and relationship with child and family, knowledge in children's health and community, cooperation between the health staff and other children's health and integral care. Most of the competences evidenced in this study shows the importance of including family in child care, agree with the policies and programs of children's health care and with scientific literature. The findings of this research can provide a basis for the work of nurses in the assistance to children in this level of health care, besides its relevance in the training of new nurses.

Keywords: *Primary health care. Nursing. Child.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Fluxograma de execução da Técnica Delphi | 49 |
|--|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Taxas de retorno e tempo de resposta dos questionários. Porto Alegre, RS, 2012 | 48 |
| Tabela 2 - Características das enfermeiras que participaram do estudo. Porto Alegre, RS, 2012 | 53 |
| Tabela 3 - Formação em pós-graduação referida pelas enfermeiras. Porto Alegre, RS, 2012 | 55 |
| Tabela 4 - Competências para atenção à criança na rede básica de saúde classificadas por domínio, frequência absoluta e percentual, média e desvio padrão | 56 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde
AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
ANMC – Conselho de Enfermeiras e Parteiras Australianas
ANRAC – Conferência Australiana de Autoridades para o Registro de Enfermeiras
APS – Atenção Primária à Saúde
CIE – Conselho Internacional de Enfermagem
CLT – Consolidação das Leis do Trabalho
CS – Centro de Saúde
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DNCr – Departamento Nacional da Criança
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ICCN – Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC – Ministério da Educação
MES – Ministério da Educação e Saúde
MS – Ministério da Saúde
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PA – Pronto Atendimento
PACS – Programa de Agentes Comunitários
PAISC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISMC – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PBF – Programa Bolsa Família
PIM – Programa Primeira Infância Melhor
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNI – Programa Nacional de Imunizações
PPC – Programa Pré-Crescer
PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PSF – Programa de Saúde da Família

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TR – Taxa de Retorno

UBS – Unidades Básicas de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UNICEF – Fundo das Nações Unidas em favor da Infância

USF – Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| 1 INTRODUÇÃO | 17 |
| 2 OBJETIVO | 24 |
| 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 25 |
| 3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica à Saúde (ABS) | 25 |
| 3.2 Atenção à Saúde da Criança no Brasil | 29 |
| 3.3 O Modelo de Competências | 36 |
| 4 MÉTODO | 44 |
| 4.1 Tipo de Estudo | 44 |
| 4.2 Campo de Estudo | 45 |
| 4.3 População e Participantes | 46 |
| 4.4 Coleta de Dados | 47 |
| 4.5 Análise dos Dados | 50 |
| 4.6 Aspectos Éticos | 52 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 53 |
| 5.1 Caracterização da Amostra | 53 |
| 5.2 Competências da Enfermeira para a Atenção à Criança na Rede Básica de Saúde | 55 |
| 5.2.1 Competências do Domínio Valores profissionais | 60 |
| 5.2.2 Competências do Domínio Gerenciamento | 62 |
| 5.2.3 Competências do Domínio Comunicação e Relacionamento com a Criança e a Família | 67 |
| 5.2.4 Competências do Domínio Conhecimento sobre a Saúde da Criança e a Comunidade | 76 |
| 5.2.5 Competências do Domínio Articulação com a Equipe de Saúde e Outros Serviços de Atenção à Criança | 84 |
| 5.2.6 Competências do Domínio Cuidado Integral à Criança | 87 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 100 |
| REFERÊNCIAS | 103 |
| APÊNDICE A – Primeiro Questionário | 116 |
| APÊNDICE B – Ficha de Identificação | 118 |
| APÊNDICE C – Segundo Questionário | 119 |

| | |
|---|------------|
| APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 123 |
| ANEXO A – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS | 124 |
| ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre | 125 |

1 INTRODUÇÃO

A infância se constitui em um período em que as mudanças decorrentes do desenvolvimento humano são mais intensas e visíveis. É nessa fase que ocorrem as mais variadas transformações, envolvendo os aspectos físico, mental e emocional. Nesse período também ocorre o processo de interação da criança com o meio ambiente, a sociedade e a família^a. Sabe-se que a infância exerce grande influência na vida adulta, tanto em relação ao crescimento e desenvolvimento alcançado pelo indivíduo quanto às experiências que são vivenciadas nesse período. Tratando-se de um período tão dinâmico da vida, é indispensável que haja uma atenção especial a esta fase do desenvolvimento, o que exige uma atenção mais de perto por parte dos profissionais de saúde.

Como a criança não apresenta capacidade plena para realizar o autocuidado, o profissional deve levar em consideração que o cuidado seja centrado na família⁽²⁾, pois ela é a principal responsável tanto pelas primeiras experiências da criança quanto pela sua saúde. Na assistência a ser prestada, também é preciso ter em vista o contexto de vida da família, o ambiente que a cerca, com adequação à sua realidade, necessidades e limitações⁽³⁾. Diante destas peculiaridades e considerando que dos 190 milhões de brasileiros, 30% (60 milhões) têm menos de 18 anos de idade, equivalendo a quase um terço de toda a população de crianças e adolescentes da América Latina e do Caribe⁽⁴⁾, torna-se imperativo que as crianças sejam alvo de atenção do sistema de saúde das políticas públicas de saúde e da legislação brasileira.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988⁽⁵⁾, regulamentado pelas Leis N° 8.080⁽⁶⁾ e N° 8.142⁽⁷⁾, traz a saúde como direito de todo cidadão e um dever do Estado, com extensão de cobertura a todos sem distinção de credo, etnia ou situação econômica. Em relação à saúde da criança, a Lei Federal de Proteção à Infância N° 8.060/90⁽⁸⁾ abrange as atribuições do SUS, destacando a garantia das condições para o atendimento da criança em todos os níveis de saúde.

Os serviços oferecidos pelo SUS seguem uma organização descentralizada e hierarquizada, articulados em níveis de complexidade crescente com a finalidade de garantir integralidade da assistência à saúde, compondo a rede de atenção à saúde⁽⁹⁾. Esses níveis são

^a Compartilhamos do entendimento que a família não precisa ser necessariamente composta por indivíduos unidos por laços de sangue, pois família é aquela que a pessoa diz que é⁽¹⁾, assim quando nos referimos à família ao longo do texto, nos dirigimos à pessoa responsável pela criança.

divididos em atenção primária (rede básica), secundária (rede ambulatorial especializada) e terciária (rede hospitalar)⁽⁶⁾.

A atenção primária à saúde (APS) se constitui no primeiro nível de atenção de um sistema de saúde, devendo fornecer atenção à pessoa no decorrer do tempo (não exclusivamente à sua enfermidade), provendo atendimento a todas as condições de saúde (exceto aquelas muito raras) e coordenando os atendimentos que forem necessários à saúde de cada indivíduo. Além da abordagem clínica, a APS também aborda os problemas mais comuns de uma comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, para maximizar a saúde e o bem-estar das pessoas⁽¹⁰⁾.

No Brasil, o conjunto de serviços que oferecem os cuidados de saúde na perspectiva da APS recebe o nome de Atenção Básica em Saúde (ABS), sendo que as unidades que integram a rede básica de saúde incluem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ABS atua na perspectiva da promoção e proteção da saúde e da prevenção de agravos por meio da atuação dos profissionais de saúde junto à comunidade⁽¹¹⁾. Essa atuação do profissional de saúde junto ao contexto de vida das pessoas possibilita a compreensão do processo de saúde e doença a partir da determinação social, que considera que a doença não se relaciona apenas aos aspectos biológicos, sendo influenciada em grande parte pelo meio onde as pessoas vivem⁽¹²⁾. Além disso, a execução da assistência à saúde nesse nível de atenção torna-se importante na medida em que significa produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas⁽¹³⁾.

Estudos relatam que os serviços de ABS têm sido bastante utilizados para o atendimento à criança^(14,15). Nesse contexto, a assistência à saúde infantil envolve múltiplas ações que visam à promoção da saúde infantil, monitoramento do crescimento e desenvolvimento e prevenção das doenças que atingem essa população.

Mesmo assim, a diarreia, as infecções respiratórias agudas, a anemia, a desnutrição e as doenças imunopreveníveis ainda constituem as principais causas de morte no Brasil entre as crianças menores de cinco anos⁽³⁾. Tais afecções têm se mostrado suscetíveis às ações empreendidas pelos profissionais que atuam no atendimento à criança na Atenção Primária em Saúde (APS)⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

A atuação da enfermeira^b na atenção à criança nesse nível de assistência tem envolvido a vigilância da saúde infantil, a organização dos processos de trabalho, ações

^b Optamos por utilizar o substantivo no feminino, já que a profissão é exercida na sua maioria por mulheres.

voltadas para o fortalecimento das práticas familiares para a promoção da saúde da criança, na prevenção de agravos e na identificação precoce de sinais de gravidade⁽²⁰⁾.

Um estudo que investigou os motivos que levam as famílias das crianças a escolherem o serviço de saúde revelou que 61% dos entrevistados relataram utilizar aquele serviço em função de ser um local já pré-definido, 25% referiram escolher por causa da enfermeira e 12,5% disseram ser por causa do médico⁽²¹⁾. Os achados deste estudo permitem reforçar a importância do papel da enfermeira junto à família nas ações de atenção à criança na rede básica de saúde.

O presente estudo aborda a temática do trabalho das enfermeiras no cuidado infantil tendo como objeto de pesquisa as competências necessárias para a atenção à criança na ABS.

O interesse em pesquisar esse tema surgiu a partir das vivências da autora como acadêmica de enfermagem. Durante a trajetória acadêmica, desde a primeira experiência no cuidado à criança, que ocorreu no contexto hospitalar, foi possível perceber a afinidade e a identificação com essa área da assistência de enfermagem. Ao longo do curso de graduação, foi possível entrar em contato com diversas áreas de atuação da enfermagem, algumas por meio de estágio previstos no currículo, outras por meio de estágios voluntários ou atividades de extensão. Em uma dessas experiências foi despertado o interesse para a ABS, onde foi percebido o quanto era importante o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras, no sentido de prevenir aquelas situações de adoecimento que antes tinham sido presenciadas no âmbito hospitalar. Estando mais próxima do final do curso de graduação, a autora atuou como bolsista de iniciação científica, a partir da qual foram elaborados projetos de pesquisa sobre a temática das competências profissionais em ABS.

Dessa forma, foi realizada uma aproximação com o conceito de competência, a qual tem sido descrita na literatura como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural⁽²²⁾.

Compartilhando dessa definição, foram sendo relacionadas às experiências vivenciadas na ABS, e a partir disso visualizaram-se como as competências estavam ligadas à prática profissional da enfermeira, à medida que as competências não são aprendidas instantaneamente, mas construídas por meio de um processo que envolve a articulação do conhecimento científico aliado à prática cotidiana do trabalho.

O trabalho dos profissionais de saúde na ABS é orientado pelas políticas e programas de saúde, sendo que estes muitas vezes apresentam-se de uma forma verticalizada,

organizados sob a forma de protocolos. A organização do atendimento às pessoas na forma de protocolos não considera a reflexão dos profissionais diante de cada situação, pois estes reduzem a história das pessoas à sua queixa, sendo incapaz de explicar e interpretar realmente o problema, remetendo ao modelo biomédico de atenção à saúde. Nessa perspectiva, uma vez que o indivíduo é diagnosticado com determinada patologia, bastaria seguir corretamente as instruções de exames e medicamentos que, automaticamente, seria obtido um ótimo resultado. Além disso, os protocolos apresentam uma simplicidade e imutabilidade da realidade, pois as situações descritas nos mesmos são sempre iguais com indivíduos que se encaixam perfeitamente nas características de cada protocolo, o que não encontra respaldo na realidade da ABS, dada a singularidade de cada situação⁽²³⁾. O atendimento às pessoas nesse nível de atenção geralmente envolve múltiplos problemas de saúde e queixas que nem sempre podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos⁽¹⁰⁾, pois a saúde é influenciada/determinada/condicionada pelos mais variados aspectos do contexto de vida do indivíduo, fazendo-se necessário um olhar sobre a pessoa como um todo e não somente à sua queixa.

Contudo, não devemos negar a importância nem dos programas, que estabelecem as ações prioritárias para o trabalho dos profissionais de saúde, nem dos protocolos, que são elaborados a partir de evidências científicas, mas é importante destacar que no âmbito da ABS, muitas vezes o profissional depara-se com problemas complexos que abrangem outros aspectos que não são abordados nos protocolos. Portanto, para que os profissionais possam atuar diante dos problemas detectados na ABS, não basta apenas seguir o que está descrito nos protocolos dos programas de saúde, sendo necessária a mobilização de diferentes conhecimentos, atitudes e habilidades, formulação de competências para o atendimento das necessidades e resolução dos problemas que são trazidos pelas pessoas.

Enquanto acadêmica, no acompanhamento da rotina de trabalho das enfermeiras em um serviço de ABS, principalmente durante as atividades dedicadas à atenção à saúde das crianças, foi possível perceber que apenas cumprir as orientações expressas pelos protocolos não bastava para dar conta de todos os aspectos que envolvem a saúde da criança. As enfermeiras aplicavam outros conhecimentos, atitudes, habilidades que não estavam expressos em nenhum protocolo ou documento, ou seja, articulavam e desenvolviam competências para o atendimento das necessidades trazidas pelas famílias de cada criança.

A enfermagem é a profissão da área da saúde que tem um contato com os indivíduos por mais tempo, conseqüentemente mais se envolve com aqueles que dependem do seu cuidado. Assim, para atuar como profissionais enfermeiros são necessários mais que apenas o

conhecimento científico, é preciso uma gama de atributos para agir diante das mais variadas situações que este envolvimento possa acarretar. Na enfermagem, a resposta ao sofrimento humano indica algo para além do valor da eficácia de um saber sobre as doenças, pois apenas a aplicação de um saber sobre uma determinada condição de agravo estritamente no campo biológico não é suficiente apesar de importante⁽²⁴⁾.

A mobilização das competências é exigida de acordo com as características de cada situação encontrada no cotidiano de trabalho. Na ABS, a relação profissional usuário é mais intensa e evidente, pois ao contrário do contexto das instituições hospitalares, os profissionais não conseguem exercer grandes relações de poder sobre a individualidade de cada sujeito, ou seja, a submissão do sujeito é menor, já que a incorporação dos cuidados e atitudes depende do próprio sujeito, sem interferência direta do profissional e da unidade de saúde. Pode-se dizer então que o poder sobre os usuários e seus modos de vida na ABS é bem menor⁽²³⁾. Torna-se necessário então que cada profissional desenvolva uma estratégia relacional com o usuário, com foco nos resultados desejados, no curso do plano assistencial, o que leva à mobilização de esquemas de competências específicas voltados para determinado objetivo.

Segundo alguns autores⁽²⁵⁾, para resolução dos problemas na ABS não é necessário aparato tecnológico complexo, ou seja, alta densidade tecnológica. Contudo, nesse nível de atenção, o significado de complexidade adquire outra conotação, na medida em que a resolutividade é desenvolvida por meio de um conjunto de ações práticas que requerem, para sua implementação competências embasadas na singularidade de cada indivíduo inserido em seu contexto sociocultural.

A construção de referenciais sobre as competências dos profissionais de saúde faz parte de um conjunto de iniciativas que busca dar resposta às necessidades dos serviços para a resolução de problemas de saúde, considerando as transformações estruturais que ocorreram no mundo do trabalho e que atingiram também o setor da saúde, devido ao processo de globalização econômica e às mudanças atuais nos paradigmas da saúde pública⁽²⁶⁾. Analisar/identificar/repertoriar as competências requeridas pelos empregos e as adquiridas pelos trabalhadores, faz com que elas se tornem visíveis ao máximo, para que sejam avaliadas no âmbito de trabalho, de acordo com as necessidades de cada contexto⁽²⁶⁾.

Os estudos de competências na enfermagem são válidos tanto para fornecer subsídios para o trabalho da enfermeira na assistência, quanto para auxiliar na formação de novas enfermeiras. Além disso, ao identificar as competências requeridas dos profissionais no seu processo de trabalho, é facilitado o processo de entendimento sobre a noção de competência, visto que quando ela é utilizada na prática, na educação e na regulação, pode ajudar a

esclarecer o papel da enfermagem e fornecer evidência do cuidado prestado⁽²⁷⁾. Perfis de competências podem ser usados pelas enfermeiras para promover reflexão sobre seu próprio trabalho, autoavaliação, além de servir como subsídio para educação de outras enfermeiras acerca de suas funções. Eles também podem ser usados para o desenvolvimento de currículos educacionais e são recursos úteis para que as instituições empregadoras e o público em geral possam entender sobre o que esperar de uma enfermeira⁽²⁸⁾.

Durante a revisão da literatura pertinente ao tema da saúde da criança na atenção básica no Brasil, foi verificado que os objetos de estudo mais recorrentes têm sido: estado nutricional infantil, doenças mais prevalentes na infância, vacinação, aleitamento materno e baixo peso ao nascer, seguimento de crianças de risco, avaliação dos programas de assistência materno-infantil, desempenho profissional na assistência primária à saúde da criança e aspectos sobre o modo de vida da mãe e a saúde dos filhos⁽²⁹⁾. Análise da produção científica em nível de pós-graduação *stricto sensu*, revelou que os temas mais abordados envolvem a prática da enfermagem na atenção à saúde da criança na rede básica; a atenção à saúde da criança na ESF; a enfermagem e a busca pela assistência integral à saúde da criança⁽³⁰⁾. Embora tenham sido encontrados estudos que tratassem sobre o tema da atenção de enfermagem à criança na rede básica, não foram encontradas pesquisas que relacionassem quais seriam as competências necessárias à enfermeira para a atuação neste nível do sistema de saúde.

Na literatura internacional foram encontrados documentos e estudos a respeito destas competências. Destes, um documento americano aborda as Competências para a Saúde Materno Infantil, desenvolvido para orientar a formulação dos currículos de graduação e educação continuada dos profissionais⁽³¹⁾. Um perfil de competências para enfermeiras especializadas em saúde da criança foi publicado por uma organização de enfermagem na Austrália⁽³²⁾. Nos Estados Unidos, também foi formulado um perfil de competências para enfermeiras da atenção primária envolvendo as áreas de pediatria, saúde da mulher, adulto e gerontologia⁽³³⁾.

Todos os outros estudos internacionais encontrados sobre competências na área da criança foram centrados no âmbito hospitalar, não sendo encontrados estudos que tratassem sobre as competências da enfermeira para o cuidado à criança no contexto da atenção primária. Estes versam sobre as competências das enfermeiras para o cuidado à criança no contexto hospitalar⁽³⁴⁾, competências da enfermeiras nos serviços de emergência^(35,36), competências da enfermagem durante o manejo da dor pediátrica⁽³⁷⁾ e competências para o cuidado de pacientes pediátricos oncológicos⁽³⁸⁾.

Após a visualização de tal problemática, procedeu-se à formulação da questão que orientou a realização desse estudo: **quais são as competências necessárias para que a enfermeira atue na atenção à criança na rede básica de saúde?**

2 OBJETIVO

Identificar e analisar quais são as competências da enfermeira necessárias para a atenção à criança na rede básica de saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir serão apresentados alguns temas de maior relevância e que fornecem sustentação teórica para a realização deste estudo em relação às competências da enfermeira para a atenção à criança na rede básica de saúde. Serão abordados os temas do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica à Saúde (ABS), Atenção à Saúde da Criança no Brasil e o Modelo de Competências.

3.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) e a Atenção Básica à Saúde (ABS)

No Brasil, a ABS se estruturou de forma extensa no território nacional a partir da criação do SUS. Até as décadas de 70 e 80, era predominante o modelo médico privatista de atenção à saúde que, impulsionado pelo processo de industrialização brasileira, oferecia assistência à saúde somente aos trabalhadores que contribuía com a previdência por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Esse modelo, além de ter um aspecto exclusivamente curativo, não atendia toda a população, fatores que contribuíram para a origem de um conjunto de movimentos políticos que impulsionaram mudanças no sistema de saúde a partir da década de 70, período marcado pela intensa mobilização social inserida em um momento político de transição da ditadura militar para a democracia. As reivindicações da sociedade, representadas pelos trabalhadores dos sindicatos, foram reforçadas pelo meio acadêmico, constituíram os fatores que acabaram por irromper na construção de ideários que impulsionaram as mudanças no sistema de saúde, e culminaram com o movimento da Reforma Sanitária⁽³⁹⁾.

A fase que se estende durante o período de 1974 a 1979 compreende um momento importante na construção teórico conceitual sobre a saúde, com pesquisas sociais e epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde, com a formulação de alternativas para a reforma⁽³⁹⁾.

Após a Conferência de Alma Ata (1978), a APS foi reconhecida como uma ação que deve compor os sistemas de saúde bem estruturados e comprometidos com a qualidade de vida dos cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo e a sua comunidade com vistas a cumprir a meta “Saúde para Todos”, proposta pela mesma conferência. De acordo com a Declaração de Alma Ata:

Atenção Primária é a atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles, a custos acessíveis. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde⁽⁴⁰⁾.

Esses princípios foram incorporados pela VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em março de 1986. Essa fase que se estende de 1980 a 1986, foi denominada político-ideológica, ocorre “a disseminação das propostas de reforma e aglutinação da coalizão sociopolítica de sustentação”, dando início efetivamente ao processo da reforma sanitária⁽³⁹⁾.

De 1987 a 1990, denominado período político-institucional, acontece a “consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial”, que apresenta como marcos três ocorrências: a criação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), a Constituição Federal (1988) e a promulgação das Leis Orgânicas de Saúde (8.080 e 8.142) em 1990⁽³⁹⁾. Parte do documento final da VIII Conferência foi transformada em lei com a promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988⁽⁵⁾ que se constituiu em um marco na história da saúde no Brasil, ao definir “saúde como direito de todos e dever do estado” instituiu a saúde como um direito social de todo cidadão e estabelecendo o papel do estado como provedor de um sistema de saúde que fosse abrangente a toda população brasileira.

Infraconstitucionalmente, em 1990 foram publicadas as Leis Orgânicas da Saúde, que deram amparo legislativo ao SUS. Em setembro, a Lei Nº 8.080⁽⁶⁾ regulamentou o SUS, estabelecendo as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Contudo, alguns artigos dessa lei sofreram vetos do então presidente Fernando Collor de Mello. Em dezembro a Lei Nº 8.142⁽⁷⁾, veio para complementar a Lei Nº 8.080, divulgando a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde entre outras providências. Assim, a fase de 1991 a 1998, foi denominada político-administrativa, com as definições específicas das atividades nas esferas governamentais, período em que se realizam a IX e X Conferência Nacional de Saúde (1992 e 1996) e finalmente na quinta fase 1999/2000, ocorre a complementação jurídico-legal, com caráter técnico-operacional, regulamentação legislativa e normativa do financiamento estável e do

público-privado, organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços⁽³⁹⁾.

A partir do SUS a APS adquiriu um importante significado, na medida em que esta deve proporcionar a continuidade dos cuidados à saúde, além da integralidade (no sentido de ir além do corpo biológico) e coordenação do cuidado de acordo com as necessidades de cada indivíduo⁽¹⁰⁾.

Um importante marco no desenvolvimento de ações na saúde na comunidade foi a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) em 1991 e o Programa Saúde da Família em 1994, como estratégias que tinham como objetivo resgatar o vínculo de corresponsabilidade entre os serviços e a população, favorecendo não só a cura e a prevenção de doenças, mas também a valorização do papel das pessoas, das famílias e da comunidade, para a melhoria das condições de saúde e de vida, na perspectiva da promoção da saúde⁽⁴¹⁾.

Com objetivo de revitalizar a ABS no Brasil, em 2006, a Portaria Nº 648 aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definindo a ABS como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social⁽¹¹⁾.

As discussões que originaram a formulação da PNAB foram fundamentadas nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização da gestão e controle social, de acordo com princípios do SUS assegurados pela legislação⁽¹¹⁾.

A ABS apresenta alguns fundamentos para o desenvolvimento do trabalho nesse nível de atenção à saúde:

I - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito, de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada e em consonância ao princípio de equidade;

II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas, articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho interdisciplinar e em equipe, além da coordenação do cuidado na rede de serviços;

III – Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes de saúde e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV – Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;

V – Avaliar e acompanhar sistematicamente os resultados alcançados como parte do processo de planejamento e programação;

VI – Estimular a participação popular e o controle social⁽¹¹⁾.

Na operacionalização do processo de trabalho na ABS cabe aos profissionais a definição de território de atuação da unidade de saúde, planejamento e implementação das atividades (priorizando os problemas de saúde mais frequentes), desenvolvimento de ações educativas, incentivo do controle social, atividades direcionadas aos grupos de risco e desenvolvimento de ações intersetoriais⁽¹¹⁾.

Por ser entendida como o contato preferencial da população com o sistema de saúde, a ABS representa a base para a resolução dos problemas mais prevalentes na população, servindo como ponto de partida para a estruturação de serviços locais de saúde⁽¹¹⁾ e de contrapartida para a referência para os diferentes níveis (primário e secundário e terciário) de atendimento à saúde que formam a rede de atenção à saúde, além de constituir-se em uma importante porta de entrada para o acesso às ações e serviços de saúde do SUS⁽⁹⁾. As portas de entrada são entendidas como os serviços de atendimento inicial à saúde dos usuários do SUS, sendo considerados também como portas de entrada os serviços de urgência e emergência, de atenção psicossocial e os serviços especiais de acesso aberto⁽⁹⁾.

A ESF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica⁽¹¹⁾. Enquanto o modelo tradicional de ABS é representado pela demanda espontânea de procura dos usuários pelos serviços de saúde, a organização ESF é pautada pela inserção dos profissionais de saúde no contexto de vida das famílias, buscando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

As equipes básicas de trabalho que atuam na ESF são formadas por um enfermeiro, um médico, dois técnicos de enfermagem e, em média, 4 a 6 agentes comunitários de saúde. As equipes de saúde na UBS são compostas por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar ou técnico de enfermagem⁽¹¹⁾. Essas equipes multiprofissionais devem ser capazes de planejar, organizar,

desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e de articular os diversos setores envolvidos na promoção da saúde.

A área da saúde da criança é considerada uma área estratégica no contexto nacional pelo Pacto pela Vida, que constitui o Pacto pela Saúde, lançado em 2006, junto com a Política Nacional de Atenção Básica. Este consiste em um conjunto de objetivos e metas pactuados entre as três esferas de gestão para a consolidação do SUS, que envolvem a redução da mortalidade infantil, a redução das doenças diarreicas e da pneumonia, a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças mais prevalentes e a criação de comitês municipais de vigilância de óbitos infantis⁽¹¹⁾.

3.2 Atenção à Saúde da Criança no Brasil

Dentre as fases do desenvolvimento humano, a infância é uma das dinâmicas, pois é repleta de mudanças que abarcam os aspectos biopsicossociais que caracterizam o desenvolvimento infantil. Cada ser humano, cada criança cresce e se desenvolve a partir de suas possibilidades e do meio em que está inserido. O crescimento e o desenvolvimento são resultantes deste processo de alterações que ocorrem na vida infantil.

O crescimento é definido como o aumento do número e tamanho das células na medida em que se dividem e sintetizam novas proteínas, resulta em um aumento de tamanho e peso em geral ou em uma região em particular. O desenvolvimento corresponde a uma mudança gradual e em expansão, evolução dos estágios inferiores para os estágios de maior complexidade, a emergência e expansão das capacidades individuais por meio do crescimento, amadurecimento e aprendizagem⁽⁴²⁾.

Nesse processo há uma inter-relação complexa e que pode ser influenciada por múltiplos aspectos, tanto intrínsecos (aqueles inscritos biologicamente), quanto extrínsecos (aqueles provenientes do ambiente), que podem contribuir na explicação do fato de uma criança crescer e não se desenvolver adequadamente, enquanto outra pode se desenvolver e não crescer da forma esperada para sua idade.

Em função disso, o atendimento à criança apresenta como eixo central o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Essa atividade garante a qualidade de vida da criança, permitindo evidenciar precocemente transtornos que afetem sua saúde, nutrição, capacidade mental e social. Possibilita a visão global da criança, inserida no contexto em que vive, permitindo a humanização do atendimento na medida em que a conhece mais e melhor, inclusive nas suas relações no ambiente familiar⁽⁴¹⁾.

A promoção da saúde infantil compreende todas as ações que favorecem a criança atingir seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Em relação às ações, destacam-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, contemplando a avaliação desse processo e a educação em saúde, a qual consiste em atuar junto aos pais e cuidadores infantis, bem como junto às próprias crianças, promovendo a aquisição de competência para atender às necessidades da criança, nas quais podem ser incluídas: comunicação, higiene, imunizações, cuidados dentários, sono, nutrição, afeto, segurança, lazer, sexualidade, disciplina e autoestima⁽⁴³⁾.

Na ABS, as UBS e as equipes da ESF são as responsáveis pelo monitoramento da saúde infantil. Nesse contexto, é necessário levar em consideração que a enfermeira desenvolve diversas ações referentes ao acompanhamento da saúde da criança. O acompanhamento domiciliar das famílias também auxilia e mantém a enfermeira a par da situação de saúde da comunidade, o que favorece a atuação desta diante não só das crianças, mas das famílias de uma maneira geral.

Além disso, também faz parte do trabalho das enfermeiras a atuação nos espaços comunitários que oferecem atendimento à criança na comunidade, como escolas, creches, abrigos, onde a enfermeira pode orientar os educadores e cuidadores no sentido de promover a saúde das crianças e alertar para a identificação de possíveis situações de risco.

As políticas e os programas de saúde dão amparo e orientam a assistência a ser desenvolvida pelas equipes de saúde. A política de saúde também pode ser entendida como:

[...] um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é frequentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a estes [...] como a maioria das políticas públicas, a políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis⁽⁴⁴⁾.

Nesse sentido, o governo brasileiro vem formulando políticas e programas de atenção e proteção à criança desde a década de 30, durante o governo de Getúlio Vargas. Durante esse período, as atividades relacionadas a esta área eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância⁽⁴⁵⁾.

Em 1940, essas atividades foram delegadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), criado pelo presidente Getúlio Vargas com a assinatura do Decreto-Lei Nº 2.024. O documento estabelecia as orientações para a implantação de serviços públicos e privados de proteção a esses grupos populacionais no estado e no município, e delegava ao DNCr as atribuições descritas no Decreto-Lei. Assim, o DNCr coordenou a assistência materno-infantil no Brasil até o ano de 1969, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de orientar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil⁽⁴⁵⁾.

Em 1953, o Ministério da Educação e Saúde foi dividido e então foi criado o Ministério da Saúde, que incorporou as funções do DNCr. Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil, cujo propósito era contribuir para a redução da morbidade e da mortalidade da mulher e da criança. O programa buscava concentrar recursos financeiros, preparar a infraestrutura de saúde, melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e às crianças menores de 5 anos. Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil⁽⁴⁵⁾.

Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). O objetivo era melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde. No ano seguinte, o PAISMC deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O PAISC deu enfoque aos aspectos mais frequentes e de maior peso na morbimortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade estabelecendo como ações básicas: o aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame, assistência e controle das infecções respiratórias, imunizações, controle da diarreia e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento⁽⁴⁶⁾.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal da República Federativa⁽⁵⁾ do Brasil, a situação da criança fez parte do Artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária,

além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Apesar de não se constituir em uma política de atenção à saúde da criança, a base legal que serviu de amparo para outras políticas por tratar-se de uma legislação de proteção à criança, foi a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), regulamentado pela Lei Nº 8.069 em 1990. É importante ressaltar como pontos importantes do ECA a caracterização da criança como toda a pessoa que tem idade até 12 anos incompletos e o estabelecimento do direito à vida e à saúde como direitos fundamentais da criança⁽⁸⁾.

No entanto, para a UNICEF, o conceito de criança vai um pouco mais além, considerando como criança todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo⁽⁴⁷⁾.

Ainda em 1990, o Brasil assinou, ao lado de mais de 160 países, membros da Organização das Nações Unidas, a "Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança", durante a primeira Cúpula Mundial em Favor da Criança realizada na sede das Nações Unidas, em Nova Iorque. Nessa reunião, houve uma revisão crítica das metas da Declaração de Alma Ata, com estabelecimento de prioridades para a redução da morbidade e mortalidade materno-infantil até o ano 2000. Os líderes mundiais se comprometeram a trabalhar em favor da saúde e dos direitos das crianças e das mães, a combater a desnutrição e o analfabetismo e a erradicar as doenças que têm causado a morte de milhões de crianças a cada ano, declarando assim, assumir um "compromisso conjunto e fazer um veemente apelo universal: dar a cada criança um futuro melhor"⁽⁴¹⁾.

O reconhecimento da precária situação de saúde do grupo infantil determinou que a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas em favor da Infância (Unicef) propusessem a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a qual foi estabelecida oficialmente em 1996⁽⁴⁸⁾ e tem como objetivo a redução da mortalidade das crianças menores de 5 anos, decorrentes de infecções respiratórias agudas, diarreias e desnutrição.

O MS vem apoiando o desenvolvimento de estratégias para a efetiva e gradual redução da mortalidade infantil, contando, principalmente, com a pactuação entre estados e municípios para adoção de estratégias voltadas para a sobrevivência infantil, como Pacto pela Vida⁽⁴¹⁾.

Reduzir a mortalidade infantil também é um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio proposto pela OMS em setembro 2002, no qual os 191 países membros das ONU concordaram atingir até 2015: reduzir a pobreza extrema e a fome, alcançar a educação

primária universal, promover igualdade de gênero e empoderar as mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna, combater doenças como as AIDS e malária, assegurar desenvolvimento sustentável e desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento⁽⁴⁹⁾.

No Brasil, nos anos 80 a mortalidade infantil era de 87 mortes para cada mil crianças nascidas vivas, principalmente em decorrência da desnutrição e doenças infecciosas⁽⁴⁶⁾. Mesmo que tenha sido visualizado um declínio na mortalidade infantil brasileira nos últimos anos, passando de 47 em 1990 para 23,3 em 2008, correspondendo a uma queda de 50% neste período, esta ainda não pode ser considerada uma taxa baixa para os padrões da OMS, cuja classificação consiste em: alta (50 por 1.000 ou mais), média (20-49 por 1.000) e baixa (menores que 20 por 1.000). O Brasil permanece ainda com a maior taxa de mortalidade infantil se comparado a outros países da América do Sul, como Colômbia (17,4), Argentina (11,4), Uruguai (11,3) e Chile (7,7). Cabe lembrar ainda que as taxas de países desenvolvidos são geralmente inferiores a 10, como no Canadá (5,0), Suíça (4,2), França (3,3), Japão (2,8), entre outros⁽⁵⁰⁾.

A partir de 2001, com a implantação da Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS, a taxa de mortalidade infantil e a sua redução progressiva passou a ser um dos indicadores utilizados para avaliação dos serviços de ABS e da qualificação da gestão municipal, o que gera um impacto positivo no monitoramento da saúde infantil⁽⁵¹⁾.

Entretanto, em 2002 o MS fez questão de enfatizar que não basta apenas a sobrevivência das crianças, sendo preciso oferecer condições para que estas tenham qualidade de vida, permitindo o desenvolvimento de seus potenciais e o usufruto de bens que a sociedade produz^(52,53). Então, foi criada a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁽⁵³⁾. Esta agenda é baseada no empreendimento de um esforço concentrado para a organização da assistência integral à população infantil, no sentido de contemplar desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade.

Neste documento estão explicitadas aos gestores e profissionais as principais diretrizes que devem ser seguidas no desenvolvimento das políticas de atenção à criança e orientações para a ação dos profissionais que lidam com crianças⁽⁵³⁾. Este apresenta como linhas de cuidado: atenção humanizada e qualificada na saúde da mulher, à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal (teste do pezinho); incentivo ao aleitamento materno; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; alimentação

saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; combate à desnutrição e às anemias carenciais; imunização; atenção às doenças prevalentes, à saúde bucal, à saúde mental; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil e atenção à criança portadora de deficiência.

Em maio de 2002, na cidade de Nova Iorque, foi realizada a Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Criança, que gerou um acordo unânime entre os países que compõem essa organização em torno de uma nova agenda para as crianças do mundo, incluindo 21 metas e objetivos específicos para saúde infantil, educação e proteção que deverão ser atingidos. O documento resultante foi denominado “Um Mundo para as Crianças” e expressa como objetivos a serem atingidos até 2015 na saúde da criança: reduzir no mínimo um terço a taxa de mortalidade infantil e de crianças menores de cinco anos, a taxa de mortalidade materna, a desnutrição de crianças menores de 5 anos de idade, com especial atenção às crianças menores de 2 anos de idade, a taxa atual de baixo peso ao nascer; o número de lares que não possuem acesso a saneamento e água potável a preços acessíveis; desenvolver e implementar políticas nacionais de desenvolvimento infantil e programas que assegurem o desenvolvimento físico, social, emocional, espiritual e cognitivo das crianças; elaborar e implementar políticas e programas nacionais de saúde para adolescentes, incluindo metas e indicadores, para promover sua saúde mental e física; dar acesso o quanto antes, e não posterior a 2015, a serviços de saúde reprodutiva a todas as pessoas em idade apropriada, por meio dos sistemas de atenção primária à saúde⁽⁵⁴⁾.

A nível local, em Porto Alegre, no início da década de 70 surgiu o Programa Prá-Nenê, com a implantação de um gráfico de acompanhamento da situação de saúde das crianças denominado “Caminho Para a Saúde”. Este era destinado ao acompanhamento do atendimento de crianças de áreas carentes, nos seus primeiros anos de vida. Em meados da década de 80 este trabalho foi aprimorado com o Programa de Busca do Recém-Nascido de Alto Risco, coordenado por nutricionistas e sanitaristas do Núcleo de Assistência Materno Infantil, Planejamento Familiar e Nutrição. As crianças consideradas de alto risco (prematturos, baixo peso, etc...) eram selecionadas e visitadas regularmente para acompanhamento. No início da década de 90, este programa foi descentralizado para as Unidades de Saúde, ampliando-se o acompanhamento para todos os recém-nascidos até completarem o primeiro ano de vida. Com isso, teve origem o nome que vigora até hoje: Programa Prá-Nenê. Em 1993, o programa teve seu subtítulo modificado, passando a chamar-se Programa de Vigilância e Atenção Integral à Saúde das Crianças Menores de um Ano⁽⁵⁵⁾.

Este programa tem como objetivo desenvolver ações dirigidas às crianças no primeiro ano de vida, facilitando-lhes o acesso aos serviços de saúde e contribuindo para a qualidade do atendimento⁽⁵⁵⁾.

Outra iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre é o Programa de Vigilância Nutricional, estabelecido em 1994 junto ao Programa Leite é Saúde, um convênio que possibilitou a compra de leite em pó destinado às crianças e gestantes nele inscritas. Posteriormente, este convênio foi substituído pelo Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais (ICCN)/MS. Em 1996, o programa passou a ser chamado de Pré-Crescer, buscando criar uma identidade entre o seu nome e seu principal objetivo que era identificar crianças em risco nutricional e atendê-las nos serviços de saúde, onde eram desenvolvidas ações básicas que visavam recuperação integral da saúde dessa população. Em junho de 2002 o convênio ICCN extinguiu-se. Este foi substituído pelo Programa Bolsa Alimentação, que com a troca de governo federal, passou a ser denominado Bolsa Família (PBF). Com isto, houve a substituição do tipo de benefício oferecido à população: o leite em pó entregue pelas Unidades de Saúde às famílias atendidas pelo PPC foi substituído pelo cartão eletrônico que permite ao beneficiário retirar recursos em dinheiro diretamente na rede bancária e casas lotéricas⁽⁵⁶⁾.

O Pré-Crescer destina-se ao acompanhamento das crianças de 6 meses a 5 anos, gestantes em risco nutricional, além de crianças até 7 anos e gestantes HIV positivo⁽⁵⁶⁾.

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é uma iniciativa do governo do estado do Rio Grande do Sul, criado em 2003, que tem por objetivo orientar as famílias, a partir de sua cultura e experiências, para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade. Trata-se de um programa institucional de ação socioeducativa voltado às famílias com crianças de zero até seis anos e gestantes, que se encontram em situação de vulnerabilidade social. O método do programa é baseado em visitas semanais às famílias e atividades na comunidade inseridas no programa, atualmente 59 mil famílias são cadastradas⁽⁵⁷⁾.

Recentemente, o MS lançou a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional (Estratégia Brasileirinhos) instituída pela Portaria nº 239/2009. Essa estratégia visa fortalecer o conjunto de esforços em todo o país para articulação, interação e implantação de ações voltadas à saúde da mulher e da criança até seis anos, etapa da vida designada no Brasil como “Primeira Infância”. A Estratégia Brasileirinhos foi situada no âmbito da ABS, partindo do entendimento que a saúde materna reflete diretamente na saúde da criança, a estratégia apresenta atenção desde o planejamento

familiar, pré-natal, gravidez, parto, pós-parto e primeiro ano de vida da criança⁽⁵⁸⁾. A estratégia também se alinha com o compromisso assumido pelo governo brasileiro de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio uma vez que tratam da redução da mortalidade materna e infantil e da qualidade de vida⁽⁴⁹⁾.

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia voltada para a promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na ABS, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar na promoção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde⁽⁴⁵⁾.

3.3 O Modelo de Competências

Para a compreensão do modelo de competências é preciso revisitar alguns fatos históricos e tecer algumas considerações sobre a maneira como estes influenciaram o surgimento deste referencial. As mudanças que ocorreram a partir do início do século XX e intensificaram-se na segunda metade do mesmo, afetaram profundamente a economia mundial e conseqüentemente impulsionaram modificações no mundo do trabalho e da educação.

No início do século XX, a organização da produção industrial era predominantemente marcada pelo sistema taylorista fordista. O sistema taylorista de produção preconizava a ênfase na divisão de tarefas (trabalho fragmentado) e cronometragem do tempo de produção, ou seja, de acordo com esse modelo produtivo o trabalhador só sabia realizar uma atividade específica e deveria realizar esta em um determinado período de tempo, com vistas a uma maior produção em menos tempo. O fordismo, representado pela empresa automobilística *Ford Motors*, utilizou o modelo taylorista nas linhas de montagem de automóveis, tornando-se símbolo do sistema de produção taylorista fordista⁽⁵⁹⁾.

Com o sistema de produção taylorista fordista era obtida uma maior produtividade através da produção em alta escala, desqualificação dos trabalhadores, intensificação e homogeneização do trabalho. O trabalho era prescritivo e desqualificado, baseado no treinamento e produção. Essa situação originou o trabalhador de massa, que organizado em sindicatos negociava salários uniformes que cresciam em proporção aos aumentos na produtividade. Os Estados Unidos, apoiados na política da intervenção do Estado na economia, proporcionavam incentivos fiscais que favoreciam o surgimento de um ciclo composto por alta produtividade, altos salários e alto consumo⁽⁶⁰⁾.

No entanto, esse modelo econômico acabou por colaborar com o surgimento da crise energética dos anos 70. Diante disso, foram cessadas as intervenções do estado na economia e

diminuição dos incentivos fiscais, o que levou as empresas a fazerem cortes nas despesas por meio de demissões em massa e supressão de salários, porém com o mesmo nível de exigência produtiva anterior⁽⁶⁰⁾.

A crise e a resistência dos trabalhadores organizados à produção fordista juntamente com as mudanças no mercado consumidor de bens e serviços (com demandas cada vez mais exigentes e segmentadas) acirraram a concorrência intercapitalista, fazendo com que as empresas se reestruturassem, adotando estratégias de racionalização, diminuição de custos, aumento da produtividade e qualidade de seus produtos e serviços⁽⁶⁰⁾.

Essas mudanças configuraram o mundo produtivo, a partir de meados da década de 80, com algumas características tendenciais: flexibilização da produção e reestruturação das ocupações; integração de setores da produção; multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores; valorização dos saberes dos trabalhadores, não ligados ao trabalho prescrito ou conhecimento formalizado⁽⁶¹⁾.

Esse processo deu origem a novas exigências aos trabalhadores, que tiveram de deixar de ser executores do trabalho prescrito para serem polivalentes, tendo que apresentar capacidade para articular e desempenhar múltiplas funções. Nessa perspectiva os trabalhadores tendem a empregar seu próprio conhecimento no trabalho.

O setor de serviços vem sendo atingido pelos mesmos processos de racionalização e reestruturação do setor industrial, e sofre os impactos das transformações tecnológicas e das mudanças organizacionais nas empresas e instituições. Diante de tal situação, torna-se necessária uma nova configuração do trabalho, pois as novas exigências requerem não só uma flexibilidade técnico instrumental, como também a flexibilidade intelectual, tendo em vista as necessidades de melhoria contínua dos processos de produção de bens e serviços⁽⁶⁰⁾.

Surge então a noção de competência, que começou a ser utilizada na Europa na década de 80, em meio à crise do modelo de organização do trabalho taylorista/fordista, a globalização da economia, que traz a crescente competição dos mercados e a decorrente necessidade de qualidade dos produtos e flexibilização dos processos de produção e de trabalho⁽⁶⁰⁾. Nesse contexto, o termo competência é utilizado pelas instituições empregadoras na intenção de designar determinado comportamento, uma ação que, de acordo com suas exigências, deverá ser desenvolvida pelos trabalhadores.

A palavra competência pode ser definida como a capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes em tarefas ou combinações de tarefas operativas; habilidade de alguém para utilizar seu conhecimento com vistas a alcançar um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos habilidades adquiridos para o exercício de uma situação profissional;

capacidade de mobilização de saberes: saber fazer, saber ser e saber agir; mobilização de um conjunto de capacidades para a resolução de um problema⁽⁶²⁾.

Ela também pode ser entendida como uma aptidão para enfrentar uma família de situações análogas, mobilizando de uma forma correta, rápida, pertinente e criativa, múltiplos recursos cognitivos: saberes, capacidades, micro competências, informações, valores, atitudes, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio⁽⁶³⁾.

Devido ao caráter da competência, o trabalhador passa adotar uma postura pró-ativa que mobilize suas competências de acordo com a situação em que se encontra. As competências não são aprendidas instantaneamente, elas fazem parte da união do conhecimento científico formalizado, dos saberes e da prática cotidiana. Elas têm sido relacionadas ao desenvolvimento de atitudes, ao domínio de certas habilidades e ao conhecimento subjacente. As habilidades ou hábitos, não têm o mesmo significado que competência, mas fazem parte dos atributos que a compõe⁽⁶³⁾.

Dessa forma, ao analisarmos a competência, percebemos que esta apresenta um caráter polimorfo e polissêmico, ou seja, dotada de múltiplos significados, ela pode ser composta por diferentes atributos de origens variadas. Os atributos que embasam a competência podem ser a atitude que forma o profissional como indivíduo, as habilidades de que este dispõe, o conhecimento obtido com a formação e o conhecimento adquirido com a prática. Este pode ser relacionado aos saberes tácitos, pois são aqueles que parecem ter sido apreendidos através da experiência, estando ligados à vivência concreta de um trabalhador particular numa situação específica⁽⁶⁴⁾, sendo incorporados pelos trabalhadores ao longo da trajetória profissional.

As mudanças de tecnologia e padrões de qualidade que atingiram o setor produtivo também acabaram por implicar modificações no campo da educação, que teve de realizar adaptações no ensino em meio à inserção do conceito de competência profissional no mundo do trabalho.

O termo competência começou a ser vinculado na educação na década de 60, nos Estados Unidos que adotou uma pedagogia de aprendizagem baseada no desempenho, chamada “*Competence Based Education and Training*”⁽⁶⁵⁾. As alterações produzidas pela introdução do modelo de competências no campo da educação podem ser compreendidas como dos saberes à competência e no mundo do trabalho da qualificação à competência⁽⁶⁶⁾.

A qualificação não pode ser entendida como competência, ou mesmo a competência não pode ser entendida como uma nova nomenclatura para a qualificação, pois ambos são termos que diferem quanto ao significado. Enquanto a qualificação remete ao indivíduo que

apresenta saberes, conhecimentos, cursos, enfim um currículo adequado para exercer determinada função ou cargo a competência está correlacionada à aplicação efetiva desses atributos, o que expressa a capacidade de resolução de determinada situação no trabalho. A competência pressupõe que o indivíduo saia da teoria de ter a qualificação para aplicar seu conhecimento na prática.

No exercício das competências profissionais agregam-se os conhecimentos, as habilidades e as atitudes adquiridas não apenas em sistemas formais de ensino, como também no próprio mundo do trabalho⁽⁶²⁾. Nesse contexto, encontra-se a subjetividade dos trabalhadores, a forma como estes podem usar de si e de outros mecanismos que foram anteriormente aprendidos e que nem sempre estão contemplados nas qualificações para a resolução de situações no trabalho.

Assim, o aumento da escolaridade por meio de realização de sucessivas qualificações não significa atualmente a garantia de um emprego. Dessa forma, a inserção do profissional no mercado de trabalho gera uma competição cada vez mais acirrada entre os trabalhadores, onde para a conquista de um posto de trabalho não basta apenas ter um bom currículo, pois a aprendizagem deve ser orientada para a ação, e a avaliação por competências é baseada em resultados observáveis⁽⁶⁰⁾.

No mundo do trabalho a adoção do termo competência reflete uma real modificação da perspectiva decorrente da flexibilidade dos procedimentos, na qual a aplicação da subjetividade das pessoas no trabalho é valorizada. Na educação, o debate em torno das competências incita a uma questão tão antiga quanto à instituição escolar: transmitir conhecimentos ou desenvolver competências?⁽⁶³⁾.

O modelo de competências na educação em enfermagem foi primeiramente incorporado no ensino técnico com o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), uma iniciativa política, de natureza pedagógica, voltada para os trabalhadores de enfermagem que não puderam adquirir a formação profissional de nível técnico regulamentada em termos educacionais, ético-profissionais e trabalhistas, buscando o fazer por meio de um sistema de certificação por competências⁽⁶⁷⁾.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em enfermagem esclarecem que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais acerca da atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. São estabelecidas ainda as competências específicas para profissional enfermeiro que incluem desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao

exercício profissional, atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso, desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde, entre outras⁽⁶⁸⁾.

A área da saúde faz parte do setor terciário da economia, integrando o setor de serviços. Esta sofre de igual forma os impactos do processo de ajuste macroestrutural que vêm atingindo o setor industrial nas duas últimas décadas: de um lado, a busca de produtividade e de qualidade por meio da redução de custos, privatizações e terceirizações; de outro, as exigências de melhoria de processos e serviços, através de novas formas de organização do trabalho e de investimentos em programas de capacitação profissional dos trabalhadores⁽⁶⁰⁾.

Entretanto, o modelo de competências na área da saúde não pode restringir-se à dimensão técnico instrumental, tornando-se uma simples estratégia de adaptação às necessidades do processo produtivo, esquecendo-se de que a produção e a prestação dos serviços de saúde têm como característica fundamental a função de acatamento dos riscos e resguardo do direito à vida, com qualidade⁽⁶⁹⁾.

Entre os estudos que abordam o tema das competências no trabalho, é comum a utilização de três abordagens referenciais: condutivista, funcionalista e construtivista⁽²⁶⁾.

A abordagem condutivista (behaviorista), muito utilizada nos Estados Unidos, considera as competências como sendo superiores, por isso analisa os pontos de vista desenvolvidos pelos experts, com vistas a elevar o desempenho dos trabalhadores a este nível. O conceito de padrão tem sido utilizado com esse objetivo, embora em alguns documentos apareçam denominados como equivalentes de competência⁽²⁶⁾.

O principal aporte dos estudos de investigação de competências são os métodos de análise ocupacional. Estes visam identificar as características do posto de trabalho, e a partir destas, inferir qual o perfil desejado do trabalhador para ocupá-lo. A esta abordagem corresponde a abordagem funcionalista⁽²⁶⁾.

A abordagem construtivista, que teve origem na França, tem como característica a contribuição dos trabalhadores, e busca construir uma análise integrada e participativa dos processos de trabalho⁽²⁶⁾. Para a realização do presente estudo foi adotada essa perspectiva, ao partir do entendimento que o processo cotidiano do trabalho favorece a construção dos atributos que constituem as competências, sendo assim, nada melhor do que dar voz aos profissionais envolvidos nesse contexto para identificar as competências necessárias para tal atividade.

Os modelos de competência utilizados para certificação explicitam o que o profissional deve saber e ser capaz de fazer para desempenhar sua prática com sucesso, possibilitando o desenvolvimento de profissionalismo (padrões de qualidade). Refletem os valores atribuídos, por uma sociedade, a uma determinada carreira e orientam os processos de formação e de avaliação profissionais⁽⁷⁰⁾.

A certificação dos profissionais é um processo que pode ser impulsionado pelo Estado e/ou por setores da sociedade civil organizada. No entanto, é importante destacar que a garantia de participação e pactuação dos diferentes atores/instituições e segmentos interessados amplia a validação e credibilidade dos parâmetros utilizados para a formação e avaliação do desempenho dos profissionais de uma determinada carreira⁽⁷⁰⁾.

Algumas organizações internacionais de enfermagem já têm adotado o sistema de certificação e orientação profissional a partir do modelo de competências. O Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) é uma organização de representação internacional que emitiu documentos recomendando a adoção de competências, incorporando este modelo na enfermagem. O CIE, tendo em vista o processo de globalização, com a migração de profissionais de enfermagem em todo o mundo, elaborou competências para a enfermeira generalista para ajudar a esclarecer o papel das enfermeiras e guiar os acordos de mútuo reconhecimento e os programas de licenciamento entre os países. Esta estrutura foi desenvolvida a partir de uma ampla revisão de literatura de vários países e de uma série de consultorias⁽⁷¹⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em suas direções estratégicas, recomenda o desenvolvimento de metodologias e sistemas para monitorar os serviços de enfermagem, suas práticas e as suas políticas de recursos humanos. Ao adotar o modelo de competências a OMS objetiva instrumentalizar os países a utilizar o modelo de competências na regulação da profissão, educação e gerenciamento de recursos humanos em enfermagem⁽²⁷⁾.

A Associação das Enfermeiras Canadenses define competência como sendo conhecimentos, habilidades, julgamentos e atributos que são exigidos para uma prática de enfermagem segura e ética em uma determinada função em um local⁽⁷²⁾. As competências das enfermeiras canadenses estão distribuídas em quatro domínios: papel profissional, responsabilidade e prestação de contas; avaliação da saúde e diagnóstico; manejo terapêutico; promoção da saúde e prevenção de doenças e danos.

Para o Conselho de Enfermagem da Nova Zelândia, por meio de um perfil de competências é possível promover uma prática de enfermagem segura. As áreas de domínio

são: Responsabilidade Profissional, Gerenciamento do Cuidado de Enfermagem, Relações Interpessoais, Cuidado Multiprofissional em Saúde e Melhoria da Qualidade do Cuidado⁽⁷³⁾.

Na Austrália, organizações de enfermagem têm adotado o modelo de competências. Em 1986, a Conferência Australiana de Autoridades para o Registro de Enfermeiras (ANRAC) foi a primeira a iniciar a certificação por competências das enfermeiras na Austrália desenvolvendo os Padrões Australianos Nacionais de Competências para enfermeiras. Em 1992, houve uma incorporação da entidade pelo Conselho de Enfermagem Australiano, e os padrões foram reconhecidos pelo Conselho de Enfermeiras e Parteiras Australianas (ANMC). Para este, a competência corresponde à combinação de habilidades, conhecimentos, valores e atitudes que sustentam um desempenho superior em uma área de atuação profissional. Suas competências estão classificadas em quatro domínios: prática profissional, pensamento e análise crítica, provisão e coordenação do cuidado, prática colaborativa e terapêutica⁽⁷⁴⁾.

Em relação aos estudos de competências na atenção básica brasileira, um estudo teve como objetivo identificar as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em APS. Foram identificadas oito competências: comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, valores profissionais, tomada de decisão, resolver problemas e habilidades educacionais. A competência gerencial foi a única competência a não obter consenso entre médicos, demonstrando que estes não a consideram necessária para sua prática⁽⁷⁵⁾.

Outro estudo, realizado no sul do Brasil, identificou as competências da enfermeira para atuar em ABS. Dois grupos participaram do estudo: um composto por enfermeiras que atuavam na rede básica de saúde e outro formado por docentes de enfermagem provenientes de instituições de ensino superior. As competências resultantes foram agrupadas em áreas de domínio: valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional e em ciências básicas da saúde pública⁽²⁶⁾.

Um estudo desenvolvido no Uruguai teve como objetivo promover um processo de aprendizagem destinado a aumentar a capacidade de resposta na região de atuação. Participaram do estudo um grupo de especialistas (profissionais pertencentes aos ministérios da saúde, universidades, associações profissionais, organizações internacionais e serviços de saúde) que definiu as competências necessárias para atuar em APS. As competências relacionadas abrangem capacidade para trabalhar em equipe, conhecimentos técnico-científicos e habilidade de comunicação com a equipe e a comunidade⁽⁷⁶⁾.

No Brasil, mais especificamente na região Norte, foi realizado um estudo com médicos e enfermeiros, que estabeleceu um perfil de onze competências para médicos e enfermeiros atuantes nas Equipes de Saúde da Família, a partir de parâmetros recomendados pela Sociedade Europeia de Clínica Geral; Medicina Familiar, com o apoio da Organização Mundial da Saúde. As competências resultantes foram agrupadas em seções sobre competências gerais, continuidade e integralidade do cuidado, prática em equipe, práticas e saberes orientados para a pessoa, família e a comunidade, saberes e práticas capazes de resolver os problemas de saúde mais frequentes na localidade. Tal estudo demonstrou que apesar de estarem atuando na Estratégia de Saúde da Família, que tem um aspecto prioritariamente preventivo, os médicos priorizam procedimentos curativos ambulatoriais, delegando o exercício de atividades de educação em saúde aos enfermeiros⁽⁷⁷⁾.

No documento americano elaborado pela Associação de Professores de Saúde Materno Infantil que aborda as competências para a saúde materno-infantil, são enumeradas competências inseridas em cinco grandes áreas: conhecimento científico, a habilidade analítica, gerenciamento e comunicação, política e *advocacy*,^c valor e ética⁽³¹⁾.

O perfil de competências australiano para enfermeiras especialistas em pediatria e em saúde da criança foi elaborado a partir de uma investigação que empregou a técnica Delphi com um grupo de enfermeiras que atuavam na atenção à criança no contexto hospitalar (especialização em pediatria) e em APS (saúde da criança). As competências resultantes foram distribuídas em cinco áreas de domínio: prática profissional em enfermagem em saúde da criança, educação na prática de enfermagem em saúde da criança, consulta de enfermagem na prática de enfermagem em saúde da criança, coordenação (gerenciamento) na prática de enfermagem em saúde da criança, qualidade na prática e na pesquisa em enfermagem em saúde da criança⁽³²⁾.

Nos Estados Unidos, o perfil de competências para enfermeiras da APS envolvendo as áreas de pediatria, saúde da mulher, adulto e gerontologia foi construído e junto aos representantes das organizações de enfermagem do país e validado pelos representantes dos enfermeiros que atuam em APS. As competências foram classificadas nos domínios de promoção da saúde, proteção da saúde, prevenção e tratamento de doenças; relação com o paciente; função de ensino e aconselhamento; papel profissional; gerenciamento e negociação com o sistema de saúde; monitoramento e garantia da qualidade do cuidado em saúde e competência cultural⁽³³⁾.

^c Não há tradução literal do termo para a língua portuguesa, mas o significado assemelha-se a advogar a favor dos direitos do paciente.

4 MÉTODO

A seguir serão apresentadas as estratégias utilizadas para o desenvolvimento do estudo, com as seguintes classificações: tipo de estudo, campo de estudo, população e participantes, coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos.

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa-quantitativa, exploratória, descritiva com uso da Técnica Delphi, abordagem já utilizada por outros estudos^(26,78,79).

A caracterização de um estudo como pesquisa exploratória, normalmente ocorre quando há pouco conhecimento sobre a área temática a ser abordada. Por meio do estudo exploratório, busca-se conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro⁽⁸⁰⁾. Nesse sentido, é realizada quando uma nova área ou tópico está sendo investigado.

As pesquisas descritivas têm com objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, podendo também estabelecer relações entre variáveis. As características mais significativas da pesquisa descritiva estão na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados, tais como o questionário e a observação sistemática⁽⁸¹⁾.

A Técnica Delphi tem seu nome inspirado no deus grego Apolo, um mestre da cidade de Delphi (Delfos), que tinha habilidades reconhecidas para predizer o futuro⁽⁸²⁾. Ela foi desenvolvida nos Estados Unidos em 1952 por pesquisadores da Rand Corporation inicialmente, para proporcionar um instrumento para fazer previsões sobre temas internacionais e militares⁽⁸³⁾ sendo posteriormente utilizada como método de pesquisa na saúde.

O Delphi envolve a busca por opiniões de um painel de participantes, geralmente pessoas com saber reconhecido naquele campo de estudo e consiste na distribuição de um questionário inicial aos respondentes, análise das respostas e envio de um segundo questionário baseado nas informações recebidas do primeiro, e assim por diante, até chegar-se a um consenso entre os grupos ou da obtenção de informações suficientes. O objetivo é obter-se um consenso a respeito de determinado assunto que está sendo investigado⁽⁸⁴⁾.

A Técnica Delphi tem como características: o anonimato dos respondentes e a representação estatística da distribuição dos resultados. Apresenta como vantagens a amplitude que atinge o estudo, não existindo limitações geográficas para a seleção de experts, permitindo a participação de grupos maiores de pessoas que os das técnicas grupais. Ela não

requer reunião física, o que reduz a influência de fatores psicológicos, como por exemplo, os efeitos da capacidade de persuasão, da relutância em abandonar posições assumidas, e a dominância de grupos majoritários⁽⁸⁵⁾.

Devido ao caráter pouco difundido do objeto de pesquisa entre os profissionais, essa técnica foi escolhida para a abordagem do assunto, pois geralmente com o seu emprego, os participantes sentem-se motivados a pensarem mais no assunto⁽⁸⁴⁾. Ela é uma ferramenta de pesquisa que busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas a respeito de um problema complexo⁽⁸⁶⁾.

4.2 Campo de Estudo

Em Porto Alegre, a regionalização que divide as áreas dos distritos sanitários foi aprovada pelo Conselho do Orçamento Participativo em 1997⁽⁸⁷⁾. A cidade de Porto Alegre é dividida em dezessete distritos sanitários que são administrados por oito gerências distritais. A região correspondente à gerência distrital onde foi realizado este estudo é composta pelos três distritos sanitários: Glória, Cruzeiro e Cristal. Esta região faz parte da área de integração acadêmica e assistencial da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O estudo foi realizado nas unidades da rede básica de saúde da região correspondente à gerência distrital Glória-Cruzeiro-Cristal.

Segundo dados do censo de 2010, a população total de Porto Alegre era de 1.409.351 habitantes. A população residente na área do distrito era de 136.028 habitantes, o que representa 9,65% da população total do município de Porto Alegre⁽⁸⁷⁾.

A população de crianças de 0 até 11 anos de idade residentes no distrito Glória era 7.578 crianças (17,79% da população), no Cruzeiro 11.762 crianças (17,84% da população) e no Cristal 3.780 crianças (13,75%), perfazendo um total de 23.120 crianças na região, o que representa 11,3 % do total de crianças de Porto Alegre (204.258 crianças, correspondendo a 14,49% da população total do município)⁽⁸⁷⁾.

O distrito sanitário Glória é composto pelos bairros Belém Velho, Cascata e Glória. Nessa região, residem 42.605 habitantes, representando 3,02% da população do município. Com área de 18,19 km², representa 3,82% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 2.342,22 habitantes por km². A taxa de analfabetismo é de 5,8% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 5,4 salários mínimos⁽⁸⁷⁾.

O distrito sanitário Cruzeiro é composto pelos bairros: Medianeira e Santa Tereza e tem 65.926 habitantes, representando 4,68% da população do município. Com área de 6,82

km², representa 1,43% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 9.666,57 habitantes por km². A taxa de analfabetismo é de 6,2% e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 7,3 salários mínimos⁽⁸⁷⁾.

O distrito sanitário Cristal é composto pelo bairro de mesmo nome, Cristal, e tem 27.497 habitantes, representando 1,95% da população do município. Com área de 3,92 km², representa 0,82% da área do município, sendo sua densidade demográfica de 7.014,54 habitantes por km². A taxa de analfabetismo é de 3,7 % e o rendimento médio dos responsáveis por domicílio é de 9,4 salários mínimos⁽⁸⁷⁾.

Apesar da região como um todo apresentar um rendimento médio dos responsáveis pelos domicílios relativamente alto, essa área é bastante heterogênea, pois ao mesmo tempo que apresenta poucas áreas com excelente infraestrutura, também existem várias áreas de intensa vulnerabilidade social, com ocupações irregulares, muitas das quais são desprovidas de saneamento básico.

A região Glória-Cruzeiro-Cristal conta com vinte e cinco serviços públicos de saúde. Na atenção básica são vinte e três unidades de saúde: nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quatorze Unidades de Saúde da Família (USF). Na atenção secundária são dois serviços: um Pronto Atendimento (PA) e um Centro de Saúde (CS).

4.3 População e Participantes

A seleção dos participantes foi realizada de acordo com a Técnica Delphi, que considera o conhecimento e experiência dos participantes, que de forma dirigida, que são frutos do conhecimento adquirido na prática aliado àquele proveniente da formação e subsidiam o julgamento individual subjetivo.

De acordo com essa técnica de pesquisa, a composição do grupo pode variar de acordo com o fenômeno em estudo e com os critérios definidos pelo pesquisador, sendo que o tamanho do grupo de respondentes é variável e depende dos propósitos do estudo⁽⁸⁴⁾, sendo um número de 15 a 30 participantes considerado bom o suficiente para gerar informações relevantes⁽⁸⁸⁾. Por este motivo, foram selecionadas intencionalmente enfermeiras que atuavam na rede básica da região Glória-Cruzeiro-Cristal que atenderam aos critérios de inclusão, que foram: ser enfermeira da rede básica, apresentar tempo mínimo de trabalho de um ano em ABS e aceitar participar do estudo.

Foram identificadas 32 enfermeiras atuando nas unidades da rede básica da região Glória-Cruzeiro-Cristal. Destas, uma não apresentava um ano de experiência em ABS e

quatro enfermeiras recusaram-se a participar do estudo. Dessa forma, foram incluídas no estudo 27 enfermeiras.

4.4 Coleta de Dados

A Técnica Delphi consiste na coleta de dados através de questionários. O questionário é considerado o instrumento mais adequado para a coleta de informações, porém não existe um modelo padronizado para sua elaboração, que seja aplicável a diversos estudos⁽²⁶⁾. Assim, foram utilizados dois questionários para a coleta de dados, que ocorreu no período de março a outubro de 2011 e foi realizada integralmente pela pesquisadora.

O primeiro questionário (Apêndice A) apresentou uma contextualização do tema em estudo, orientações explicativas sobre a pesquisa e o preenchimento do questionário. Foi solicitado às enfermeiras que listassem três competências que fossem necessárias para o seu trabalho na atenção à criança na rede básica de saúde. Este questionário foi submetido a um pré-teste com três enfermeiras que trabalham em ABS, não atuantes na região Glória-Cruzeiro-Cristal, para verificar a aplicabilidade no que diz respeito à clareza e entendimento das instruções para o preenchimento do mesmo.

Para fins de caracterização da amostra, junto ao primeiro questionário foi solicitado o preenchimento de uma ficha de identificação (Apêndice B), com informações sobre formação e experiência profissional, que após o retorno, foi destacado do questionário pela pesquisadora. Como na Técnica Delphi, é fundamental o anonimato dos respondentes, com objetivo de controle das informações, aos questionários foi atribuído códigos compostos pela letra Q seguida por números arábicos na ordem em que eram retornados à pesquisadora.

A abordagem das participantes foi realizada no início do mês de março, na reunião que ocorre quinzenalmente na sede da gerência Glória-Cruzeiro-Cristal, localizada no Centro de Saúde Vila dos Comerciários. O estudo foi apresentado às enfermeiras pela pesquisadora, que esclareceu sobre os objetivos do estudo, forma de participação e o seu caráter voluntário, a utilização das informações para fins acadêmicos e a garantia de anonimato. Para as 27 enfermeiras incluídas no estudo, foram distribuídos os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido juntamente com o primeiro questionário. Após uma semana foi realizado contato telefônico com cada uma das participantes para sanar eventuais dúvidas e agendar a visita da pesquisadora na unidade de saúde para buscar o questionário. Durante essa visita, a pesquisadora perguntou sobre como poderia ser a forma de envio do segundo questionário (Apêndice C), via correio eletrônico (*e-mail*) ou pessoalmente na própria unidade de saúde,

das 24 enfermeiras que responderam ao primeiro questionário, 19 optaram por correio eletrônico (*e-mail*) e 3 optaram por receber o questionário pessoalmente na unidade de saúde.

O segundo questionário (Apêndice C) foi enviado às participantes no início do mês de julho, o qual era composto pelas competências (resultantes da análise qualitativa do primeiro questionário). Para cada competência foi atribuída uma Escala de Likert com opções de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito), para que as participantes expressassem sua concordância, conforme outros estudos que utilizaram a Técnica Delphi^(26,75,89). O fluxograma de execução da Técnica Delphi está expresso na Figura 1.

A taxa de retorno e o tempo de resposta dos questionários são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Taxas de retorno e tempo de resposta dos questionários. Porto Alegre, RS, 2012.

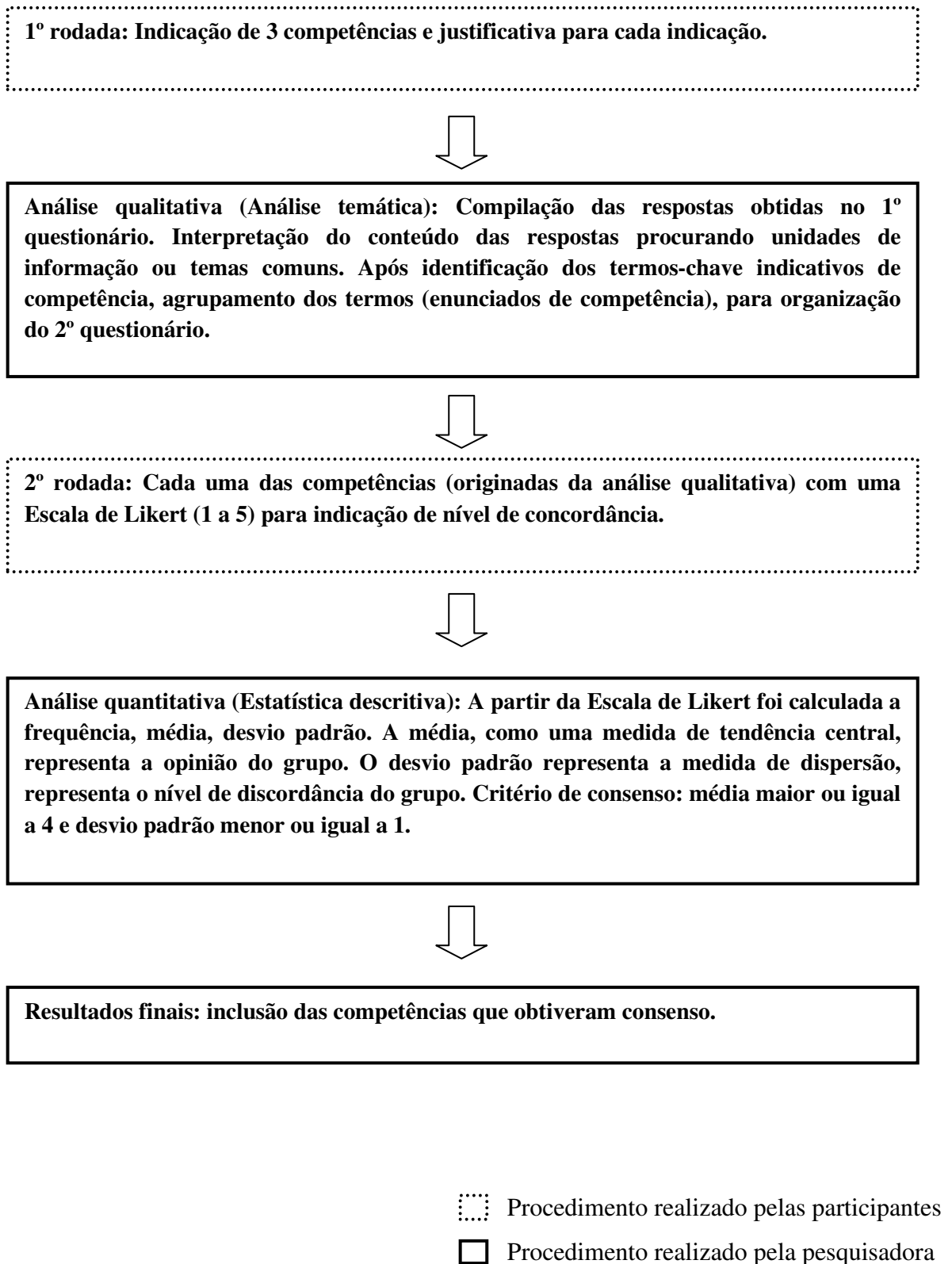
| Questionário | Participantes (n) | Taxa de retorno (%) | Média de tempo de resposta (dias) |
|--------------|-------------------|---------------------|-----------------------------------|
| I | 24 de 27 | 88 | 18 |
| II | 21 de 27 | 77 | 13 |

Fonte: Dados da pesquisa, Silva AM, Porto Alegre, 2012

Para o retorno dos questionários, alguns estudos têm indicado o tempo médio de duas semanas, próximo da média de tempo de resposta obtida nesta pesquisa⁽⁸⁴⁾. Outros autores indicam que o tempo médio para o retorno dos questionários é em torno de oito semanas⁽⁸⁵⁾, semelhante àqueles observados nos estudos realizados com a Técnica Delphi no Brasil^(26,75).

A TR dos questionários visualizada neste estudo foi considerada alta quando comparada com outros estudos que utilizaram a técnica Delphi para identificação de competências profissionais, em um estudo brasileiro sobre competências da enfermeira na ABS a TR para o primeiro questionário de 82% e para o segundo 72%⁽⁹⁰⁾, outro estudo realizado no Brasil que identificou as competências gerais de médicos e enfermeiros obteve TR de 53%⁽⁷⁵⁾, uma pesquisa americana que identificou as competências das enfermeiras para a atuação na emergência teve TR de 62% no primeiro questionário, 35% no segundo e 25% no terceiro⁽⁹¹⁾, estudo desenvolvido na Malásia para identificação de competências para segurança ocupacional teve TR de 88%⁽⁹²⁾.

Figura 1 – Fluxograma de execução da Técnica Delphi⁽²⁶⁾.



4.5 Análise dos Dados

Visto que a Técnica Delphi presume que ocorra a análise das informações concomitante com a coleta dos dados, as respostas originárias do primeiro questionário foram compiladas e analisadas qualitativamente, por meio de análise de conteúdo do tipo temática⁽⁹³⁾, com interpretação do conteúdo dos discursos contidos nas justificativas, procurando unidades de informação ou temas comuns.

Na análise temática tem-se como objetivo descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico estudado. A análise foi realizada de acordo com as três etapas indicadas pela literatura: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽⁹³⁾.

Para dar início à **pré-análise**, procedeu-se a transcrição do material empírico contido nas respostas do primeiro questionário, dando origem a uma lista de respostas editada exatamente da forma como cada enfermeira respondeu ao questionário, resultando em uma lista de 72 sugestões de competências, muitas das quais eram iguais ou semelhantes. A partir disso, foi iniciada a leitura flutuante, que requer que o pesquisador entre em contato direto e intenso com o material empírico, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo⁽⁹³⁾.

Após a leitura flutuante foi realizada a constituição do corpus, que consiste em validar qualitativamente o material empírico por meio da exaustividade (que o material contemple todos os aspectos em análise), representatividade (que ele apresente as características de sua totalidade), homogeneidade (que siga os critérios estabelecidos pela pesquisa) e pertinência (que o material em análise possa responder aos objetivos do estudo). Atendendo a esses princípios a pesquisadora destacou alguns pontos relevantes do material empírico de acordo com o objeto de pesquisa em questão.

O processo seguinte foi a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, que compreende a retomada da fase exploratória da pesquisa para que surjam novos rumos interpretativos que inicialmente não foram planejados. Ao final desta etapa a pesquisadora definiu as unidades de registro (palavra-chave ou frase), unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), a forma de categorização, a codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise posterior.

Na **exploração do material** buscou-se classificar o material empírico de forma a alcançar o núcleo de compreensão do texto⁽⁹³⁾. Nessa classificação, a pesquisadora buscou identificar categorias que remetessem a um significado comum em torno das quais o material empírico seria organizado. A pesquisadora organizou uma leitura ativa do texto, salientando temas comuns para elaboração das competências. Após a identificação dos termos-chave (unidades de registro) indicativos de competência, foram elaborados os enunciados das competências.

O **tratamento dos resultados obtidos e interpretação** envolvem a submissão dos dados qualitativos a operações estatísticas simples com objetivo de destacar e possibilitar uma melhor visualização das informações analisadas⁽⁹³⁾. Com isso a pesquisadora realizou interpretações inter-relacionadas com a literatura científica pertinente ao objeto de estudo.

A análise temática resultou em quarenta competências. Para a padronização dos enunciados das competências, foi adotado um formato composto por um verbo e um substantivo, partindo do entendimento que a competência é indissociável da ação⁽²²⁾. Além disso, nesse processo, buscamos contemplar as indicações internacionais que dizem que as competências devem ser abrangentes o suficiente para serem aplicadas internacionalmente ou nacionalmente, ao mesmo tempo devendo ser específicas o suficiente para fornecer orientação para a tomada de decisões, fundamentais e relevantes para a prática⁽²⁷⁾.

Para análise dos dados contidos do segundo questionário, foi realizada análise quantitativa, com estatística descritiva⁽⁹⁴⁾. A partir da Escala de Likert foi calculada a frequência absoluta e percentual. A média foi utilizada como medida de tendência central, representando a opinião do grupo. O desvio padrão representa o nível de discordância do grupo. Como critério de consenso para inclusão das competências nos resultados finais, foi estabelecido média igual ou maior que 4, na Escala de Likert e desvio padrão menor ou igual a 1⁽⁷⁹⁾.

Na análise quantitativa apenas uma competência não alcançou o consenso. Após a análise quantitativa, as 39 competências que obtiveram consenso foram incluídas nos resultados finais para discussão.

Considerando que quase todas as competências atingiram o nível de consenso, sendo que apenas uma não o alcançou, não foi realizada a terceira rodada como inicialmente a pesquisadora havia planejado no projeto de pesquisa, de acordo com a literatura se o nível de consenso pré-determinado foi alcançado para a maioria dos itens, estes não precisam ser apresentados novamente no questionário subsequente⁽⁹⁵⁾.

Essas competências foram agrupadas de acordo com seus temas em seis domínios. A formulação dos domínios foi realizada com embasamento teórico na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁽⁵³⁾, nos perfis de competência nacionais⁽²⁶⁾ e internacionais^(32,33).

4.6 Aspectos Éticos

As enfermeiras foram informadas sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, conforme preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁹⁶⁾.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias pela participante e pesquisadora, ficando uma via com a pesquisadora e a outra com a participante (Apêndice D).

Os princípios éticos foram respeitados procurando proteger os direitos das participantes da pesquisa, sendo assegurado o anonimato da identidade e a liberdade para a recusa na participação no estudo ou desistência a qualquer momento no decorrer do estudo, se assim as participantes desejassem.

Os benefícios do estudo foram esclarecidos e estão ligados à identificação das competências, que poderá fornecer subsídios para as práticas assistenciais das enfermeiras na atenção à criança em rede básica de saúde. O risco da pesquisa explicitado foi o possível desconforto relacionado à interferência do preenchimento dos questionários na rotina de trabalho.

Antes do início da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com carta de aprovação N° 043/2010 (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município de Porto Alegre sob o N° do processo 001.000502.11.1 (Anexo B). Depois da aprovação do projeto nas duas instâncias, a pesquisadora reuniu-se com a coordenadora da gerência distrital Glória-Cruzeiro-Cristal para a apresentação do estudo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As competências identificadas neste estudo serão apresentadas e discutidas de acordo com as categorias nas quais foram classificadas. Inicialmente, será apresentada a caracterização da amostra, com intuito de contextualizar o trabalho e a formação das enfermeiras que participaram da pesquisa.

5.1 Caracterização da Amostra

As 24 enfermeiras que participaram do estudo atuavam em dezoito das vinte e três unidades de saúde pertencentes à rede básica da região Glória/Cruzeiro/Cristal, 12 unidades com uma enfermeira e as demais seis com duas enfermeiras. Os dados referentes às enfermeiras que participaram do estudo encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Características das enfermeiras que participaram do estudo. Porto Alegre, RS, 2012.

| Características | n | % |
|---|----|-------|
| Tipo de vínculo empregatício | | |
| Contratada por CLT | 18 | 75 |
| Funcionária pública/Estatutária | 6 | 25 |
| Total | 24 | 100,0 |
| Tempo de trabalho das enfermeiras em ABS (anos) | | |
| 3 a 5 | 3 | 12,5 |
| 6 a 10 | 12 | 50,0 |
| 11 a 15 | 8 | 33,3 |
| 26 a 30 | 1 | 4,1 |
| Total | 24 | 100,0 |
| Tempo de trabalho na unidade de saúde (anos) | | |
| Até 2 | 12 | 50,0 |
| 3 a 5 | 4 | 16,6 |
| 6 a 8 | 4 | 16,6 |
| 9 a 11 | 3 | 12,5 |
| 15 | 1 | 4,1 |
| Total | 24 | 100,0 |

Continua...

(continuação)

Tempo de graduação (anos)

| | | |
|---------|----|-------|
| 3 a 6 | 4 | 16,6 |
| 7 a 10 | 5 | 20,8 |
| 11 a 14 | 7 | 29,1 |
| 15 a 18 | 2 | 8,3 |
| 19 a 22 | 1 | 4,1 |
| 23 a 26 | 3 | 12,5 |
| 27 a 30 | 2 | 8,3 |
| Total | 24 | 100,0 |

Fonte: Dados da pesquisa, Silva AM, Porto Alegre, 2012

O tipo de vínculo empregatício da maior parte das enfermeiras (75%) foi por meio da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que corresponde às enfermeiras das equipes da ESF, já as enfermeiras das UBS eram servidoras públicas estatutárias (25%).

Em relação carga horária de trabalho, todas as vinte e quatro enfermeiras que participaram do estudo referiram uma jornada de trabalho de 40 horas semanais. Apesar desta extensa carga de trabalho semanal, seis enfermeiras (25%) relataram ter outros vínculos empregatícios e 8 (33,3%) relataram já ter trabalhado na área pediátrica no contexto hospitalar.

A média de tempo de trabalho relatado pelas enfermeiras em ABS correspondeu a 9,79 anos, tendo variado de 3 a 30 anos. Metade das enfermeiras relatou ter de 06 a 10 anos de experiência profissional na rede básica de saúde.

A média de tempo de trabalho na unidade de saúde foi de 4,08 anos, tendo variado de uma semana a 15 anos. Metade das enfermeiras referiu entre até 2 anos de atuação na unidade de saúde, o que indica um vínculo recente no local de trabalho.

A média de tempo desde a obtenção da graduação foi de 14,08 anos, tendo variado de 3 a 30 anos. A maioria (29,1%) das participantes relatou de 11 a 14 anos de graduada.

A Tabela 3, abaixo, apresenta a formação obtida pelas enfermeiras em cursos de pós-graduação.

Tabela 3 – Formação em pós-graduação referida pelas enfermeiras. Porto Alegre, RS, 2012.

| Cursos de Pós-Graduação | n |
|--------------------------------------|-----------|
| <i>Strictu Sensu</i> | |
| Mestrado | 2 |
| <i>Lato Sensu</i> | |
| Licenciatura em Enfermagem | 2 |
| Residência em Atenção Básica à Saúde | 3 |
| Especialização em Saúde Pública | 10 |
| Saúde da Família | 4 |
| Enfermagem Obstétrica | 3 |
| Acunpuntura | 2 |
| Enfermagem do Trabalho | 2 |
| Medicina Chinesa | 1 |
| Saúde Mental | 1 |
| Neonatologia | 1 |
| Gestão em Saúde Pública | 1 |
| Informática na Saúde | 1 |
| Administração Hospitalar | 1 |
| Urgência e Emergência | 1 |
| Total | 35 |

Fonte: Dados da pesquisa, Silva AM, Porto Alegre, 2012

Em relação às titulações, a maioria das enfermeiras (91%) citou pelo menos um curso de pós-graduação. Nove delas (37,5%) têm mais de um curso de pós-graduação e apenas duas (8,3%) não possuem nenhum curso neste nível de formação.

5.2 Competências da Enfermeira para a Atenção à Criança na Rede Básica de Saúde

A análise das competências da enfermeira para a atenção à criança na rede básica de saúde resultou em 72 sugestões de competência na primeira rodada, que após serem analisadas qualitativamente resultaram em 40 competências. Na segunda rodada, apenas uma competência não obteve consenso após análise quantitativa (Apêndice E). Os resultados finais estão apresentados na Tabela 4 com as 39 competências que alcançaram o consenso e a competência que não obteve consenso, conforme os domínios nos quais foram classificadas, a média e o desvio padrão obtidos.

Tabela 4 – Competências para atenção à criança na rede básica de saúde classificadas por domínio, frequência absoluta e percentual, média e desvio padrão. Porto Alegre, RS, 2012

| COMPETÊNCIAS | FREQUÊNCIA ABSOLUTA E PERCENTUAL NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | | Média | Desvio padrão |
|---|---|----------|------------------------------------|-----------|-------------------|-------|------------------|
| | Discordo Muito | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo Muito | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| Valores profissionais | | | | | | | |
| Identifica-se com a profissão | - | - | 1 (4,7) | 5 (23,8) | 15 (71,4) | 4,66 | 0,57 |
| Identifica-se com a área da saúde da criança | - | - | 2 (9,5) | 8 (38,0) | 11 (52,3) | 4,42 | 0,67 |
| Responsabiliza-se pela atenção à saúde da criança | - | - | 1 (4,7) | 9 (42,8) | 11 (52,3) | 4,47 | 0,60 |
| Atua com autonomia na sua área profissional | - | - | 3 (15,0) | 7 (33,3) | 11 (52,3) | 4,38 | 0,74 |
| Gerenciamento | | | | | | | |
| Exerce o gerenciamento de modo a oferecer a melhor solução para cada caso | - | - | - | 8 (38) | 13 (61,9) | 4,61 | 0,49 |
| Utiliza o registro das informações para o acompanhamento de cada caso e avaliação das ações na saúde da criança | - | - | 1 (4,7) | 12 (57,0) | 8 (38,0) | 4,33 | 0,57 |
| Monitora a cobertura vacinal e faz busca ativa às crianças faltosas | - | - | - | 9 (43,0) | 12 (57,0) | 4,57 | 0,50 |
| Realiza supervisão e atividades de educação junto à equipe de enfermagem sobre as técnicas de aplicação e conservação das vacinas | - | - | 1 (4,7) | 9 (42,8) | 11 (52,3) | 4,47 | 0,60 |

Continua

| Comunicação e relacionamento com a criança e a família | | | | | | | |
|--|----------|---|----------|-----------|-----------|------|------|
| Apresenta habilidade para interagir com a criança e a família | - | - | - | 6 (28,5) | 15 (71,4) | 4,71 | 0,46 |
| Comunica-se de forma simples, clara, tranqüila, direta e de fácil compreensão com a criança e família | - | - | - | 4 (19,0) | 17 (80,9) | 4,80 | 0,40 |
| Apresenta sensibilidade para perceber situações não comunicadas verbalmente pela criança ou família | - | - | 1 (4,7) | 9 (42,8) | 11 (52,3) | 4,47 | 0,60 |
| Utiliza a observação para fazer uma avaliação geral da criança | - | - | 1 (4,7) | 5 (23,8) | 15 (71,4) | 4,66 | 0,57 |
| Sabe ouvir com paciência as situações trazidas pela família | - | - | - | 5 (23,8) | 16 (76,1) | 4,76 | 0,43 |
| Apresenta atitude acolhedora na relação com a criança e a família | - | - | - | 5 (23,8) | 16 (76,1) | 4,76 | 0,43 |
| Estabelece vínculo a partir de uma relação de confiança com a criança e a família | - | - | - | 5 (23,8) | 16 (76,1) | 4,76 | 0,43 |
| Apresenta flexibilidade e compreensão diante dos conceitos e vivências da família | - | - | - | 12 (57,0) | 9 (43,0) | 4,42 | 0,50 |
| Envolve a família nos cuidados de saúde à criança | - | - | - | 8 (38,0) | 13 (61,9) | 4,61 | 0,49 |
| Incentiva a promoção de um ambiente saudável, por meio do fortalecimento de laços afetivos entre a família e a criança | - | - | 2 (9,52) | 9 (42,8) | 10 (47,6) | 4,38 | 0,66 |
| Realiza acompanhamento da situação da família da criança | - | - | 1 (4,7) | 12 (57,0) | 8 (38,0) | 4,33 | 0,57 |
| Realiza grupos de crianças e família/cuidadores para acompanhamento, troca de experiências e orientações gerais sobre a saúde da criança | 1 (4,76) | - | 8 (38,0) | 5 (23,8) | 7 (33,3) | 3,80 | 1,07 |

Continuação

| | | | | | | | |
|--|---|---|----------|-----------|-----------|------|------|
| Conhecimento sobre a saúde da criança e a comunidade | | | | | | | |
| Apresenta conhecimento sobre as características normais da infância e as patologias mais comuns dessa faixa etária | - | - | - | 9 (42,8) | 12 (57,0) | 4,57 | 0,50 |
| Associa o conhecimento teórico às experiências práticas no atendimento à criança | - | - | - | 4 (19,0) | 17 (80,9) | 4,80 | 0,40 |
| Demonstra capacidade técnica para resolução dos problemas no seu nível de assistência | - | - | - | 8 (38,3) | 13 (61,9) | 4,61 | 0,49 |
| Busca atualização contínua sobre os conhecimentos na área da saúde da criança | - | - | 1 (4,76) | 8 (38,0) | 12 (57,0) | 4,52 | 0,60 |
| Conhece a comunidade, suas características populacionais e seu perfil epidemiológico | - | - | 1 (4,7) | 11 (52,3) | 9 (42,8) | 4,38 | 0,58 |
| Utiliza o conhecimento sobre a comunidade para o planejamento e implementação de ações direcionadas à saúde da criança | - | - | 4 (19,0) | 9 (42,8) | 8(38,0) | 4,19 | 0,74 |
| Mantém conhecimento atualizado sobre os aspectos técnicos da vacinação | - | - | - | 7 (33,3) | 14 (66,6) | 4,66 | 0,48 |
| Articulação com a equipe de saúde e outros serviços de atenção à criança | | | | | | | |
| Trabalha de forma multiprofissional com a equipe de saúde | - | - | - | 6 (28,5) | 15 (71,4) | 4,71 | 0,46 |
| Conhece os serviços de atenção à criança e encaminha quando necessário | - | - | 1 (4,7) | 11 (52,3) | 9 (42,8) | 4,38 | 0,58 |
| Encaminha a criança para atendimento em outros níveis de assistência conforme a gravidade do caso | - | - | 1 (4,7) | 2 (9,5) | 18 (85,7) | 4,80 | 0,51 |
| Cuidado integral à criança | | | | | | | |
| Avalia cada criança de forma holística, considerando sua singularidade diante de sua realidade social, familiar e | - | - | - | 5 (23,8) | 16 (76,1) | 4,76 | 0,43 |

Continuação

ambiental

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|----------|-----------|------|------|
| Realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança englobando os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social | - | - | - | 6 (28,4) | 15 (71,4) | 4,71 | 0,46 |
| Realiza consulta de enfermagem com ênfase no atendimento integral à criança | - | - | - | 4 (19,0) | 17 (80,9) | 4,80 | 0,40 |
| Promove aleitamento materno e orienta sobre a alimentação da criança | - | - | - | 3 (14,2) | 18 (85,7) | 4,85 | 0,35 |
| Desenvolve as ações de cuidado de acordo com os programas e políticas de atenção à saúde da criança | - | - | - | 7 (33,3) | 14 (66,6) | 4,66 | 0,48 |
| Detecta riscos à integridade física, psicológica ou social a que a criança está exposta | - | - | - | 8 (38,0) | 13 (61,9) | 4,61 | 0,49 |
| Identifica no atendimento as situações em que uma criança está em risco de vida | - | - | - | 5 (23,8) | 16 (76,1) | 4,76 | 0,43 |
| Prioriza o atendimento das crianças que apresentam sinais de risco de vida | - | - | - | 4 (19,0) | 17 (80,9) | 4,80 | 0,40 |
| Considera os agravos mais comuns da infância na avaliação de cada criança | - | - | - | 7 (33,3) | 14 (66,6) | 4,66 | 0,48 |

*Os dados foram expressos em n(%)

- - - 2 (9,5) 11 (52,3) 8 (38,0) 4,28 **Conclusão**

— Fonte: Dados da pesquisa, Silva AM, Porto Alegre, 2012

5.2.1 Competências do Domínio Valores profissionais

Os valores correspondem a padrões abstratos, considerados importantes pelas pessoas que neles acreditam, envolvem a subjetividade e são construídos em um processo social. A atuação em saúde como uma prática humanística que envolve aspectos sociais, culturais e históricos, requer uma prática baseada em valores, visto que a vida e a saúde são bens supremos do ser humano⁽⁹⁷⁾.

A identificação profissional tem sido definida como fazer o que se gosta e sentir-se bem o fazendo⁽⁹⁸⁾, sendo considerada pelos trabalhadores da enfermagem como sendo fundamental para se manter na profissão e ter um bom desempenho profissional⁽⁹⁹⁾. A respeito disso, uma das competências que obteve consenso foi “**Identifica-se com a profissão**”:

Fazer o que se gosta é um princípio básico da profissão, trabalhar com o ser humano é complexo, portanto a identificação com a profissão gera um bom trabalho e satisfação pessoal (Q22).

Em qualquer área profissional, é fundamental que se goste do que se faz. Para os profissionais que atuam na área da saúde, essa identificação é de extrema valia, pois estes lidam com a vida de outras pessoas, bem como para as enfermeiras que têm no cuidado ao outro a base de sua profissão. A ética e o respeito aos valores profissionais também já foram relacionados como competências da enfermeira na atenção básica⁽⁹⁰⁾.

Entretanto, a escolha da profissão envolve não apenas o profissional propriamente dito, mas também todos aqueles que são atingidos pelo seu trabalho, incluindo aqueles que são objetos de seu cuidado e os outros profissionais. A falta de identificação com a profissão foi abordada em um estudo que revela que um fator que tem contribuído para a desumanização das relações entre usuários e enfermeiras é a insatisfação destas com a escolha do curso, o que afeta a autoestima do profissional e interfere diretamente nas suas relações com o outro⁽¹⁰⁰⁾.

A identificação com a saúde da criança também foi relatada pelas enfermeiras na competência “**Identifica-se com a área da saúde da criança**”:

A criança é muito sensível, por isso acredito na necessidade de perfil profissional para trabalhar com essa faixa etária (Q05).

A identificação com a especialidade é tão importante quanto a identificação com a profissão (Q22).

Gostar de trabalhar nessa área é fundamental para a realização de um bom trabalho. A troca tem que ser positiva (Q23).

O trabalho da enfermeira na ABS abrange o atendimento às necessidades de todos os indivíduos, independentemente de sua faixa etária. Apesar disso, as enfermeiras demonstram uma preocupação em gostar da área para o desenvolvimento de um bom trabalho. Esse sentimento denota um compromisso com a assistência a ser prestada.

Um estudo que teve como objetivo verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a saúde da criança no contexto hospitalar também constatou que apesar da maioria destes (54,8%) não apresentar formação específica para atuar na área, todos relataram ser essencial para atuar nessa área gostar de trabalhar com crianças⁽¹⁰¹⁾.

Para a atenção à criança na ABS, a enfermeira “**Responsabiliza-se pela atenção à saúde da criança**”:

Entender que a criança está sob responsabilidade do serviço de saúde (Q14).

Quando é relatado que a criança está sob responsabilidade do serviço de saúde, conseqüentemente, esta também passa a ser da enfermeira. As enfermeiras devem exercer suas atividades com responsabilidade⁽¹⁰²⁾, entretanto, o sentido de responsabilização implica em assumir um compromisso diante do usuário, da comunidade e suas demandas de atenção em saúde. Apesar de a família ser a principal provedora do cuidado à criança, o profissional de saúde deve sentir-se por ela responsável, demonstrando atenção e interesse, pois essa atitude possibilita o estabelecimento de uma relação de cuidado com a criança e sua família além de favorecer a geração de um sentimento de confiança na enfermeira. A responsabilização é dos princípios norteadores do cuidado integral na saúde da criança⁽⁵³⁾.

No campo da saúde, essa atitude de responsabilizar-se pelo cuidado é de suma importância, pois nessa área o objetivo fim não é a cura em si, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, meio pelo qual se crê que poderá se atingir a cura e a saúde, que de fato são os objetivos a que se quer chegar⁽¹⁰³⁾.

Responsabilizar-se e prestar contas de suas ações profissionais já foi relatado na literatura como uma competência da enfermeira generalista⁽⁷¹⁾, assim como responsabiliza-se pela atenção à saúde e contribui para sua organização⁽⁹⁰⁾.

Outra competência que obteve consenso refere-se à autonomia profissional, tema importante para a compreensão da profissão da enfermeira, servindo tanto para a definição de

seus desafios, quanto para a forma como elas relacionam com a equipe de saúde e como se apresentam na sociedade em geral⁽¹⁰⁴⁾. Sendo assim a enfermeira “**Atua com autonomia na sua área profissional**”:

Ter certeza e confiança nas orientações sempre que forem solicitadas (Q18).

A autonomia é relacionada pelas enfermeiras com o saber profissional. O saber próprio de cada profissão que atua na atenção primária (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde) constitui uma relação de complementaridade e interdependência e ao mesmo tempo de autonomia relativa⁽¹⁰⁵⁾.

Frente à pluralidade de conhecimentos próprios do trabalho em saúde, a autonomia apresenta-se de forma variada conforme o escopo de ações de cada categoria profissional. Na ABS as enfermeiras mantêm considerável autonomia nas suas práticas, pois são elas que propõem suas ações, estabelecem a maneira como será constituído seu trabalho, já que este modelo de atenção lhes permite maior liberdade no uso dos espaços para a transformação da realidade de saúde local⁽¹⁰⁶⁾.

Entretanto, essa autonomia ainda é incipiente, não sendo completamente estabelecida, mesmo assim também não é ausente ou inexistente, o que suscita o papel das enfermeiras na construção dessa tão desejada autonomia, tendo esta também já sido identificada como uma competência da enfermeira em atenção básica⁽⁹⁰⁾.

5.2.2 Competências do Domínio Gerenciamento

Além da assistência direta aos usuários, as enfermeiras também são responsáveis pelo gerenciamento. Este termo é amplo e no que se refere ao trabalho das enfermeiras é relacionado tanto ao gerenciamento da equipe de enfermagem, quanto dos serviços de saúde. Em relação ao gerenciamento na equipe de enfermagem, o enfermeiro é o profissional que é responsável para assumir a atividade gerencial, respondendo pela coordenação da equipe composta por técnicos e auxiliares de enfermagem, condução e viabilização do processo do cuidado.

No que diz respeito ao gerenciamento dos serviços de saúde, uma das atribuições do enfermeiro na ABS é “participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde”⁽¹¹⁾. Esta atividade administrativa inclui a provisão de

recursos materiais e pessoais para a organização dos serviços necessários na unidade de saúde.

Alguns estudos têm evidenciado que a atividade gerencial da unidade de saúde também faz parte do trabalho da enfermeira em ABS^(75,107-110). Uma das competências da enfermeira generalista é justamente a aplicação de conhecimentos e habilidades relevantes para a provisão e gerenciamento do cuidado em enfermagem⁽⁷¹⁾.

No campo do ensino, conforme as DCN o gerenciamento é uma competência a ser desenvolvida no curso de graduação em enfermagem:

Os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde⁽⁶⁸⁾.

Neste domínio as enfermeiras indicaram a competência **“Exerce o gerenciamento de modo a oferecer a melhor solução para cada caso”**:

O gerenciamento é necessário, pois as ameaças ao trabalho não vêm somente de situações externas, mas costumam vir também dos descuidos e negligências internas do serviço (Q16).

É saber ouvir, dialogar em caráter interpessoal, obtendo a melhor solução para a ocasião (Q18).

As enfermeiras referem-se ao gerenciamento realizado no sentido da organização do trabalho, pois a enfermeira é vista como uma facilitadora para o trabalho dos demais membros da equipe de saúde, afinal é ela a responsável pelo preparo do ambiente fazendo a gerência tanto dos recursos materiais quanto pessoais para que ocorram as atividades da assistência à saúde⁽²⁶⁾.

Essa prática da enfermeira também é reconhecida pelos profissionais da equipe de saúde, que recorrem à enfermeira quando necessitam de alguma informação em relação a algum usuário ou funcionamento da unidade, afinal ela apresenta preparo para a realização dessa função⁽²⁶⁾.

O gerenciamento em relação ao cuidado prestado à criança também foi citado pelas enfermeiras:

Gerenciar é transformar oportunidades em resultados, olhar uma carteira de vacinação atrasada, já reavaliar toda e fazer consulta na hora (Q18).

A enfermeira deve saber organizar/gerenciar a assistência prestada à criança, no sentido de não perder oportunidades de cuidado. Esse tipo de gerenciamento exige que as enfermeiras exercitem um olhar com vistas a perceber as necessidades da criança, pois às vezes essas passam despercebidas por falta de um olhar gerencial. O gerenciamento do cuidado corresponde a tê-lo como foco das ações de enfermagem e em utilizar os saberes da administração como uma ferramenta na concretização do cuidado⁽¹¹¹⁾.

O enfermeiro gerencia o cuidado quando faz o seu planejamento e o efetua, faz a previsão e provisão dos recursos a serem utilizados para isso, capacita sua equipe, educa o usuário, interage com outros profissionais, ocupa espaços de articulação e negociação com vistas a assegurar a qualidade do cuidado⁽¹¹¹⁾.

No gerenciamento do cuidado, o registro é um instrumento indispensável para o trabalho da enfermeira na assistência à saúde. Assim, as enfermeiras indicaram a competência **“Utiliza o registro das informações para o acompanhamento de cada caso e avaliação das ações na saúde da criança”**:

Embora muitas sejam as dificuldades no dia dia de demanda do serviço, é importante registrar ações, orientações, condutas e encaminhamentos realizados à criança, pois é o modo pelo qual se terá um “panorama” e um prognóstico da prevenção, tratamento e/ou recuperação de situações de saúde bem como uma possível avaliação da nossa atuação e acompanhamento (Q24).

O ato da escrita materializa as ações efetuadas, torna o pensamento concreto, oferecendo condições para que possa se visualizar ver o que já foi e o que preciso ser feito. O registro permeia constantemente o trabalho da enfermeira, pois é por meio dele que é possível se obter parâmetros sobre a saúde da criança e as ações empreendidas pela enfermagem e pelos outros profissionais da equipe de saúde, sendo bastante utilizado para a avaliação e planejamento das ações assistenciais.

O registro sistemático gera informações que permitem um maior conhecimento e a melhor compreensão do processo saúde e doença, facilita a socialização dos dados entre os diferentes profissionais e ainda possibilita um acompanhamento ampliado e diferenciado⁽¹¹²⁾.

Um importante instrumento de registro e que apresenta os parâmetros comuns para o monitoramento da saúde infantil é a Caderneta de Saúde da Criança. Esta se apresenta como um dispositivo essencial de vigilância à saúde, por ser o documento onde são registrados os

dados e eventos mais significativos para a saúde infantil, por possibilitar o diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem a criança e especialmente por pertencer à criança e à família e com elas transitar pelos diferentes serviços e níveis de atenção no cuidado à saúde⁽¹¹³⁾.

Dessa forma, um registro adequado acerca das condições de saúde da criança além de se constituir em um elemento de comunicação na equipe da unidade de saúde, funciona também como um canal comum de fornecimento de informações para quando a criança é referenciada para outros serviços de saúde.

Ao investigar o registro nos prontuários de crianças atendidas em UBS e ESF, um estudo constatou que os registros sistemáticos favorecem a melhor compreensão do processo saúde e doença das crianças, propiciando a integração entre os diferentes profissionais envolvidos nas ações desenvolvidas junto às crianças atendidas, fato que promove a continuidade da assistência⁽¹¹²⁾.

Outro estudo que buscou o significado do registro junto às enfermeiras no cuidado à criança em atenção primária revelou que estas percebem o registro de enfermagem como documento legal, instrumento para acompanhar o estado de saúde da criança, substrato para a equipe multiprofissional e norteador para a construção do diagnóstico de saúde da comunidade⁽¹¹⁴⁾.

Nos EUA, realizar um registro de uma avaliação sistemática, acurada e completa da criança é uma competência da enfermeira no cuidado à criança em APS⁽³³⁾.

A vacinação é um meio de proteção da saúde da criança, pois previne uma série de doenças que nessa fase podem representar perigo à saúde da criança. No Brasil, as ações de vacinação preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), existente desde 1973, têm contribuído para a redução da morbimortalidade das crianças, melhorando a qualidade de vida dessa faixa etária⁽¹¹⁵⁾. A importância da vacinação justifica sua inclusão em várias estratégias governamentais relacionadas à saúde da criança^(46,48,53). Esta ação foi contemplada na competência “**Monitora a cobertura vacinal e faz busca ativa às crianças faltosas**”:

Para melhorar os índices de cobertura vacinal e busca ativa dos faltosos (Q11).

No caso de crianças da comunidade, manter a cobertura vacinal adequada, contribuindo para a redução da mortalidade e morbidade por doenças preveníveis por imunização (Q08).

É necessária, pois o 1º ano de vida da criança é determinante e dentro desse contexto temos o esquema de imunização (Q06).

Garante a redução da morbidade e da mortalidade por doenças preveníveis por imunização (Q21).

Pela importância que as vacinas são na saúde da criança e desenvolvimento da criança (Q07).

No que diz respeito ao aspecto individual, a cobertura vacinal oferece uma reação imunológica protetora, o que proporciona a redução de indivíduos suscetíveis na população, evitando assim a difusão das doenças transmissíveis na coletividade. A avaliação da cobertura vacinal pode contribuir para obtenção de respostas relacionadas à efetividade desta ação no sentido de detectar se a população infantil encontra-se imunizada, além da identificação de pontos frágeis das atividades de vacinação, verificação se as metas estabelecidas para cada vacina estão sendo alcançadas e o acompanhamento da existência de pessoas suscetíveis às doenças imunopreveníveis na população⁽¹¹⁶⁾.

Desde a implantação do PNI a enfermeira juntamente com a equipe de enfermagem na rede básica de saúde tem sido responsável pelo monitoramento da cobertura vacinal, controle da caderneta de vacinação, conservação de vacinas e soros, técnica de aplicação e a busca aos faltosos⁽¹¹⁷⁾.

Nos Estados Unidos, avaliar o status de imunização da criança também é uma competência da enfermeira na APS⁽³³⁾. O desenvolvimento dessa ação está intimamente ligada à competência **“Realiza supervisão e atividades de educação junto à equipe de enfermagem sobre as técnicas de aplicação e conservação das vacinas”**:

Treinamento e supervisão dos técnicos de enfermagem quanto a aplicação de técnicas e controle rede de frio (Q06).

Acompanhamento com as técnicas de enfermagem quanto à aplicação quanto à aplicação e conhecimento do que está sendo feito (Q07).

Nessa competência, o aspecto educativo recebe a atenção das enfermeiras. Nas unidades de saúde, a enfermeira é responsável pela organização e realização dos processos de educação permanente da equipe de enfermagem, além da supervisão direta das atividades e realização de atividades de capacitação e atualização, com objetivo de instrumentalizar a equipe com conhecimentos para a prática assistencial e conseqüente melhoria da realidade de saúde⁽²⁰⁾.

Essa competência está de acordo também com o PNI, onde são previstas ações que visem à capacitação de recursos humanos, como forma de aperfeiçoar o trabalho, bem como a supervisão e acompanhamento das atividades de vacinação⁽¹¹⁵⁾.

A vacinação nos serviços públicos de saúde, sempre foi desenvolvida pela enfermeira como mais uma de suas responsabilidades do que outras categorias profissionais, pelo fato de estar sempre envolvida em atividades não só direcionadas à cobertura vacinal como também na supervisão e educação da equipe de enfermagem⁽¹¹⁷⁾.

5.2.3 Competências do Domínio Comunicação e Relacionamento com a Criança e a Família

No processo de assistência à saúde da criança é indispensável à inclusão da família, independentemente do contexto onde o cuidado seja prestado, pois a criança depende da família para a manutenção de sua vida, e nessa perspectiva o cuidado à criança deve ser centrado na família, a reconhecendo como constante na vida da criança⁽²⁾.

Existem diferentes concepções acerca do significado de família, sendo que esta é influenciada de acordo com o contexto histórico e cultural. Ela pode ser definida como um conjunto de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, e que compartilham de uma história de vida, objetivos comuns, laços afetivos, obrigações e um alto grau de intimidade.

Os arranjos familiares têm sido influenciados pelas mudanças da sociedade contemporânea. Assim, as famílias nem sempre apresentam biparentais, apresentando um pai e uma mãe, pois as famílias podem adotar diferentes configurações, como aquelas compostas por apenas por mães ou pais solteiros, homossexuais ou amigos.

Uma estratégia dos profissionais de saúde para facilitar a prática do cuidado à criança junto a sua família é a comunicação⁽²⁾, já que durante o cuidado em saúde, toda e qualquer ação a ser desenvolvida implica em um ato de comunicação, sendo que este se torna possível a partir do momento que é estabelecida uma relação interpessoal.

Tanto a comunicação adequada, quanto manter um bom relacionamento com a família da criança são recursos facilitadores para as atividades de cuidado à criança, pois estas ações possibilitam à enfermeira a troca de informações relevantes para o cuidado à criança e à família, a revelação de eventuais dificuldades, esclarecimento de dúvidas e maior participação na assistência⁽¹¹⁸⁾.

A partir do encontro entre a enfermeira, a criança e sua família há o estabelecimento de uma aproximação com vistas a dar início ao processo comunicacional, constituindo a

interação, expressa na competência **“Apresenta habilidade para interagir com a criança e a família”**:

É importante saber lidar com a criança e também com a família, porque com certeza vai interferir no tratamento. De acordo com essa habilidade haverá maior ou menor facilidade nos procedimentos (Q15).

Para aprender a situação e o contexto que envolve a criança, a fim de melhor auxiliá-la no atendimento (Q01).

As enfermeiras reconhecem o papel importante da interação com a família na saúde da criança, pois esta permite a criação de uma base sólida para um bom relacionamento⁽¹¹⁹⁾. Dessa forma, essa atividade constitui-se em uma importante ferramenta na atenção à criança, pois possibilita à enfermeira detectar aspectos referentes ao estado geral da criança, informações relevantes para o seu acompanhamento, assim como as dificuldades relacionadas à parentalidade, por meio da análise da forma como os pais estimulam a criança, o tipo e a intensidade da reciprocidade, a sensibilidade que o adulto demonstra em relação ao filho e a interpretação que dá aos seus sinais, assim como as respostas aos mesmos⁽¹¹⁸⁾.

O ambiente é um fator que pode afetar de diferentes formas a interação entre a enfermeira, a criança e sua família⁽¹¹⁹⁾, assim independente do local onde ocorra o encontro, é importante que seja propiciado um ambiente tranquilo e com privacidade, para que a família sinta-se à vontade para expor suas necessidades e preocupações.

Sendo a comunicação um elemento intrínseco à interação⁽¹²⁰⁾, a enfermeira **“Comunica-se de forma simples, clara, tranquila, direta e de fácil compreensão com a criança e família”**:

É necessário para a enfermeira uma abordagem esclarecedora, direta, simples e de fácil compreensão para o paciente e seus familiares (Q03).

É uma forma de passar confiança tanto para a criança quanto para o familiar e com isso obter mais informações sobre a criança para melhor orientar cuidados (Q04).

A enfermeira deve ter capacidade de comunicar-se (Q02).

As enfermeiras afirmam que durante a assistência à criança a comunicação é importante tanto com a criança quanto com a sua família, pois durante a assistência de enfermagem destinada ao cuidado infantil, a comunicação torna-se um elo entre a criança,

família e a equipe de enfermagem, permitindo diálogo e gerando o sentimento de segurança, confiança e tranquilidade durante o cuidado⁽¹²¹⁾.

No entanto, para que se alcance uma comunicação efetiva com a criança é preciso que a linguagem respeite a sua etapa de desenvolvimento, podendo ser utilizados alguns recursos facilitadores que se aproximem do contexto do mundo infantil como brinquedos, jogos e desenhos que são passíveis de uso na atenção básica. A inserção do lúdico proporciona a criação de um ambiente de fantasia e brincadeira. Estes elementos fazem com que a criança sintam-se mais à vontade para interagir e constituem-se em instrumentos que facilitam a comunicação entre a criança e o profissional de saúde.

Em relação à família, para uma comunicação clara e de fácil compreensão, deve-se evitar o uso de linguagem técnica, pois a utilização desta pode resultar em situações de incompreensão acerca das informações sobre a saúde da criança⁽¹²²⁾. Além disso, a enfermeira deve verificar se a família compreendeu o significado das informações, pois muitas vezes os familiares não apreendem o significado da mensagem, o que pode refletir de forma negativa nos cuidados à criança.

Essa importância da comunicação tem sido evidenciada por estudos sobre competências para a prática da enfermagem na ABS⁽⁷⁵⁾, assim como na assistência social⁽¹²³⁾. Comunicar-se efetivamente com a criança e os membros da família também é uma competência das enfermeiras americanas e australianas^(32,33).

O processo de comunicação envolve a linguagem verbal, não-verbal e habilidades de escrita e leitura tendo sido proposta nas DCN inclusive o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação⁽⁶⁸⁾. Sendo assim, todas as formas de comunicação com a criança e família devem ser valorizadas, para que aspectos que possam ser importantes e decisivos na assistência à criança não passem despercebidos.

Diante disso, as enfermeiras indicaram a sensibilidade como fator facilitador para a comunicação interpessoal na atenção à criança, por meio da competência **“Apresenta sensibilidade para perceber situações não comunicadas verbalmente pela criança ou família”**:

“Entender o não dito,” isto é, o não falado pela criança e os familiares (Q12).

Buscar dados através da linguagem corporal de situações que às vezes não são verbalizadas (Q20).

Devido à singularidade na assistência à saúde da criança é extremamente necessário que o enfermeiro tenha a sensibilidade com cada caso (Q03).

A sensibilidade possibilita fazer um entendimento adequado da situação da criança (Q15).

Mesmo que a forma mais comum de comunicação entre os seres humanos seja a linguagem verbal, elementos como o toque físico, o olhar e a postura adotada pelos interlocutores também emitem sinais que podem ser de acordo ou não com a informação veiculada verbalmente, pois “o corpo também fala”. Como nem todas as crianças estão aptas para a linguagem oral por questões do desenvolvimento humano, os profissionais que lidam com elas precisam desenvolver os sentidos para apreender as mensagens da criança que está diante de si e também da família, pois durante o cuidado a comunicação acontece nos movimentos mais íntimos e singulares nas pequenas expressões (verbais e não-verbais) realizadas durante a interação⁽¹²⁴⁾.

Para poder perceber situações desse tipo, a enfermeira **“Utiliza a observação para fazer uma avaliação geral da criança”**:

Considero a observação essencial para poder fazer uma avaliação geral da situação e para poder planejar o atendimento (Q15).

Muitas vezes as crianças apresentam sinais simples e sutis, mas que podem ser extremamente importantes durante a avaliação de sua saúde, já que não há uma linearidade na comunicação entre a enfermeira e a criança, sendo esta constituída por uma rede articulada de informações, na qual as enfermeiras se utilizam de várias situações e artifícios para empreender o ato de comunicar-se com a criança⁽¹²⁴⁾.

As enfermeiras salientaram a escuta como um ponto de partida para avaliação e tomada de decisão em relação ao planejamento da assistência à saúde da criança, como foi visualizado na competência **“Sabe ouvir com paciência as situações trazidas pela família”**:

Saber ouvir, pois ao atender a criança o enfermeiro depara-se com mães, pais, avós e outros familiares, que além de terem informações da criança, são os responsáveis pela implementação das medidas de cuidado (Q10).

Uma boa escuta permite que o enfermeiro perceba além do problema que é trazido pela criança/família (Q17).

Muitas vezes nos chegam situações básicas corriqueiras, mas que trazem muita angústia aos pais. Devemos ouvir esses pais e tranquilizá-los (lógico

que conforme a situação), pois, na maioria das vezes, com “cabeça fria” conseguimos resolver o problema de forma simples e rápida (Q09).

A escuta dos familiares é ressaltada pelas enfermeiras, pois as necessidades por eles relatadas devem guiar a comunicação entre a enfermeira e a família⁽¹¹⁹⁾.

Autores destacam que os pontos-chave que podem influenciar na forma como os cuidadores de crianças desenvolvem vínculo com a unidade de saúde estão relacionados à capacidade de escuta qualificada dos profissionais, aliada ao desempenho clínico deste e à interação da equipe de saúde com as famílias⁽¹²⁵⁾.

Um espaço que proporciona a escuta das situações trazidas pela família é o acolhimento, que foi indicado pelas enfermeiras na competência **“Apresenta atitude acolhedora na relação com a criança e a família”**:

Propicia a acolhida, que é essencial na assistência à saúde da criança (Q3).

A prática de acolhimento perpassa o atendimento a todas as faixas etárias dentro da atenção básica, essa prática implica em oferecer condições para que possa acontecer um atendimento (Q10).

Manter atitude de acolhimento (Q24).

As enfermeiras valorizam o acolhimento como uma atitude dentre as práticas de saúde. A atitude acolhedora representa um elemento básico para a constituição do atendimento em saúde, onde a partir de uma relação baseada no diálogo são consideradas as necessidades, forças e fragilidades do indivíduo. Entendido como uma atitude, o acolhimento é demonstrado pela enfermeira na relação com a família da criança por meio da sensibilidade para a compreensão de uma forma empática, captando sentimentos e encorajando a exposição daqueles mais profundos⁽¹²⁶⁾.

Assim, o acolhimento propõe a inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, ao colocar que todas as pessoas que o procuram sejam atendidas conforme suas necessidades, implicando em uma reorganização do processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional. Esta deve ser acolhedora, aberta à escuta do usuário, comprometendo-se na resolução do seu problema de saúde e qualificando a relação profissional e usuário, o que deve acontecer com humanismo, solidariedade e cidadania⁽²⁶⁾.

Essa configuração organizacional de práticas centradas no usuário significa que o ato de acolher envolve a postura do trabalhador, que deve ser de colocar-se no lugar do usuário

para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder as suas demandas⁽¹²⁷⁾.

O acolhimento faz parte de um conjunto de práticas que recebem a denominação de tecnologias leves, que consistem em tecnologias de relações que emergem a partir do encontro entre o usuário e o profissional de saúde⁽¹⁰³⁾. Nessa perspectiva, o acolhimento aparece como uma prática que deve orientar todos os cuidados em saúde, no sentido de promover uma escuta qualificada, um atendimento de qualidade que contemple as necessidades dos usuários. Alguns estudos já identificaram o acolhimento como competência da enfermeira na ABS^(90,128).

Assim como o acolhimento, o vínculo também faz parte das tecnologias leves, sendo expresso pelas enfermeiras na competência **“Estabelece vínculo a partir de uma relação de confiança com a criança e a família”**:

A criação do vínculo é essencial na assistência à saúde da criança (Q03).

Vínculo com a criança e sua família, para entender todo contexto familiar para intervenção em saúde, prevenção e avaliação de risco em geral (Q14).

Para ver a melhor forma de estabelecer um vínculo profissional, com a família e a criança (Q20).

É colocar-se ao lado desta família, para criar laços de confiança (Q20).

O vínculo foi referido pelas enfermeiras como a base para o cuidado à criança. Este faz parte da reorientação do trabalho em saúde por meio da ABS, sendo ele um dos seus fundamentos⁽¹¹⁾. Vínculo significa mais do que apenas conhecer o usuário, constituindo-se em um instrumento que deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto usuários, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que fala e deseja. Assim os profissionais devem demonstrar receptividade e envolvimento para que haja o estabelecimento do vínculo profissional e usuário.

O estabelecimento do vínculo com os usuários do serviço de saúde possibilita a ampliação da eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do cuidado, na medida em que propõe a construção de sujeitos autônomos, reconhecidos como seres que participam, escolhem e julgam⁽¹²⁹⁾.

Contudo, muitas vezes no contato com a família da criança, são percebidos aspectos que nos parecem pouco comuns, ou mesmo completamente inusitados, que demandam à

enfermeira a competência “**Apresenta flexibilidade e compreensão diante dos conceitos e vivências da família da criança**”:

Liberar-se de preconceitos a partir de realidades cotidianas da criança e sua família; combinar e negociar com eles as condutas de promoções e tratamento em saúde (Q12).

As visões de mundo e a percepções acerca da vida estão diretamente relacionadas às relações afetivas e sociais da pessoa ao longo de sua vida, sua família e às experiências vivenciadas, podendo mudar ao longo do tempo. É preciso estar claro para a enfermeira que a estrutura da família a ser cuidada pode ser muito diferente da formação da sua própria família ou do seu conceito de família⁽¹³⁰⁾. Ao considerarem o fato de que as famílias podem apresentar diferentes modos de viver, destacando a necessidade de ser flexível diante desse tipo de situação, as enfermeiras reconhecem que princípios, valores e crenças são diferentes para cada pessoa, sendo que muitas vezes determinadas situações são compreendidas pelas famílias de uma forma e compreendidas de maneira diferente pelas pessoas que não fazem parte dela.

No cotidiano de trabalho na atenção básica, ao adentrar a comunidade, a enfermeira encontra-se em um contato próximo com o contexto de vida da criança e sua família. Dessa forma, ela precisa estar ciente de que em cada contato com diferentes famílias, irá encontrar situações distintas de viver, o que nem sempre irão ao encontro de sua realidade, valores, crenças e convicções. Dizer que é necessário ser flexível diante de situações inusitadas pode parecer tarefa difícil, mas acima de tudo é preciso superar as diferenças para que se possa atuar diante das necessidades percebidas pela criança ou sua família. É importante salientar que apesar de a flexibilidade ser necessária, diante de situações que possam expor a criança ao risco, a enfermeira deve agir conforme os preceitos éticos de sua profissão⁽¹⁰²⁾, jamais se esquecendo da sua missão de cuidado à saúde das pessoas.

Essas questões nos remetem à noção de competência cultural, que já foi considerada uma competência da enfermeira na ABS^(90,131). Respeitar a dignidade da criança e sua família incluindo seus valores e crenças espirituais e culturais é uma competência da enfermeira australiana ao cuidar de crianças⁽³²⁾.

Independente da configuração ou cultura da família é importante que haja a inserção desta no processo de cuidar do filho, assim a enfermeira “**Envolve a família nos cuidados de saúde à criança**”:

Atuando junto aos pais e cuidadores infantis (Q02).

Envolver pais e cuidadores nos cuidados de saúde biopsicossociais (Q02).

É expressa uma preocupação por parte das enfermeiras em envolver a família no cuidado à criança. A família deve ser considerada como um todo, como unidade de cuidado, constituindo-se em um precioso instrumento na assistência à criança⁽¹²⁶⁾.

Essa percepção das enfermeiras de inclusão da família no cuidado à criança representa uma visão abrangente da saúde da criança, o que pode ser explicado pela mudança de paradigma da atenção à saúde, no qual o foco deixa de ser o indivíduo e sua doença, para a pessoa inserida em seu contexto de vida, onde a família adquire cada vez mais importância, sendo também vista como foco da assistência.

É importante ressaltar que a família já não deve ser vista apenas como aquela que deve cumprir as determinações dos profissionais de saúde, necessário salientar que ela assume a responsabilidade por seus membros, ela precisa ser ouvida em suas dúvidas, sua opinião deve ser considerada, e sua participação deve ser incentivada em durante o processo assistencial. Essa atitude gera uma relação de colaboração entre a enfermeira e a família, o que contribui para o sucesso do plano terapêutico.

Promovendo o envolvimento da família nos cuidados de saúde da criança é dada a oportunidade de aprendizado a essas famílias sobre as suas dúvidas e necessidades em relação aos aspectos que influenciam a saúde da criança, afinal é a família a grande responsável pela criança. Envolver a família no cuidado à criança é importante tanto para a criança quanto para a própria família, pois quando a enfermeira atua junto à família da criança e suas necessidades, são promovidas repercussões no âmbito familiar, pois essa atitude gera segurança nas mães em relação o cuidado dos seus filhos⁽¹²⁶⁾.

Uma importante forma de valorizar a atitude da família em relação ao cuidado da criança é ressaltar sempre os avanços da criança, mesmo que estes não sejam clinicamente significativos, pois para os pais é importante que sejam estimulados para investir no desenvolvimento dos filhos⁽¹¹⁸⁾.

Assistir à família em relação às questões do desenvolvimento e comportamento da criança é uma competência da enfermeira nos EUA⁽³³⁾, as enfermeiras australianas também devem possibilitar a participação da criança e sua família nos cuidados de saúde em uma relação de parceria⁽³²⁾.

Envolver a família no cuidado à criança também implica em ações no sentido de promover o apego entre a família e a criança, assim a enfermeira **“Incentiva a promoção de**

um ambiente saudável, por meio do fortalecimento de laços afetivos entre a família e a criança”:

Importante observar vínculos afetivos mãe e criança, cuidador e criança (Q04).

Fortalecendo laços afetivos e ambiente saudável (Q02).

É importante para promover a mudança de comportamento da família/criança, quando esta se faz necessária para o bem-estar e saudável desenvolvimento da criança (Q17).

Os laços afetivos com a família são vistos pelas enfermeiras como essenciais para a criança. Quando uma criança nasce, toda a família passa por alterações, incluindo sua estrutura da família, pois ocorre a transição para a parentalidade, alterando as identidades do casal para pais, adquirindo novos papéis e passando a compor uma unidade familiar. Quando o casal já tem filhos, estes também passam por mudanças, com a aceitação de um novo membro familiar. Os irmãos da criança também passam por adaptações durante a aceitação de ter mais um irmão.

O ambiente físico também passa por alterações, para ser destinado a receber uma nova criança. Dessa forma, percebe-se que após o nascimento de uma criança fazem-se necessárias várias adaptações na família, que implicam em novas rotinas da família como um todo para receber o novo membro. Assim, é fundamental que os laços afetivos sejam observados de perto, pois sem dúvida irão influenciar no cuidado à criança. A enfermeira deve então salientar à família da criança para que propicie um ambiente favorável ao desenvolvimento, com base afetiva sólida, segurança física, alimentação adequada e oportunidade para a educação formal⁽¹³²⁾.

A situação da família deve ser um aspecto importante a ser observado pela enfermeira, a respeito da aceitação e relação com a criança. Em função disso, foi indicada a competência **“Realiza acompanhamento da situação da família da criança”:**

Ajudar a família no entendimento dessa criança e seu mundo infantil (Q02).

Observar desenvolvimento da criança e história familiar (Q04).

Ao nascer, nenhum ser humano consegue sobreviver sem ser cuidado, pois na espécie humana o cuidado desde o nascimento é fundamental para a manutenção da vida, e se não

houver apoio para um recém-nascido, não há sobrevivência. Esse primeiro grupo de pessoas que recebe criança é a família. É nela que a criança terá suas primeiras vivências e experimentará a interação humana e social. Na família, a criança encontra a sua unidade primordial de cuidado, o seu pilar para a vida, e é a partir dela que a criança modela seu modo de ser e estar no mundo.

A criança e sua família são unidades conjuntas, indissociáveis, pois não é possível se referir à criança de forma isolada, a família sempre estará presente em todos os momentos de sua vida infantil.

Questões relacionadas à família afetam diretamente a qualidade do cuidado dirigido à criança:

O trabalho dos pais e/ou responsáveis pela criança, a estabilidade no emprego, a jornada de trabalho, o desgaste sofrido em sua execução os benefícios advindos do trabalho, assim como as relações no âmbito familiar, que incluem afeto dos pais com as crianças e cuidado com o conforto, a alimentação, a educação entre outros, devem integrar a racionalidade da assistência [...] ⁽¹²⁾.

O envolvimento da enfermeira com a situação da família é um ponto relevante, pois no trabalho em ABS, uma característica marcante é a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde e doença dos indivíduos ⁽¹¹⁾.

Esse acompanhamento da situação da família da criança remete à longitudinalidade da APS, que se refere à existência de uma fonte regular de cuidado pela equipe de saúde, assegurada pela continuidade de atenção ao longo do tempo, baseada em um ambiente de relação mútua entre o indivíduo, a família e os profissionais ⁽¹⁰⁾.

Analisar o sistema familiar para identificar fatores que influenciam a saúde da criança faz parte das competências da enfermeira para a atenção à criança em APS nos EUA ⁽³³⁾.

5.2.4 Competências do Domínio Conhecimento sobre a Saúde da Criança e a Comunidade

O conhecimento é criado pelos membros de uma sociedade a partir das relações fundamentadas em alguma realidade, que é percebida e influenciada de acordo com o momento histórico, político e social no qual esta sociedade encontra-se. A busca do homem pelo conhecimento implica em dispor de uma capacidade para articular e organizar os

elementos e informações sobre o mundo, com vistas a perceber e conceber uma dada realidade⁽¹³³⁾.

No mundo do trabalho, o conhecimento é um importante ingrediente para a formulação da competência, pois este se constitui em um dos atributos da competência sendo foram anteriormente adquiridos pelo profissional. A construção de uma competência envolve o aprender a identificar e mobilizar os conhecimentos pertinentes a uma determinada situação⁽⁶³⁾. Assim, pode-se dizer que uma competência profissional não existe se não houver o amparo de um conhecimento subjacente.

Considerando o amplo envolvimento em múltiplos contextos de cuidado à saúde, pode-se dizer que o trabalho da enfermeira é complexo. Assim, é necessário que toda prática da enfermagem seja ancorada em conhecimento, para que possa ser assegurada a qualidade da assistência. Na saúde infantil, essa complexidade do trabalho da enfermeira adota uma importância ainda maior, pois a criança é dependente de cuidados para a manutenção de sua vida, sendo necessário que os profissionais que lidam com ela saibam o que poderão encontrar diante de si e o que fazer frente a determinadas situações no atendimento de uma criança. Sendo assim, o conhecimento é abordado como fundamental pelas enfermeiras na competência **“Apresenta conhecimento sobre as características normais da infância e as patologias mais comuns dessa faixa etária”**:

Fundamental para a atenção à criança, o enfermeiro precisa conhecer os processos físicos e psicológicos em todas as fases da infância relacionadas ao processo saúde doença (Q10).

Para melhor análise da situação e identificação de eventuais anormalidades, o enfermeiro necessita de conhecimento específico das características normais da infância, para diferenciar sinais ou sintomas patológicos (Q01).

Conhecer sobre o desenvolvimento psicomotor, patologias e prevenção de doenças (Q04).

Conhecimento das características próprias da criança (Q14).

Ter conhecimento sobre todas as fases da criança (Q06).

Pode-se dizer que os conhecimentos listados pelas enfermeiras fazem parte do cuidado da criança como um todo, pois cada um funciona como um recurso que é mobilizável não exclusivamente apenas a uma única competência, já que estes conhecimentos podem ser articulados também por outras competências de forma intercambiável. Esses conhecimentos

constituem recursos que isolados não se confundem com a própria competência, pois a mobilização tem como objetivo colocá-los em sinergia, assim como o que acontece em uma receita culinária, onde os ingredientes quando são ordenados e relacionados, são fundidos em uma totalidade mais rica do que sua forma singular⁽⁶³⁾.

Para a enfermagem, profissão cuja base está no cuidado de seres humanos, o conhecimento adquire uma importância ainda maior, pois vidas humanas estão ao seu alcance. De acordo com as enfermeiras, o conhecimento apresenta grande relevância para a prática da assistência à criança:

Conhecimento teórico é fundamental para o conhecimento de patologias (Q05).

Conhecimento técnico-científico é importante para poder prestar atendimento qualificado (Q13).

O saber é um ponto fundamental, com o saber, você tem poder de resolução do caso (Q22).

Importante para diferir sintomas dentre os muitos trazidos pela família/mãe/criança que podem levar a um correto achado diagnóstico (Q17).

Apesar desse reconhecimento da importância acerca do conhecimento para a prática profissional da enfermeira, autores que avaliaram conhecimentos e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica sobre crescimento, desenvolvimento, e vigilância da saúde infantil, constataram que 60,5% dos médicos e 58,2% dos enfermeiros apresentavam conhecimento sobre o assunto, porém em relação à prática, apenas 21,8% das mães haviam sido indagadas sobre o assunto e 14,4% receberam orientações sobre estimulação da criança. Os autores ressaltam a relevância do tema nesse contexto, pois distúrbios graves podem ser detectados antes dos 3 ou 4 anos de idade⁽¹³⁴⁾. Esse fato indica que a importância do conhecimento se dá não apenas no sentido do atendimento à criança, como também para o desenvolvimento de orientações junto à família da criança, acerca das características comuns dessa fase do desenvolvimento humano na vida infantil.

O conhecimento pode ser formado a partir de diferentes origens, sendo um produto das diferentes relações do profissional com o cenário da educação, da teoria científica obtida na formação acadêmica do profissional ou do conhecimento empírico originário das vivências do cotidiano de prática profissional. Essa junção da teoria e prática no conhecimento foi relatada

pelas enfermeiras na competência **“Associa o conhecimento teórico às experiências práticas no atendimento à criança”**:

Para toda a ação do enfermeiro é necessário o conhecimento teórico e a experiência prática do profissional (Q03).

Usar o nosso conhecimento acadêmico associado à prática de nossas vivências (Q20).

Conhecimento prático é importante em relação às crenças e dúvidas que surgem no dia a dia (Q05).

Ao relatarem essa competência as enfermeiras mostram que para o cuidado à criança são necessárias conexões entre as diferentes interfaces do conhecimento, destacando que apesar do conhecimento adquirido regularmente pela formação acadêmica ser importante, este não basta por si só, sendo necessário articulá-lo com a experiência profissional vivenciada por cada um.

O contexto da prática é tão importante porque a sequência de situações semelhantes nas quais a ação do profissional é requerida, fortalece a automatização de funcionamentos cognitivos complexos, que reforçam o embasamento das competências, mas ao mesmo tempo não são necessariamente obrigatórios para a sua formulação⁽⁶³⁾. Sendo assim, a prática favorece a competência, mas não a torna um pré-requisito para sua existência, pois o conhecimento deve vir antes e/ou junto com a prática.

O estabelecimento de uma competência acontece quando a mobilização dos conhecimentos ultrapassa o tatear reflexivo e aciona quase de maneira automática os esquemas de mobilização que foram sendo pouco a pouco construídos. Esses esquemas envolvem os mais diferentes atributos que compõem a competência e são adquiridos por meio da prática, o que não quer dizer que não se apoiem em nenhuma teoria⁽⁶³⁾.

A articulação entre teoria e prática foi identificada em um estudo que investigou as competências da enfermeira na atenção básica⁽¹²⁸⁾, o que reitera a ideia de que para o cuidado a de seres humanos na enfermagem é necessário o emprego de diferentes conhecimentos para que se alcance os resultados esperados na assistência à saúde.

No contexto internacional de enfermagem, essa questão de integração entre teoria e prática no cuidado à criança é destacada em alguns autores⁽¹³⁵⁾, outros ainda indicam que a enfermeira só torna-se competente quando entra em contato com o “mundo real” da experiência da prática clínica⁽¹³⁶⁾.

Na Austrália, foi identificada a competência “Demonstra uma compreensão da saúde da criança fundamentada na sua experiência e conhecimento”, o que reforça a importância da experiência prática para a composição do conhecimento e, conseqüentemente, da competência⁽³²⁾.

A incorporação da experiência adquirida pela prática junto ao conhecimento do profissional dá origem à noção do saber tácito. Enquanto a escola, as instituições formadoras em geral são responsáveis pelo conhecimento formalizado, considerado como explícito, a prática profissional também dá origem a outro tipo de conhecimento, que é aquele proveniente da experiência, o que constitui o conhecimento tácito, o implícito⁽²²⁾.

Os saberes tácitos estão ligados à subjetividade e são adquiridos com prática do profissional não sendo obtidos por meio do ensino, mas desenvolvidos com a prática. Estes saberes são apreendidos por meio da experiência subjetiva, sendo difíceis de serem transmitidos a outros, mas essenciais, por resistirem à automatização do dia a dia e por serem necessários à supervisão das atividades laborais⁽²²⁾.

Essa articulação é necessária para a enfermeira na competência **“Demonstra capacidade técnica para resolução dos problemas no seu nível de assistência”**:

O conhecimento e a capacidade técnica estão em primeiro lugar dentro das competências, sem isso não conseguimos desenvolver nenhum aspecto do atendimento (Q09).

A razão pela qual as enfermeiras relacionam conhecimento e capacidade técnica dá-se em função de que a capacidade técnica encontra-se estreitamente interligada com a noção de competência. O conceito de capacidade técnica aproxima-se do significado de competência, em função de que apenas o conhecimento não é suficiente para a capacidade técnica, são ambos são necessários juntamente com outros atributos diferentes que quando são integrados originam uma resposta a uma exigência de uma situação de trabalho.

Para a resolução de problemas, é necessária a identificação do tipo de problema para que se possa relacionar, de maneira pertinente, os conhecimentos prévios, o que origina uma orquestração de conhecimentos⁽⁶³⁾. Para a composição da capacidade técnica é preciso então identificação do problema, transferência, e mobilização do conhecimento, o que implica na capacidade para realizar determinada ação.

Nesse sentido, a enfermeira que demonstra capacidade técnica articula a proposta da ABS à saúde da criança para contextualizar adequadamente suas ações. Assim, a capacidade

técnica abrange o conhecimento e o uso dos instrumentos da profissão para a resolução dos problemas no trabalho.

Demonstrar conhecimento sobre atenção primária em saúde, promoção da saúde e continuidade do cuidado e incorporar esses conceitos na sua prática para melhorar a saúde e o bem-estar da criança e sua família é uma competência das enfermeiras no cuidado à criança na Austrália⁽³²⁾.

O conhecimento nunca é definitivo, ele se constitui em um processo sem finitude de constante construção, que sofre diferentes influências da sociedade, dentre os quais são destacados: momento histórico e econômico, paradigmas de pensamento científico, pesquisas científicas, tecnologia etc. Como o conhecimento passa por constante evolução, muitas vezes o que foi ensinado na formação já não faz mais parte do padrão das práticas atuais, não encontra respaldo no conhecimento científico contemporâneo. Assim, a enfermeira “**Busca atualização contínua sobre os conhecimentos na área da saúde da criança**”:

Atualizar-se para melhorar cada vez mais o atendimento (Q13).

As atualizações dos conhecimentos específicos ajudam na clareza dos diagnósticos e posterior conduta em relação ao fato (Q23).

Como já referido por outros autores⁽¹³⁷⁾, as enfermeiras reconhecem a necessidade de educação em saúde da criança, o que possibilita a prática de um cuidado seguro e qualificado à criança, pois apenas a experiência prática, apesar de importante, mostra-se insuficiente para a qualidade da assistência de enfermagem^(138,139).

Na área de saúde, os avanços científicos e tecnológicos tornam os conhecimentos obsoletos em um período de tempo extremamente curto⁽¹⁴⁰⁾. Do ponto de vista do modelo de competências, manter o conhecimento atualizado é algo que já deve ser próprio da constituição do profissional, pois a partir das mudanças do mundo trabalho, este sai de uma postura de mero executor do trabalho automatizado para adotar uma atitude pró-ativa, de responsabilização pela sua atividade laboral, o que por sua vez requer que mantenha seu conhecimento atualizado⁽²²⁾.

Em alguns países, a participação da enfermagem em cursos de educação e atualização é obrigatória⁽¹⁴⁰⁾. Por exemplo, no Canadá cada enfermeira deve atingir certa pontuação durante um determinado período de tempo para que possa continuar exercendo a profissão,

porém essa exigência ainda não é visualizada no Brasil, onde a participação em cursos e eventos de atualização é de livre escolha de cada profissional.

Este aspecto da educação também é abordado como uma competência que deve ser desenvolvida ao longo da formação do enfermeiro:

Os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais⁽⁶⁸⁾.

Da mesma forma, as enfermeiras australianas também demonstram um compromisso ativo em manter a continuidade de sua própria educação e desenvolvimento profissional⁽³²⁾.

Os profissionais de saúde também devem manter o conhecimento atualizado sobre a comunidade para o desenvolvimento do trabalho em ABS, a partir da adscrição de uma determinada área, obtendo informações da população por meio do cadastramento das famílias e dos indivíduos⁽¹¹⁾. Dessa forma, as enfermeiras indicaram a competência **“Conhece a comunidade, suas características populacionais e seu perfil epidemiológico”**:

Conhecer na sua área as características populacionais e seus perfis de saúde e doença (Q14).

Nesse contexto, é necessário que a enfermeira, assim como os demais profissionais de saúde, esteja atualizada acerca dos dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território para a realização de adequadas intervenções de saúde⁽¹¹⁾.

Para que a enfermeira possa conhecer sua comunidade, ela precisa estar atenta sobre a distribuição da população na área de abrangência da unidade de saúde na qual atua, condições de infraestrutura e saneamento do local, atividade econômica predominante, instituições de educação, existência e utilização de recursos sociais que fazem parte da comunidade, assim como a existência de outros serviços de saúde presentes na região.

Quanto ao perfil epidemiológico da população, ela precisa estar atualizada acerca dos indicadores acerca das estatísticas vitais e de morbimortalidade, o que implica em atuar na perspectiva da vigilância em saúde, identificando e controlando os fatores determinantes de saúde do indivíduo, família e comunidade, e a partir da notificação de agravos, conhecendo as

causas de adoecimento e sua distribuição na área de abrangência para o planejamento das ações focadas nessa população⁽²⁶⁾.

Essa competência é tão relevante que já foi identificada como uma competência profissional em ABS^(75,90). Tratando-se do trabalho desenvolvido no contexto da ABS, é de extrema importância que o profissional apresente conhecimento sobre a comunidade e seus indicadores de saúde para a formulação das ações em saúde, dessa forma, a enfermeira **“Utiliza o conhecimento sobre a comunidade para o planejamento e implementação de ações direcionadas à saúde da criança”**:

Para planejar ações para saúde da criança entre outros (Q14).

A fim de implementar ações eficazes focadas a saúde desse grupo (Q10).

Ao justificarem que o conhecimento da comunidade fornece subsídios para a organização da assistência à criança, as enfermeiras fornecem elementos que remetem à sistematização da assistência de enfermagem, o que é entendido como um processo que envolve a identificação de problemas, interpretação e organização de condutas no âmbito do exercício profissional.

A sistematização da assistência de enfermagem é prevista na legislação profissional e deve ser realizado em todos os ambientes onde ocorre o cuidado profissional de enfermagem⁽¹⁴¹⁾.

A aplicação da assistência sistematizada possibilita à enfermeira realizar uma avaliação crítica da situação da comunidade e dos usuários, definindo mais claramente as necessidades de saúde. Assim, a enfermeira pode dispor desse instrumento de organização do trabalho tanto no nível individual da criança quanto ao nível coletivo da comunidade, a fim de identificar as necessidades e implementar as ações. Identificadas como necessárias. Sistematizar e planejar a assistência de enfermagem também foi uma competência identificada entre as enfermeiras de ABS⁽⁹⁰⁾.

Uma das ações direcionadas à saúde da criança é a vacinação que foi indicada pelas enfermeiras na competência: **“Mantém conhecimento atualizado sobre os aspectos técnicos da vacinação”**:

É de suma importância nas equipes de saúde e mais especificamente nas equipes de vacinação, onde a enfermeira atua (Q21).

A expansão atuação da enfermeira na ABS gerou uma demanda crescente pelos atendimentos por ela empreendidos, dentre os quais estão a vacinação, requerendo a atualização permanente dos profissionais a fim de melhorar a resolutividade dos serviços prestados⁽¹¹⁸⁾.

A vacinação como ação de saúde inclui uma série de procedimentos técnicos que envolvem desde o transporte dos imunobiológicos na rede de frio até a sala de vacinas da unidade de saúde, conservação em equipamentos adequados, aplicação adequada do imunobiológico e o registro das doses no controle interno da unidade de saúde e na caderneta de saúde da criança. Como profissional responsável pela vacinação, a enfermeira precisa estar a par de todos esses aspectos implicados na vacinação, utilizando e mantendo o conhecimento atualizado para que possa desenvolvê-la de maneira adequada.

5.2.5 Competências do Domínio Articulação com a Equipe de Saúde e Outros Serviços de Atenção à Criança

Quando se fala em trabalho em saúde, é preciso destacar que o trabalho deve ser desenvolvido de maneira conjunta e compartilhada, afinal para o manejo e resolução da imensa variabilidade dos problemas da saúde que afetam as pessoas são necessários vários profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

Em função da amplitude de influências que afetam a saúde infantil, a atenção aos indivíduos dessa faixa etária demanda diferentes olhares. Sendo assim, muitas vezes é preciso contatar diferentes profissionais da equipe ou mesmo de outros serviços para atender a estas necessidades.

Na saúde da criança, essa relação multiprofissional é necessária, sendo tão importante que se constitui em um princípio norteador para o cuidado da criança⁽⁵³⁾. Nesse sentido, o profissional estabelece o contato com as diferentes interfaces necessárias para a assistência à saúde de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas percebidos na saúde da criança.

No contexto do trabalho em ABS, este deve ser desenvolvido por meio de práticas com sustentação no trabalho em equipe⁽¹¹⁾. Com este entendimento, foi identificada a competência **“Trabalha de forma multiprofissional com a equipe de saúde”**:

Dá subsídios para discussão de casos com a equipe (Q06).

Para atuação resolutiva e multiprofissional com a equipe (Q12).

Para ter um atendimento integral e mais qualificado (Q13).

É importante a argumentação e discussão do caso com a equipe multiprofissional (Q22).

Ao relatarem a realização do trabalho na perspectiva de equipe, as enfermeiras ao valorizam a atuação multiprofissional na saúde da criança na ABS, o que vai ao encontro da literatura⁽¹³⁷⁾. Nessa perspectiva, o trabalho da equipe de saúde é um tipo de trabalho exercido de forma coletiva, marcado por uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e pela interação dos diferentes profissionais⁽¹⁴²⁾.

Entretanto, é necessário destacar que trabalho coletivo nem sempre quer dizer trabalho em equipe, sendo observada uma distinção específica entre duas noções sobre o trabalho em equipe: agrupamento e integração. O trabalho em equipe não significa cada profissional atuando em sua área de forma isolada (agrupamento), mas um trabalho desenvolvido de forma conjunta e articulada, com um canal de comunicação comum, onde todos possam compartilhar de um projeto assistencial comum ao conjunto de profissionais (integração)⁽¹⁴²⁾.

A atuação dos profissionais de forma integrada é de importante para a resolução dos problemas em saúde que atingem não apenas crianças, mas toda a comunidade. Quando ocorre a integração dos diferentes saberes profissionais, é proporcionado aos usuários do sistema de saúde um atendimento mais qualificado, pois essa prática possibilita que o usuário seja visto a partir de diferentes ângulos e olhares, o que origina uma ação que se contrapõe ao reducionismo e à fragmentação dos sujeitos⁽¹⁴³⁾.

Demonstrar efetiva participação em equipes interdisciplinares é uma competência da enfermeira na atenção à criança em APS na Austrália⁽³²⁾.

Externamente à equipe de saúde, também ocorrem articulações com objetivo de atender às necessidades percebidas na assistência à criança. Nesse sentido, foi identificada a competência “**Conhece os serviços de atenção à criança e encaminha quando necessário**”.

É necessário manter-se informado sobre os serviços disponíveis para a atenção à criança (Q24).

As enfermeiras relatam que é preciso o conhecimento sobre os diferentes serviços que atuam na assistência e defesa da criança, devido ao fato de que algumas ações que são necessárias no cuidado da criança estão além do escopo de atividades da unidade de saúde.

Assim, a enfermeira precisa estar atualizada acerca redes sociais locais, constituídas a partir do território da unidade de saúde, na defesa dos direitos da criança⁽⁵³⁾.

No trabalho da enfermeira na ABS, autores já indicaram que a enfermeira valoriza e exercita a intersetorialidade no cuidado à saúde⁽¹²⁸⁾. A assistência à saúde da criança em uma perspectiva intersetorial implica na integração entre os diferentes setores que possam, de alguma forma, envolver a saúde da criança, incluindo além dos serviços de saúde, os de assistência social, educação entre outros.

As enfermeiras americanas também acionam os serviços de proteção à criança e outros recursos quando uma criança encontra-se em risco⁽³³⁾. Na Austrália, a competência “Estabelece contatos na área da saúde da criança” foi identificada entre as enfermeiras que atuam na saúde da criança⁽³²⁾.

Além do trabalho em equipe e de articulação com outros serviços de atenção à criança, as enfermeiras também dispõem de conexões com outros serviços de saúde, como foi identificado na competência “**Encaminha a criança para atendimento em outros níveis de assistência conforme a gravidade do caso**”.

Para que esta não aguarde mais do que o necessário para o atendimento pela equipe de saúde, na rede básica ou em nível secundário (Q01).

Devemos ter competência e segurança para saber qual encaminhamento a ser dado conforme a gravidade da situação (Q09).

Saber delegar o atendimento quando esgotar possibilidades de atendimento para o enfermeiro (Q13).

As enfermeiras referem-se aos encaminhamentos para outros níveis de assistência, pois no contexto do SUS, os serviços são organizados de forma regionalizada e hierarquizada, em três níveis de atenção: nível primário (UBS e ESF), nível secundário (centros de especialidades, ambulatórios gerais) e o nível terciário (hospitais gerais e especializados).

A regionalização e a hierarquização dizem respeito a um arranjo entre os serviços de saúde e sua relação com certo território. A ideia de hierarquização pressupõe a diferenciação de vários níveis de atenção, em que cada um oferece determinados procedimentos e apresenta um conjunto distinto de recursos tecnológicos. Já a regionalização é referente à ideia de que um serviço (ou mais de um) se responsabilize pelas necessidades de saúde e pela demanda de serviços de saúde de uma população que vive em certo território delimitado⁽¹⁴⁴⁾.

Em uma rede regionalizada e hierarquizada se espera que a maioria das necessidades de serviços de saúde da população seja atendida na atenção básica. Por sua vez, os problemas

de saúde que não pudessem ser resolvidos na atenção básica deveriam ser resolvidos nos outros níveis de atenção (ambulatórios especializados, hospitais, emergência, etc.). Isso implicaria em um fluxo de pessoas e de informação entre os diferentes níveis de atenção, fluxos esses que devem corresponder às necessidades das pessoas⁽¹⁴⁴⁾.

Quando ocorre um encaminhamento a outro serviço de saúde, pode-se dizer que houve referência, o que compreende o trânsito do nível menor para o de maior complexidade. Quando o fluxo ocorre de maneira inversa, ocorre a contra referência compreende o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade⁽¹⁴⁵⁾.

Estudos da área da saúde da criança indicam que esse mecanismo é demorado e burocrático tanto entre as unidades de saúde quanto para outros serviços de atenção à criança, resultando em uma baixa resolutividade em função da organização falha da rede de serviços de saúde, reforçando a necessidade do desenvolvimento de competências profissionais de todos os envolvidos neste processo, além da que deve apresentar a enfermeira na atenção básica^(137,146).

5.2.6 Competências do Domínio Cuidado Integral à Criança

O cuidado sempre esteve presente ao longo da história na sociedade, desde a concepção do ser humano, sendo exercido geralmente por mulheres, que associadas à maternidade, eram as responsáveis, dentre outros afazeres, pelo cuidado e educação não apenas dos filhos, mas da família inteira.

Adentrando no contexto do mundo trabalho, o cuidado também adquiriu seu espaço, tendo a enfermagem como sua principal profissão representante. A formalização da atividade de enfermagem, instituída por Florence Nightingale, contribuiu para a construção do conhecimento da enfermagem moderna, com base nas práticas de cuidado, no séc. XVIII⁽¹⁴⁷⁾.

Para a enfermeira, implementar o cuidado em seu cotidiano é uma forma de relacionar-se, com compromisso, responsabilidade e zelo. O ato de cuidar envolve olhar o outro, estabelecer condições para que o outro cresça, estar disponível para vê-lo e ouvi-lo, com a finalidade de confortar, aliviar e proteger⁽¹⁴⁸⁾.

Constituindo-se em uma alternativa para a reconstrução das práticas em saúde no sentido de integrar as dimensões que influenciam a saúde das pessoas, para além do biológico, é utilizada a noção de integralidade. Este termo é primeiramente apresentado na Constituição Federal⁽⁵⁾, que apesar de não citá-lo literalmente, estabelece como uma das diretrizes do SUS o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos

serviços assistenciais”, o que dá origem então ao termo comumente utilizado: integralidade. A integralidade da assistência é entendida também como um “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁽⁶⁾.

Diante disso, pode-se ver que a integralidade comporta vários sentidos, todos eles vinculados a valores que merecem ser defendidos, dos quais são identificados principalmente três: governamental, organizacional e prático. O primeiro, ao nível governamental, refere-se à articulação das ações de alcance preventivo com as assistenciais na formulação das políticas de saúde. O segundo é utilizado com intuito da organização dos serviços de saúde. O terceiro é voltado para os atributos das práticas de saúde desenvolvidas na relação com o usuário do sistema de saúde⁽¹⁴⁹⁾.

Em relação à saúde da criança, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil⁽⁵³⁾ traz o enfoque da integralidade para a saúde infantil, preconizando a assistência integral como um dos princípios norteadores para o cuidado à criança:

Abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica⁽⁵³⁾.

Dessa forma, o cuidado integral propõe uma visão ampliada sobre as necessidades da criança, articulando um atendimento que responda não somente às queixas trazidas pela criança ou sua família, mas que envolva todas as questões que influenciam a saúde das crianças. Sendo assim, a enfermeira **“Avalia cada criança de forma integral, considerando sua singularidade diante de sua realidade familiar, ambiental e social.”**:

É necessário que o enfermeiro tenha uma visão integral, pois a saúde da criança está muito envolvida com o contexto familiar, social e ambiental (Q03).

É importante entender a criança tanto no aspecto físico quanto social, onde ela está inserida (Q15).

O modelo biomédico de atenção à saúde reduziu durante muito tempo o papel do cuidado de enfermagem, que esteve de maneira forte e exclusiva relacionado à doença,

centrado nas queixas dos indivíduos e no aspecto biológico do processo de saúde e adoecimento. Porém, os problemas de saúde não estão relacionados exclusivamente a fatores biológicos, pois são resultado de um processo complexo e dinâmico, que é produzido na sociedade, na trama social, política, econômica e na forma como as pessoas vivem o cotidiano⁽¹²⁾. As enfermeiras destacam a influência de múltiplos aspectos na saúde da criança e que precisam ser levados em consideração na sua avaliação:

É importante ter um olhar sobre esta criança como um todo, não ver só a queixa, a doença, e sim ver a realidade social, familiar, econômica e psicológica em que esta criança está inserida (Q20).

Como a saúde da criança tem uma abrangência maior que a patologia clínica (Q19).

O sentido de avaliação de forma integral implica que a enfermeira visualize além do que está diante de si, abrangendo tudo aquilo que possa estar relacionado à criança, tanto no sentido anátomofisiológico, quanto relacional e psicológico. Além disso, considerar o contexto de vida da criança e as diferenças socioculturais auxiliam na definição das ações a serem tomadas na assistência infantil⁽¹⁵⁰⁾.

A integralidade é desenvolvida nas práticas de saúde, nos encontros entre usuários e profissionais de saúde, o que implica na capacidade do profissional de compreender o sofrimento manifesto do outro ou o risco de sofrimento futuro no contexto do modo de andar a vida do outro, bem como os significados das ofertas de cuidado que se fazem necessárias⁽¹⁴⁴⁾.

Na formação de enfermagem, a integralidade da atenção, a qualidade e a humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades são aspectos tão importantes do cuidado à saúde que devem ser assegurados pelas instituições de educação⁽⁶⁸⁾.

Na Austrália, de maneira similar à competência identificada, a enfermeira coordena de maneira efetiva o cuidado à criança e à família, reconhecendo as necessidades próprias da criança e o papel da família no cuidado⁽³²⁾.

A singularidade da criança reside nas características próprias e peculiares que fazem da criança ser quem ela é, um ser em constante transformação, marcado por mudanças intensas e frequentes que envolvem as dimensões biopsicossociais que a compõem como ser humano. Em cada etapa de sua evolução, a criança apresenta diferentes manifestações relacionadas ao seu crescimento e desenvolvimento. Em função disso, a enfermeira “**Realiza**

o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança englobando os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social”:

O crescimento e o desenvolvimento são eixos referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social (Q21).

Engloba aspectos biopsicossociais desta criança, resultando em um atendimento resolutivo, produtivo (Q20).

As enfermeiras destacam essa competência indo ao encontro da lógica do trabalho em saúde no âmbito da atenção básica, que deve ser desenvolvido a partir de uma nova organização da atenção à saúde, adotando um aspecto de prevenção de doenças e de promoção da saúde. Por isso, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é uma das ações primordiais a serem desenvolvidas na atenção à saúde criança, pois a partir dessa ação é que se pode monitorar a situação de saúde da criança ou detectar eventuais distúrbios que possam vir a ocorrer. Esta competência utiliza-se do princípio de longitudinalidade na atenção básica, pois o cuidado continuado possibilita às enfermeiras acompanhar ao longo do tempo as crianças da área de abrangência de sua unidade de saúde:

Competência necessária para o acompanhamento da criança, orientação de cuidados, alimentação e outros (Q11).

O acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento da criança é uma das atividades que não podem, de maneira alguma, deixar de ser realizada na atenção básica, além de ser uma linha de cuidado da atenção integral da saúde da criança⁽⁴³⁾. Essa atividade é recomendada em função da vulnerabilidade biológica nesta faixa etária, podendo haver diferentes graus de riscos de adoecer e morrer completamente distintos entre crianças com a mesma idade, sendo determinantes as condições e a qualidade de vida de suas famílias.

A partir dessa competência é possível saber se a criança está ou não se adaptando às múltiplas mudanças próprias da infância. A detecção e a intervenção precoce de anormalidades no crescimento e desenvolvimento são consideradas como importantes prognósticos para a qualidade de vida da criança⁽¹⁵¹⁾. As enfermeiras indicam o crescimento e desenvolvimento como um indicador de saúde da criança:

O crescimento e o desenvolvimento da criança é o principal indicador de suas condições de saúde (Q02).

Mesmo assim, estudos mostram que as enfermeiras relacionam a não realização do acompanhamento da criança sadia em função de assumirem diversas atividades, e assim acabam por centralizar o atendimento à criança apenas em situação de adoecimento^(137,152,153). Entretanto esta situação tende a incentivar os usuários a procurarem o serviço de saúde somente após algum problema de saúde ter se instalado, centrando o atendimento no aspecto exclusivamente curativo, o que causa uma descaracterização acerca do propósito da mudança de modelo de atenção à saúde próprio da APS.

Avaliar o nível de desenvolvimento da criança, baseando-se nas teorias de desenvolvimento, reconhecendo as diferenças individuais de temperamento, reações decorrentes do crescimento, formulando estratégias de enfrentamento é uma das competências das enfermeiras americanas na atenção à criança em APS⁽³³⁾.

Um espaço indicado pelas enfermeiras para a atenção à saúde da criança foi a consulta de enfermagem. Esta é uma atividade privativa do enfermeiro⁽¹⁵⁴⁾, sendo que é uma das atribuições específicas do enfermeiro na ABS⁽¹¹⁾, também tendo sido identificada como uma das competências da enfermeira nesse contexto⁽⁹⁰⁾.

Na atenção à criança, esta se constitui em uma ferramenta importante para a obtenção das informações necessárias para o desenvolvimento do cuidado, possibilitando à enfermeira a realização de um adequado planejamento assistencial. Dessa forma, a enfermeira “**Realiza consulta de enfermagem com ênfase no atendimento integral da criança**”:

Possibilita atenção integral e qualificada para a criança (Q14).

Para prestar atendimento integral àquele indivíduo e a sua família desde o momento do nascimento, já na primeira consulta do neonato (Q10).

Para realizar cuidado integral proporcionando saúde como um todo e melhor qualidade de vida (Q20).

Contribui na construção de novos paradigmas de saúde, com olhar integral à saúde da criança desenvolvendo a concepção de todo o processo saúde e doença (Q16).

A consulta de enfermagem apresenta-se como direcionadora das ações, sendo voltada para a educação em saúde com objetivo de promover a qualidade da assistência prestada à criança. Na realização da consulta não tem sido preconizado o modelo cartesiano tradicional de atenção, que fragmenta o cuidado e o indivíduo, mas o desenvolvimento do modelo de atenção integral da assistência à criança, em que são atendidas as múltiplas facetas do seu universo⁽¹¹⁸⁾.

As enfermeiras inter-relacionaram as competências de realização da consulta de enfermagem com a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança:

Pelo acompanhamento e desenvolvimento da criança (Q07).

Para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento cognitivo e realizar orientações (Q06).

Para avaliação periódica do crescimento e desenvolvimento da criança permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança (Q21).

Essa inter-relação é possível graças à natureza da consulta de enfermagem, que pode ser utilizada para diferentes objetivos como promoção, proteção, recuperação ou reabilitação da saúde. A correlação entre competências diferentes é comum e pode ser explicada pelo fato de que muitas vezes as próprias competências, ou os recursos que as compõem, podem ser mobilizados por outras competências, como se completassem, o que equivale a um encaixe de bonecas russas^{d(63)}.

Entretanto, para uma consulta de enfermagem com atendimento integral à criança, é necessário ir além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, exame físico para investigação de manifestações biológicas e verificação de sinais vitais, devendo também ser destinada uma atenção especial às necessidades de quem cuida da criança, ou seja, a família.

Cientes da importância da família na saúde da criança, as enfermeiras salientam que consulta de enfermagem propicia uma oportunidade de oferecer um momento de contato mais direto e individualizado com a criança e família:

A consulta de enfermagem possibilita maior acesso à família e ao contexto em que a criança se encontra (Q24).

Na perspectiva do cuidado integral, a enfermeira também “**Promove aleitamento materno e orienta sobre a alimentação da criança**”.

Pela importância das orientações quanto à alimentação na criança (Q07).

Orientações sobre nutrição e aleitamento materno (Q06).

Essa competência visa ao atendimento das iniciativas governamentais, uma vez que a avaliação do estado nutricional, o incentivo ao aleitamento materno e a alimentação saudável

^d Essas bonecas são feitas artesanalmente, apresentando diferentes tamanhos que são encaixadas umas dentro das outras.

é uma das linhas de cuidado da Agenda de compromissos para a saúde integral da criança⁽⁵³⁾. A promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame também é uma das atividades preconizadas pelos programas de atenção à saúde da criança PAISC⁽⁴⁶⁾, na AIDPI⁽⁴⁸⁾.

Em relação ao suporte ao aleitamento materno à alimentação da criança na ABS, estudos indicam que a incidência desta prática de maneira correta está diretamente relacionada à frequência e qualidade das orientações e ao acompanhamento periódico da mãe e a criança^(155,156). Os achados destas pesquisas reiteram o valor dessa competência apontada pelas enfermeiras.

Nos Estados Unidos, uma competência da enfermeira é promover práticas nutricionais saudáveis, incluindo promoção do aleitamento materno e orientações sobre a alimentação da criança de acordo com suas preferências e seu estado de saúde⁽³³⁾.

As ações que são executadas pelos profissionais de saúde na atenção básica estão intimamente ligadas às políticas públicas de saúde, pois estas são configuradas como balizadores para a organização da assistência à saúde não só da criança, mas de todos os usuários. Assim, a competência **“Desenvolve as ações de cuidado de acordo com os programas e políticas de atenção à saúde da criança”** foi evidenciada pelas enfermeiras:

Desenvolver as ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (Q16).

É necessário se manter informado sobre os programas de atenção à criança (Q24).

As enfermeiras devem seguir os programas oficiais de atenção à saúde da criança⁽¹¹⁹⁾. Diante disso, as enfermeiras demonstram estarem cientes da importância do conhecimento sobre as políticas de atenção à saúde da criança, pois estas expressam as diretrizes que devem ser seguidas para o desenvolvimento das ações em saúde direcionadas à população desta faixa etária.

Considerando que as políticas públicas atuam como balizadores para as ações em saúde no SUS e frente à importância que a saúde da criança representa, torna-se fundamental para o trabalho do profissional que atua em saúde pública conhecer as políticas públicas de atenção à saúde da criança. Além disso, é importante acompanhar a evolução das políticas públicas, pois a sua implementação em cada época reflete o momento histórico em que foi formulada, as condições econômicas vigentes, os avanços do conhecimento científico, assim

como a capacidade dos cidadãos, grupos e classes sociais de se organizarem e influenciarem as definições políticas formais e informais⁽¹⁰⁹⁾.

Além disso, essa competência encontra respaldo nas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em enfermagem, visto que esta estabelece que os enfermeiros sejam dotados dos conhecimentos requeridos para atuação nos programas de assistência integral à saúde da criança, desde a graduação⁽⁶⁸⁾.

Situação semelhante também foi evidenciada no contexto internacional, onde as enfermeiras mantêm o conhecimento atualizado sobre os programas governamentais para a saúde da criança⁽³³⁾ e providenciam o cuidado de acordo com as políticas pertinentes à saúde da criança⁽³²⁾.

As ações programáticas correspondem à organização trabalho em saúde conforme as necessidades sociais identificadas, a partir das quais as políticas são embasadas. As políticas de saúde e seus programas refletem a conjuntura, histórica, política e social em que a sociedade encontra-se inserida. Com a descentralização da saúde propostas pelo SUS, os municípios foram encarregados de maiores responsabilidades no que diz respeito às ações de saúde direcionadas a determinados grupos populacionais. No município de Porto Alegre o Programa Pré-Nenê objetiva o acompanhamento das crianças menores de um ano de vida⁽⁵⁵⁾.

Realizar programa pré-nenê, que é um programa destinado a acompanhar o desenvolvimento da criança desde o nascimento (Q08).

Este programa é direcionado ao acompanhamento da criança desde o nascimento até um ano de vida. Durante o primeiro atendimento à criança, são obtidas informações relacionadas à gestação, pré-natal, condições de nascimento, idade e escolaridade materna, fatores socioeconômicos, que deverão ser preenchidos em uma ficha de avaliação.

A coleta dessas informações fundamenta o monitoramento do estado de saúde da criança, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e a identificação de possíveis situações de risco, para que se possam empreender ações específicas destinadas a reduzi-lo. Esta identificação foi relacionada pelas enfermeiras na competência “**Detecta riscos à integridade física, psicológica ou social a que a criança está exposta**”:

É importante detectar riscos de saúde física ou psicológica que esta criança está envolvida (Q12).

As enfermeiras mostram uma visão multifacetada a respeito do risco. Isso acontece porque a avaliação de risco não pode se restringir somente ao risco epidemiológico, o que exige conhecimentos ampliados e aprofundados para a abordagem dos riscos social e subjetivo⁽¹⁵⁷⁾, a fim de que a enfermeira responsabilize-se não apenas pelo que a epidemiologia tem definido como necessidades, mas também pelas demandas concretas dos usuários.

Para delimitação conceitual, é importante salientar que a noção de risco é empregada no SUS desde a formulação da Constituição Federal⁽⁸⁾, onde é visualizado que deve caber ao Estado a tarefa de garantir a saúde para todos, através de políticas sociais e econômicas voltadas para a "redução do risco de doença e de outros agravos". Assim, pode-se dizer que o risco não abrange somente possibilidade de ocorrência de doenças, envolvendo algumas outras aplicações, o que abrange uma gama de significados, dentre os quais está o seu uso tanto na epidemiologia, que se refere ao cálculo para previsão de ocorrência de determinado fenômeno a partir de uma certa ação, quanto na indicação ou a possibilidade de perda de algo valioso⁽¹⁵⁸⁾.

Quando uma criança encontra-se em situação de risco, este pode ser de origem física (doenças genéticas ou adquiridas, prematuridade, problemas de nutrição, ou quando seu crescimento e/ou desenvolvimento não ocorre conforme da forma esperada para sua faixa etária), psicológico (efeitos de abuso, negligência ou exploração) ou social (exposição à violência, acidentes e drogas).

O risco pode ser determinado por causas internas ou externas. As causas internas abrangem as causas biopsicológicas. As causas externas referem-se aos danos impetrados por condições adversas do ambiente. Os comportamentos de risco referem-se a ações ou atividades realizadas por indivíduos que aumentam a probabilidade de consequências não esperadas para seu desenvolvimento ou funcionamento psicológico ou social, ou ainda que favoreçam o desencadeamento ou agravamento de doenças⁽¹⁵⁹⁾.

O termo risco aqui empregado, remete à condição ou situação de perigo a que a criança está ou encontra-se exposta. Muitas vezes a exposição à situação de risco predispõe a atos de violência, que podem ou não representar uma ameaça imediata à vida da criança, mas também apresentam potencial para acarretar danos permanentes, uma vez que muitos casos de violência não podem ser visualizados externamente (como a violência psicológica e a negligência).

Tratando-se de crianças, eventos comuns que envolvem até mesmo o simples ato de brincar, senão adequadamente supervisionado por um adulto, pode representar uma situação

de perigo para a vida da criança, devido ao fato de que a criança não apresenta discernimento para perceber o que pode a colocar em perigo.

Um estudo que objetivou estimar a prevalência de violência contra crianças em um serviço de emergência revelou que 94,8% das crianças sofreram violência psicológica, 60,3% das crianças foram vítimas de negligência e 47,2% foram vítimas de violência física. Na maioria das vezes os atos de violência foram executados por um dos pais⁽¹⁶⁰⁾. Uma vez que na atenção básica a enfermeira está mais próxima do contexto de vida das pessoas, ela precisa estar atenta a todos os sinais que possam indicar alguma situação de crianças em risco, procurando intervir o mais breve possível no sentido de evitar maiores danos à criança e à família.

A identificação das situações em que a criança, família, escola e comunidade colocam a criança em risco é uma competência da enfermeira na atenção à criança nos Estados Unidos⁽³³⁾.

Muitas vezes o risco a que a criança está exposta implica em ameaça iminente à sua vida. Sendo assim, durante o cuidado prestado à criança a enfermeira “**Identifica no atendimento as situações em que uma criança está em risco de vida**”:

Identificação de situações de risco para a preservação da saúde e orientação de cuidados (Q11).

Identificação de situações de risco, pois no dia dia da unidade nos deparamos com diferentes situações; mesmo não sendo um pronto atendimento, muitas pessoas se dirigem com seus filhos diretamente a UBS para primeiro atendimento (Q09).

Tendo clareza, olhar crítico, frente ao risco, melhor será o resultado (Q23).

Pelo relato das enfermeiras, pode-se perceber que mesmo que as enfermeiras estejam no âmbito da atenção básica, onde os cuidados devem ser voltados para os problemas mais prevalentes da população, com o propósito de desenvolver a promoção da saúde e a prevenção de doenças⁽¹⁰⁾, é comum que sejam identificadas situações em que uma criança esteja em risco de vida.

Devido às peculiaridades biológicas e psicológicas da criança, é mais comum do que se imagina atender uma criança que possivelmente está sob risco de vida. Dentre as causas mais comuns que demandam atendimento de emergência à criança estão as doenças respiratórias, os estados convulsivos, as intoxicações, os acidentes e traumas, provocando,

muitas vezes, a parada cardiorrespiratória, que se constitui na emergência médica de maior importância na área pediátrica⁽¹⁶¹⁾.

A chegada de uma criança em risco de vida ao serviço de saúde exige a atuação de profissionais de saúde que sejam capazes de oferecer uma assistência efetiva com o devido suporte para a manutenção das condições vitais da criança, pois a minimização do tempo de atuação nesses casos é essencial para que se evitem futuras sequelas e incapacidades para a criança. Frente a uma situação como esta, a enfermeira **“Prioriza o atendimento das crianças que apresentam sinais de risco de vida”**:

O enfermeiro necessita ser capaz de priorizar situações que envolvam riscos no atendimento à criança (Q01).

Muitas vezes o tempo na atuação das emergências é fundamental na manutenção da vida (Q23).

Priorizar atendimento e intervenções quando sinais de perigo (Q02).

As enfermeiras relatam que em uma situação em que uma criança encontra-se em risco de vida, o cuidado deve ser imediato e o tempo para a intervenção não pode ser estendido. Para que seja empreendido um suporte de vida adequado é necessário que todas as unidades de saúde tenham um espaço físico devidamente abastecido com medicamentos e materiais essenciais ao primeiro atendimento de urgências que ocorram nas proximidades da unidade ou em sua área de abrangência e/ou seja, para elas encaminhadas, até a viabilização da transferência para unidade de maior porte⁽¹⁶²⁾.

Assim como o aparato físico, a preparação dos profissionais também deve ser valorizada, pois estes devem receber treinamento específico para atuar em emergências, tanto no que diz respeito ao aspecto técnico e científico, quanto aos psicológicos, já que este tipo de atendimento exige domínio de suas próprias emoções e o conhecimento de seus limites.

Quando se percebe que uma criança está em risco de vida o primeiro atendimento deve ser prestado com objetivo de estabilização do quadro da criança até que seja possível providenciar o transporte até um serviço de saúde próprio para atendimento de urgências e emergências (emergência ou pronto atendimento). A priorização de casos urgentes também foi identificada com uma competência da enfermeira na atenção básica⁽⁹⁰⁾.

Com o intuito de evitar que as situações envolvendo crianças cheguem a este ponto, a enfermeira **“Considera os agravos mais comuns da infância na avaliação de cada criança”**:

A enfermeira deve saber avaliar a criança quando portadora dos agravos mais comuns como diarreia aguda e desidratação, agravos respiratórios e desnutrição (Q2).

Desenvolver ações tanto em relação aos agravos comuns relacionados aos problemas respiratórios, como os nutricionais, entre outros (Q16).

Em função de que o organismo da criança ainda não se encontra totalmente formado e sua imunidade não está totalmente desenvolvida, muitas patologias comuns que não representam ameaça alguma para os adultos podem representar um caso grave em uma criança.

Em relação aos agravos mais comuns que atingem crianças no Brasil, no ano de 2007, as causas de morte entre crianças de 1 a 4 anos foram: causas externas (24,18%), doenças respiratórias (17,77%) e as doenças infecciosas e parasitárias (14,51%), seguidas por neoplasias (7,94%), doenças do aparelho circulatório (3,59%), afecções originadas no período perinatal (0,77%) e demais causas definidas (31,24%). No Rio Grande do Sul, os índices relativos à mesma população não foram tão diferentes: causas externas (29,08%), doenças respiratórias (13,48%), doenças infecciosas e parasitárias (10,28%), neoplasias (9,22%), doenças do aparelho circulatório (2,84%), afecções originadas no período perinatal (1,77%) e demais causas definidas (33,33%)⁽¹⁶³⁾.

Diante disso, pode-se dizer que a maioria das causas associadas aos óbitos infantis (causas externas, doenças respiratórias, infecciosas e parasitárias) pode ser evitada, afinal a detecção precoce é uma das funções da APS⁽¹⁰⁾. Assim, é fundamental que as enfermeiras saibam quais são os agravos mais comuns que atingem as crianças, pois tanto a identificação dos fatores predisponentes a acidentes na infância quanto a avaliação dos sinais e sintomas próprios das doenças pode auxiliar na prevenção de maiores danos à saúde das crianças.

Um estudo que investigou as internações pediátricas no sudeste do Brasil constatou que 41,4% destas eram por condições sensíveis à APS (pneumonias, asma, gastroenterite, infecções de pele, rim, trato urinário e doenças imunizáveis), o que retrata que um número significativo de hospitalizações infantis poderia ser diminuído com a melhoria dos cuidados em APS⁽¹⁶⁾.

Nos Estados Unidos, na atenção primária é competência da enfermeira identificar os problemas de saúde mais comuns em crianças⁽³³⁾.

A AIDPI constitui-se em uma importante ferramenta na atenção à saúde infantil, pois é uma estratégia que tem como função reduzir a mortalidade infantil por meio da capacitação

das equipes profissionais que atuam na ABS, fortalecendo a capacidade de resolução das doenças mais prevalentes na infância⁽⁴⁸⁾.

Um importante contexto para as práticas de cuidado que possibilita a detecção de problemas que atingem a saúde da criança, é o local onde esta passa uma parte significativa de seu tempo: a escola. Portanto, a enfermeira “**Realiza atividades de promoção e educação em saúde nas creches, pré-escolas e escolas**”:

Atividades, consulta de prevenção e tratamento de doenças. Existe um grande número de crianças acometido desde patologias simples, mas com incidências nas comunidades carentes (Q08).

Os ambientes escolares propiciam não só um ambiente de educação, mas também de convivência, sendo um importante dispositivo tanto para a educação da criança quanto para sua socialização. É na escola que as crianças encontram-se mais facilmente permeadas pela formação de conhecimentos e hábitos, sendo também um ambiente onde a educação em saúde pode ser abordada. As enfermeiras destacam as atividades nas instituições de educação como importantes ferramentas para o desenvolvimento do cuidado à criança:

Envolver as instituições: creches, pré-escolas e escolas no cuidado à criança (Q02).

Esses espaços têm sido utilizados pelas enfermeiras para o desenvolvimento de diversas ações em saúde, tais como educação sexual⁽¹⁶⁴⁾, prevenção ao uso de álcool⁽¹⁶⁵⁾, consulta de enfermagem⁽¹⁶⁶⁾, avaliação de funções sensoriais de visão e audição⁽¹⁶⁷⁻¹⁶⁹⁾ e vacinação⁽¹⁷⁰⁾.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo refletem a opinião das enfermeiras a respeito das competências necessárias para a atenção à criança na rede básica de saúde. Pode-se dizer que as competências identificadas nesta pesquisa evidenciaram uma visão abrangente das enfermeiras em relação à abordagem da saúde da criança na ABS, à medida que foram relacionadas várias interfaces envolvidas na atenção à criança no contexto da comunidade.

A amplitude do ponto de vista das participantes do estudo pode ser percebida a partir dos domínios nos quais as competências foram classificadas, que evidenciaram desde as competências mais gerais, ou seja, que não são diretamente implicadas no cuidado à criança, como **valores profissionais e gerenciamento**, até aquelas que são específicas o bastante para visualizar as características singulares da assistência à saúde infantil, como **comunicação e relacionamento com a criança e a família, conhecimento sobre a saúde da criança e a comunidade, articulação com a equipe de saúde e outros serviços de atenção à criança e cuidado integral à criança**.

Algumas competências citadas dentro de um mesmo domínio mostraram-se semelhantes à primeira vista, porém apresentam conteúdos diferentes, pois cada competência indica um caminho a ser trilhado frente a um determinado contexto de trabalho, no entanto, elas não são circunscritas, pois não se esgotam em si mesmas. Quando há a mobilização de uma competência, outras competências também poderão ser elaboradas para a resolução de determinado problema na situação de trabalho, sendo esta então uma via de múltiplos sentidos.

A partir da análise das competências do domínio **valores profissionais** ficou claro que as enfermeiras preocupam-se com sua atuação profissional, o seu papel como enfermeiras na saúde da criança. Mesmo que estas competências tratem sobre valores, que são aspectos subjetivos do trabalho, sua implicação na qualidade da atenção dispensada à população infantil é indiscutível, tendo em vista a situação peculiar de dependência da criança em relação aos cuidados de saúde de que necessita.

No domínio **gerenciamento** as competências relatadas pelas enfermeiras envolveram aspectos administrativos do serviço de saúde, da equipe e do cuidado propriamente dito, refletindo que as participantes levam em consideração que as atividades gerenciais, apesar de não fazerem parte do cuidado direto, implicam na qualidade do cuidado dispensado à criança e sua família.

Um aspecto particular percebido nas competências relatadas refere-se à importância do envolvimento da família para o sucesso da assistência à saúde da criança. Esta aparece nas competências indicadas pelas enfermeiras. Com esse entendimento, as participantes do estudo mostraram-se sensíveis às particularidades que envolvem o cuidado à criança, ao destacarem a relevância do estabelecimento de uma relação saudável com a criança e sua família, assim como a comunicação efetiva que respeite os níveis de entendimento da criança e sua família. Nesse contexto, a família foi reconhecida pelas enfermeiras como principal agente do cuidado, sendo salientada a importância desta nos cuidados à criança e o papel da enfermeira nesse processo de capacitação da família para o atendimento das necessidades da criança.

O conhecimento sobre as questões que envolvem a saúde da criança também foi reconhecido como de suma importância pelas enfermeiras, sendo destacado como base para toda e qualquer ação em relação ao cuidado infantil, o que corrobora o entendimento que se tinha de que as competências estão ligadas à prática profissional da enfermeira, à medida que não são aprendidas instantaneamente, mas construídas por meio de um processo que envolve a articulação do conhecimento científico aliado à prática cotidiana do trabalho.

A articulação da enfermeira com os profissionais da equipe foi expressa nas competências como sendo de grande importância para o atendimento das múltiplas necessidades da criança, já que as necessidades de uma criança são variadas.

Em cuidado integral à criança, foram elencadas as competências desenvolvidas no cuidado voltado à criança. Esses cuidados foram focados nos mais variados aspectos que envolvem a criança, enfocando o acompanhamento periódico da criança, buscando abranger assim a criança em sua integralidade.

Ao mesmo tempo em que as participantes expressaram uma visão ampla da atenção à criança na ABS, a partir das competências relatadas pelas enfermeiras pode-se perceber que estas foram mais centradas nas crianças menores, sendo abordados temas comuns ao eixo do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o que pode ser explicado pelo fato de que as políticas de atenção à criança encontram-se voltadas à essa população.

Assim, a maior parte das competências relatadas pelas enfermeiras está de acordo com as atividades preconizadas pelas políticas públicas de saúde da criança, o que evidencia que as enfermeiras que atuam nesse contexto de atenção à saúde estão a par das ações estratégicas propostas pelas esferas governamentais para a melhoria dos índices da saúde infantil. Aspectos relacionados à sexualidade e uso de drogas, conteúdos reconhecidos como próprios das crianças maiores, não foram citados pelas participantes do estudo.

Quanto às sugestões para futuras pesquisas, acredita-se que investigar incluindo a visão das famílias das crianças sobre quais aspectos estas julgam como sendo necessários para o cuidado das crianças possa desvelar outros resultados importantes para a prática da enfermeira na assistência infantil.

Como este estudo identificou as competências necessárias para a atenção à criança na rede básica de saúde a partir da opinião das enfermeiras, este referencial poderá ser utilizado em pesquisas de avaliação de competências, com intuito de verificar a sua aplicabilidade na realidade prática das enfermeiras nas unidades de saúde da ABS.

As competências identificadas têm o intuito de fornecer instrumentos para o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras na assistência à criança na ABS, podendo assim servir para a melhoria da qualidade da atenção prestada às crianças nesse nível de atendimento à saúde, visto que os serviços da ABS são muito utilizados para o atendimento da saúde da população infantil.

Uma das limitações do estudo foi relacionada ao fato de que com o emprego do questionário para coleta de dados, não houve oportunidade para o aprofundamento de alguma questão que fosse desejada. Além disso, a utilização do questionário para a coleta de dados exige que as pessoas apresentem capacidade de interpretação do mesmo e habilidade para escrita no preenchimento.

Acredita-se que os estudos sobre competências possam orientar tanto a educação quanto a prática profissional, assim como espera-se que a utilização das competências construídas nesta identificação possa abranger a sua aplicação na formação de recursos humanos para atuação na saúde da criança, na educação de novas enfermeiras e também no processo de educação permanente daquelas que já atuam nesse contexto de assistência à saúde. O desenvolvimento de estudos sobre essa temática é de suma importância, à medida que apresentam potencial para promover melhorias na atenção à saúde da criança, visando à saúde, bem estar e melhoria da qualidade de vida das crianças.

REFERÊNCIAS

1. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 4ª ed. São Paulo: Roca; 2009.
2. Newton MS. Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatr Nurs.* 2000;26(2):164-8.
3. Pedroso MLR, Rosa NG. Consulta de enfermagem em um programa de vigilância à saúde: vivências do Prá-Nenê. *Rev Gaúcha Enferm.* 2009;30(2):221-7.
4. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Infância e adolescência no Brasil [Internet]. Brasília (DF); 2012 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>.
5. Ministério da Justiça (BR). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília (DF); 1988 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
6. Ministério da Justiça (BR). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1990 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
7. Ministério da Justiça (BR). Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1990 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm.
8. Ministério da Justiça (BR). Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 1990 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm.
9. Casa civil (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Brasília (DF); 2011 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
11. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2012 mar 16]. (Série Pactos pela Saúde; v. 4). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
12. Chiesa AM, Faria LS, Bertolozzi MR. A determinação social do processo saúde-doença e a vigilância à saúde. In: Fujimori E, Ohara CVS, organizadores. *Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica*. Barueri: Manole; 2009. p. 10-17.

13. Organização Pan-Americana de Saúde. Renovação da atenção primária em saúde nas Américas [Internet]. Washington (DC); 2005 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://www.paho.org/portuguese/ad/th/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf.
14. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família en la región sur de Porto Alegre [tese]. Alicante: Departamento de Salud Pública, Universidad de Alicante; 2004.
15. Ribeiro LCC, Rocha RL, Jorge MLR. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2316-22.
16. Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011;11(1):61-71.
17. Elias E, Magajewski F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. *Rev Bras Epidemiol*. 2008;11(4):633-47.
18. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(4):749-57.
19. Oliveira AC, Simões RF, Andrade MV. A relação entre a atenção primária em saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. In: *Anais do 16º Encontro Nacional de Estudos Populacionais; 2008 set 29-out 03; Caxambú, Brasil [Internet]. Caxambú: ABEP/MG; 2008 [citado 2012 mar 16]. p. 1-21. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1092.pdf.*
20. Veríssimo MDLO, Mello DF, Bertolozzi MR, Chiesa AM, Sigaud CHS, Fujimori E, et al. A formação do enfermeiro e a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) por agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2003;3(2):205-13.
21. Ribeiro LCC, Rocha RL, Jorge ML. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2316-22.
22. Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação? São Paulo: Cortez; 2001.
23. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2004.
24. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. *Mundo Saúde*. 2009;33(2):150-60.
25. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(3):739-43.

26. Witt RR. Competências da enfermeira na Atenção Básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
27. World Health Organization. Competency in nursing. Geneva; 2003
28. Canadian Nurses Association. Core competency framework. Ottawa; 2010.
29. Figueiredo GLA, Mello DF. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2003;11(4):544-51.
30. Novaczyk AB, Dias NS, Gaíva MAM. Atenção à saúde da criança na rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm*. 2008;10(4):1124-37.
31. Association of Teachers in Maternal and Child Health. Maternal and child health competencies [Internet]. Washington (DC); 2001 [cited 2012 Mar 16]. Available from: <http://www.atmch.org/documents/mchcomps.PDF>
32. Australian Confederation of Pediatric and Child Health Nurses. Competencies for the specialist pediatric and child health nurse [Internet]. Canberra; 2006 [cited 2012 Mar 16]. Available from: <http://www.acpchn.org.au>.
33. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions Division of Nursing; The American Association of Colleges of Nursing. Nurse practitioner primary care competencies in specialty areas: adult, family, gerontological, pediatric, and women's health [Internet]. Washington (DC); 2002 [cited 2012 Mar 16]. Available from: <http://www.aacn.nche.edu>.
34. Chenery K. Building child health nurse's confidence and competence. *Nurs N Z*. 2007;13(5):26-8.
35. Kleaver K. Developing expertise: the contribution of paediatric accident and emergency nurses to the care of children, and the implications for their continuing professional development. *Accid Emerg Nurs*. 2003;11(2):96-102.
36. Currie J. Clinical competence in caring for paediatric patients. *Emerg Nurse*. 2006;14(2):12-5.
37. Rieman MT, Gordon M, Marvin JM. Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain: a competency tool modification. *Pediatr Nurs*. 2007;33(4):303-6.
38. Gibson F, Soanes L. The development of clinical competencies for use on a paediatric oncology nursing course using a nominal group technique. *J Clin Nurs*. 2000;9:459-69.
39. Levcovitz E, Batista TTV, Uchoa SAC, Nespoli G, Mariani M. Investigação sobre a produção de conhecimento no campo da saúde coletiva no Brasil e a trajetória de formulação e implementação da política de saúde [relatório de pesquisa]. Brasília (DF): MS/SAS-OPAS; 2002.

40. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care; 1978 Sept 6-12; Alma-Ata, USSR [Internet]. Geneva; 1978 [cited 2010 Nov 01]. Available from: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
41. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado 2010 dez 01]. (Cadernos de atenção básica; n. 11. Série A: normas e manuais técnicos; n. 173). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf.
42. Hockemberry MJ, Wilson D. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
43. Veríssimo MDLÓR. Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil. In: Ministério da Saúde (BR). Programa Saúde da Família: manual de enfermagem [Internet]. Brasília (DF); 2001 [citado 2010 dez 01]. p. 119-25. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/38manual_enfermagem.pdf.
44. World Health Organization, Division of Health Promotion, Education and Communications. Health promotion glossary. Geneva; 1998.
45. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. (Série I: história da saúde). Brasília (DF); 2011.
46. Ministério da Saúde (BR). Assistência integral à saúde da criança: ações básicas [Internet]. Brasília (DF); 1984 [citado 2012 mar 16]. (Série B: textos básicos de saúde; 7). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf.
47. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Convenção sobre os Direitos da Criança: Carta Magna para as crianças de todo o mundo: em 20 de novembro de 1989 [Internet]. Brasília (DF); 1989 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10127.htm.
48. Ministério da Saúde (BR). AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2ª ed. Brasília (DF); 2003 [citado 2012 mar 16]. (Série F: comunicação e educação em saúde). Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0469_M.pdf.
49. World Health Organization. Millennium development goals (MDGs). Geneva; 2012 [cited 2012 Mar 16]. Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/en/index.html.
50. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IDS 2010: indicadores de desenvolvimento sustentável. Rio de Janeiro; 2010.
51. Novaes HMD, Almeida MF, Ortiz LP. Projeto informação para tomadores de decisão em saúde pública: gestão para redução da mortalidade infantil. 2ª ed. São Paulo: BIREME/OPAS/Ministério da Saúde; 2004.

52. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2002;2(2):193-200.
53. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil [Internet]. Brasília (DF); 2004 [citado 2010 dez 01]. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0080_M.pdf.
54. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório do Comitê Ad Hoc Pleno da vigésima sétima sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a criança: as metas das nações unidas para o milênio [Internet]. Nova Iorque; 2002 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/um_mundo.pdf.
55. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS), Secretaria Municipal de Saúde. A atenção à saúde da criança de zero a cinco anos de idade: protocolo [Internet]. Porto Alegre; 2004 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/protocolo_de_0_a_5_anos_04.pdf
56. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS), Secretaria Municipal de Saúde. Prá-crescer: relatório 2007 [Internet]. Porto Alegre; 2007 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgvs/default.php?p_secao=295
57. Secretaria Estadual de Saúde (RS). Programa Primeira Infância Melhor [Internet]. Porto Alegre; 2012 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/>.
58. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília (DF); 2010. (Série B: textos básicos de saúde. Série ODM Saúde Brasil; v. 4).
59. Chiavenato I. Introdução à teoria geral da administração. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2011.
60. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. *Formação*. 2001;2:5-16.
61. Witt RR, Almeida MCP. O modelo de competências e as mudanças no mundo do trabalho: implicações para a enfermagem na atenção básica no referencial das funções essenciais de saúde pública. *Texto Contexto Enferm*. 2003;12(4):559-68.
62. Depresbiteris L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. *Formação*. 2001;2:27-38.
63. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.
64. Castro N. Organização do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. In: Machado L, organizador. Trabalho e educação. 2ª ed. Campinas: Papyrus; 1994. (Coletânea CBE). p. 69-83.

65. Organização Internacional do Trabalho. Certificação de competências profissionais: análise qualitativa do trabalho, avaliação e certificação de competências: referenciais metodológicos. Brasília (DF); 2002.
66. Desaulniers JBR. Formação, competência e cidadania. *Educ Soc.* 1997;18(60):51-63.
67. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem. Referências conceituais para a organização do sistema de certificação de competências/PROFAE. Brasília (DF); 2000.
68. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001: institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF); 2001.
69. Marques CMS. Certificação de competências profissionais: o que o PROFAE está pensando e fazendo. *Formação.* 2001;2:53-60.
70. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* 2005;9(17):369-79.
71. International Council of Nursing. ICN framework of competencies for the generalist nurse. Geneva; 2003.
72. Canadian Nurses Association. Core competency framework. Ottawa; 2010.
73. Nursing Council of New Zealand. Competencies for registered nurses. Wellington; 2007
74. Australian Nursing and Midwifery Council. Competency standards for practice. Canberra; 2005.
75. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 1999;33(3):207-16.
76. Adell CN, Echevarria CR, Borrell RMB. Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Pública.* 2009;26(2):176-83.
77. Cordeiro H, Romano VF, Santos EF, Ferrari A, Fernandes E, Pereira TR, Pereira ATS. Avaliação de competências de médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família da Região Norte do Brasil. *Physis.* 2009;19(3):695-710.
78. Castro ADRV. Validação de conteúdo de sítio virtual sobre uso do brinquedo na enfermagem pediátrica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
79. Whitehead D. An international Delphi study examining health promotion and health education in nursing practice, education and policy. *J Clin Nurs.* 2008;17(7):891-900.
80. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

81. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 2010.
82. Jones J, Hunter D. Qualitative research: consensus methods for medical and health services research. *Br Med J*. 1995;311(7001):376-80.
83. Linstone H, Turoff M. *The Delphi Method: techniques and applications*. Boston: Addison Wesley; 1975.
84. Cassiani SHB, Rodrigues LP. A técnica Delphi e a técnica de grupo nominal como estratégias de coleta de dados das pesquisas em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2000;9(3):76-83.
85. Silva AM, Rodrigues CDS, Silva SMR, Witt RR. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009;30(2):348-51.
86. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesqui Adm*. 2000;1(12):54-65.
87. Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS), Procempa. Observatório da cidade de Porto Alegre [Internet]. Porto Alegre; [2012] [citado 2012 mar 16]. Disponível em <http://www.observapoa.com.br>.
88. How to mine a natural deposit of dazzling opinions with the Delphi Technique. In: Vichas RP. *Complete handbook of profitable marketing research techniques*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1982.
89. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung*. 1987;16(6):625-9.
90. Witt RR, Almeida MCP. Identification of nurses' competencies in primary health care through a Delphi study in southern Brazil. *Public Health Nurs*. 2008;25(4):335-43.
91. Hoyt KS, Coyne EA, Ramirez EG, Peard AS, Gisness C, Gacki-Smith J. Nurse practitioner Delphi study: competencies for practice in emergency care. *J Emerg Nurs*. 2010;36(5):439-49.
92. Daud R, Ismail M, Omar Z. Identification of competencies for Malaysian occupational safety and health Professionals. *Ind Health*. 2010;48(6):824-34.
93. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
94. Callegari-Jacques SM. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed; 2003.
95. Roberts-Davis M, Read S. Clinical role clarification: using the Delphi method to establish similarities and differences between nurses practitioners and clinical nurse specialists. *J Clin Nurs*. 2001;10(1):33-43.

96. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília (DF); 1996 [citado 2010 dez 02]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>.
97. Macedo CG. La salud pública en las Américas: documento conceptual y operacional. In: Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Educación en salud pública: nuevas perspectivas para las Américas. Washington (DC); 2001. p. 3-16.
98. Rocha SSL, Felli VEA. Qualidade de vida no trabalho docente em enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004;12(1):28-35.
99. Secaf V, Rodrigues ARF. Enfermeiros que deixaram de exercer a enfermagem: por quê? Rev Latino-Am Enfermagem. 1998;6(2):5-11.
100. Puggina ACG, Silva MJP. A alteridade nas relações de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2005;58(5):573-9.
101. Oler FG, Viera MRR. O conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. Arq Ciênc Saúde. 2006;13(4):192-7.
102. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 311, de 08 de fevereiro de 2007: Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro; 2007 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>.
103. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
104. Gomes AMT, Oliveira DC. Estudo da estruturada representação social da autonomia profissional em enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(2):145-53.
105. Almeida MCP, Mishima SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. Interface Comun Saúde Educ. 2001;5(9):150-3.
106. Nauderer TM, Lima MADS. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008;16(5):889-94.
107. Benito GAV, Becker LC, Duarte J, Leite DS. Conhecimento gerencial requerido do enfermeiro no Programa Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2005;58(6):635-40.
108. Weirich CF, Munari DB, Mishima SM, Bezerra ALQ. O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde. Texto Contexto Enferm. 2009;18(2):249-57.
109. Silva EM, Nozawa MR, Silva JC, Carmona SAMLD. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2001;17(2):989-98.
110. Witt RR, Almeida MCP. Competências gerenciais da enfermeira na atenção básica. Rev Paul Enferm. 2006;25(3):170-6.

111. Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):460-8.
112. Prado SRLA, Fujimori E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(1):67-71.
113. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde da Criança. Manual para utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília (DF); 2005.
114. Oliveira VC, Cadette MMM. Anotações do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(3):301-6.
115. Ministério da Saúde (BR), Fundação Nacional de Saúde. Manual da rede de frio. Brasília (DF); 2001.
116. Moraes JC, Ribeiro MCSA, Simões O, Castro PC, Barata RB. Qual é a cobertura vacinal real? *Epidemiol Serv Saúde*. 2003;12(3):147-53.
117. Marchionatti CRE, Dias IMAV, Santos RS. A produção científica sobre vacinação na literatura brasileira de enfermagem no período de 1973 a 1999. *Esc Anna Nery*. 2003;7(1):57-68.
118. Gonçalves ML, Almeida MCP, Gera SC. A municipalização da vacinação em Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(1):79-87.
119. Zanetello MB, Ribeiro NRR, Perrone SGP. Consulta de enfermagem e a promoção da saúde do lactente. In: Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF: ciclo 1, módulo 3. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 12-24
120. Jansson A, Petersson K, Uden G. Nurses' first encounters with parents of new-born children-public health nurses' views of a good meeting. *J Clin Nurs*. 2001;10:140-51.
121. Mazza VA. A comunicação não-verbal como forma de cuidado [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
122. Stefanelli MC, Carvalho EC, Arantes EC. Comunicação e enfermagem. In: Stefanelli MC, Carvalho EC, organizadores. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri: Manole; 2005. (Série Enfermagem). p. 1-8.
123. Milbrath VM, Siqueira HCH, Motta MGC, Amestoy SC. Comunicação entre a equipe de saúde e a família da criança com asfixia perinatal grave. *Texto Contexto Enferm*. 2011;20(4):726-34.
124. Drake B. Relationship competencies in child welfare services. *Social Work*. 1994;39(5):595-602.
125. Martinez EA, Tocantins FR, Souza SR. Comunicação e assistência de enfermagem a criança. *R Pesq Cuid Fundam Online*. 2010;2(Supl):12-4.

126. Piccini RX. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2007;7(1):75-82.
127. Nunes CB, Silva CV, Fonseca AS. Ouvindo as mães sobre a consulta de enfermagem a seus filhos. *Acta Paul Enferm*. 2003;16(3):31-40.
128. Ramos DD, Lima MA. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(1):27-34.
129. Leonello VM, Oliveira MAC. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(n esp):847-52.
130. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(6):1487-94.
131. Lima EC. Ser família convivendo com a criança dependente de ventilação mecânica: uma abordagem do cuidado domiciliar [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2004.
132. Berlin A, Johansson SE, Törnkvist L. Working conditions and cultural competence when interacting with children and parents of foreign origin: primary child health nurses' opinions. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(2):160-8.
133. Rezende MA, Piccolo J. Crescimento, desenvolvimento e avaliação física da criança e do adolescente. In: Kalinowski CE, coordenadora-geral. Programa de atualização em enfermagem: saúde da criança e do adolescente: PROENF: ciclo 1, módulo 1. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 27-56.
134. Ferreira HM. A totalidade do conhecimento da enfermagem: uma abordagem curricular. *Acta Paul Enferm*. 2003;16(1):56-65.
135. Figueiras AC, Puccini RF, Silva EM, Pedromônico MR. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(6):1691-9.
136. Smith J, Long T. Confusing rhetoric with reality: achieving a balanced skill mix of nurses working with children. *J Adv Nurs*. 2002;40(3):258-66.
137. Benner P. Issues in competency based testing. *Nurs Outlook*. 1982;30(5):303-9.
138. Bicudo DO, Fernandes APP, Souza C, Alexandre AMC, Maftun MA, Mazza VA. Organização da atenção básica à saúde da criança segundo profissionais: pesquisa qualitativa. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2010 [citado 2012 mar 16];9(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2801>.
139. Brestovacki B, Milutinovic D. Continuing education of paediatric nurses in Vojvodina, Serbia. *Nurse Educ Today*. 2011;31(5):461-5.
140. Doyle C. Methods of continuing professional education preferred by Irish Pediatric nurses. *J Spec Pediatr Nurs*. 2006;11(2):90-9.

141. Flores PY, Alonso Castillo M. Factors influencing nursing staff members' participation in continuing education. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006;14(3):309-15.
142. Ministério da Justiça (BR). Resolução COFEN 358, de 15 de outubro de 2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (DF); 2009.
143. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(1):103-9.
144. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que devem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 2001. p. 39-64.
145. Mattos RA. Repensando a organização da rede de serviços de saúde a partir do princípio da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO; 2007. p. 369-83.
146. Witt RR. Sistema de referência e contra- referência num serviço de saúde comunitária. *Rev Gaúcha Enferm*. 1992;13(1):19-23.
147. Silva ACMA, Villar MAM, Wuillaume SM, Cardoso MHCAC. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(2):349-58.
148. Dias SMZ, Motta MGC. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. *Ciênc Cuid Saúde*. 2004;3(1):41-54.
149. Waldow VR. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzato; 1999.
150. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1411-6.
151. Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*. 2001;109(1):192-6.
152. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet*. 2007;369(9555):60-70
153. Feliciano KVO, Kovacs MH, Costa IER, Oliveira MG, Araújo MAS. Avaliação continuada da educação permanente na atenção à criança na estratégia de saúde da família. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2008;8(1):45-53.
154. Assis WD, Collet N, Reichert APS, Sá LD. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(1):38-46.

155. Ministério da Justiça (BR). Lei nº 94406, de 08 de junho de 1987: regulamentação do exercício da Enfermagem. Brasília (DF); 1987. Resolução COFEN 159/93. Conselho Federal de Enfermagem. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. Brasília, 1993 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br>.
156. Oliveira MIC, Camacho LAB. Impacto das Unidades Básicas de Saúde na duração do aleitamento materno exclusivo. *Rev Bras Epidemiol*. 2002;5(1):41-51.
157. Oliveira MIC, Camacho LAB, Souza IEO. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1901-10.
158. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
159. Luiz OC, Cohn A. Sociedade de risco e risco epidemiológico. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(11):2339-48.
160. Hutz CS, Koller SH. Questões sobre o desenvolvimento de crianças em situação de rua. *Estud Psicol*. 1996;2(1):175-97.
161. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2926-36.
162. Tacsí YRC, Vendruscolo DMS. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2004;12(3):477-84.
163. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção às urgências [Internet]. Brasília (DF); 2006 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica%20Nacional.pdf>.
164. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Mortalidade proporcional por grupos de causas [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2012 mar 16]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2009/c04.def>
165. Oliveira MAFC, Bueno SMV. Comunicação educativa do enfermeiro na promoção da saúde sexual do escolar. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1997;5(3):71-81.
166. Lopes GT, Felipe ICV, Bernardes MMR, Casanova EG, Acauan LV, Lemos BKJ. O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. *Esc Anna Nery*. 2007;11(4):712-6.
167. Duarte LR. Consulta de enfermagem em saúde do escolar: proposta e avaliação de um modelo operacional. *Rev Paul Enferm*. 1992;11(2):85-91.

168. Cano MAT, Silva GB. Detecção de problemas visuais e auditivos de escolares em Ribeirão Preto: estudo comparativo por nível socioeconômico. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 1994;2(1):57-68.
169. Coelho ACO, Marta DC, Dias IMAV, Salvador M, Reis VN, Pacheco ZML. Olho vivo: analisando a acuidade visual das crianças e o emprego do lúdico no cuidado de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2010;14(2):318-23.
170. Silveira ASA, Silva BMF, Peres EC, Meneghin P. Controle de vacinação de crianças matriculadas em escolas municipais da cidade de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):299-305.

APÊNDICE A – Primeiro Questionário

COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA PARA ATENÇÃO À CRIANÇA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

Identificação das Competências

Este questionário tem por objetivo fazer um levantamento das competências requeridas das enfermeiras para a atenção à criança na rede básica de saúde.

A competência tem sido relacionada à **capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes**, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural. Ela compreende um conjunto de saberes e capacidades que os profissionais incorporam por meio da formação e da experiência, somado à capacidade de integrá-los, utilizá-los e transferi-los em diferentes situações profissionais.

As competências referem-se a comportamentos profissionais próprios de desempenhos em diferentes setores ou atividades. Elas fazem parte de um conjunto de iniciativas que buscam dar resposta às necessidades dos serviços para a resolução dos problemas de saúde, tendo em vista as transformações estruturais ocorridas nesse setor e no mundo do trabalho, devido aos processos de globalização e integração econômica e às mudanças nos paradigmas em saúde pública.

No Brasil, a expansão da rede básica ocorrida como consequência do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), com a municipalização dos serviços de saúde e, mais recentemente, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), coloca o desafio para os profissionais de saúde de desenvolver instrumentos para o trabalho na atenção básica em saúde.

Propostas de competências para o atendimento de crianças têm sido elaboradas por diversos órgãos e organizações nos Estados Unidos e Europa. No Brasil, ainda não existem estudos específicos que tratem a respeito das competências para atuação das enfermeiras na atenção à criança em rede básica de saúde.

Para darmos início a discussão, solicitamos que liste três competências, segundo o seu entendimento, a sua experiência e o seu conhecimento, são essenciais para o trabalho das enfermeiras na atenção à saúde da criança na rede básica de saúde. Solicitamos que, após listar cada competência, comente por que você considera que esta é necessária.

COMPETÊNCIAS

1. _____

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho da enfermeira (o) na atenção à criança em rede básica de saúde.

2. _____

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho da enfermeira (o) na atenção à criança em rede básica de saúde.

3. _____

Comente por que você considera que esta competência é necessária ao trabalho da enfermeira (o) na atenção à criança em rede básica de saúde.

APÊNDICE B – Ficha de Identificação**FICHA DE IDENTIFICAÇÃO**

Nome: _____

Código (não preencher): _____

DADOS RELACIONADOS À EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Local: _____

Vínculo empregatício: _____ Carga horária: _____

Tempo de trabalho neste local: _____

Tempo de trabalho na atenção básica: _____

Outros vínculos: _____

DADOS RELACIONADOS À FORMAÇÃO

Tempo de formada: _____

Titulações: _____

Em quais áreas já trabalhou? Já trabalhou na área pediátrica?

APÊNDICE C – Segundo Questionário

COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO À CRIANÇA EM REDE BÁSICA DE SAÚDE

Prezada participante

Dando seguimento à pesquisa, estamos lhe encaminhando o segundo questionário. Na coluna nº 01 estão dispostas as 40 competências resultantes da análise das respostas obtidas no primeiro questionário. Agora solicitamos que você expresse sua concordância em relação a cada uma dessas competências. Na coluna nº 02 marque com um X (dentro dos parênteses) em uma das opções de 1 (discordo muito) a 5 (concordo muito). Ao final do questionário é disponibilizado um espaço para que você possa fazer os comentários/sugestões que achar necessário.

| COLUNA Nº 01 | COLUNA Nº 02 | | | | |
|--|-----------------------|----------|------------------------------------|----------|-------------------|
| | NÍVEL DE CONCORDÂNCIA | | | | |
| | Discordo Muito | Discordo | Não concordo nem discordo | Concordo | Concordo Muito |
| COMPETÊNCIAS | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança englobando os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social | () | () | () | () | () |
| 2. Avalia cada criança de forma holística, considerando sua singularidade diante de sua realidade social, familiar e ambiental | () | () | () | () | () |
| 3. Apresenta conhecimento sobre as características normais da infância e as patologias mais comuns dessa faixa etária | () | () | () | () | () |
| 4. Demonstra capacidade técnica para resolução dos problemas no seu nível de assistência | () | () | () | () | () |
| 5. Associa o conhecimento teórico às experiências práticas no atendimento à criança | () | () | () | () | () |
| 6. Desenvolve as ações de cuidado de acordo com os programas e políticas de atenção à saúde da criança | () | () | () | () | () |
| 7. Considera os agravos mais comuns | () | () | () | () | () |

| | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| da infância na avaliação de cada criança | | | | | |
| 8. Identifica no atendimento as situações em que uma criança está em risco de vida | () | () | () | () | () |
| 9. Prioriza o atendimento das crianças que apresentam sinais de risco de vida | () | () | () | () | () |
| 10. Encaminha a criança para atendimento em outros níveis de assistência conforme a gravidade do caso | () | () | () | () | () |
| 11. Conhece os serviços de atenção à criança e encaminha quando necessário | () | () | () | () | () |
| 12. Apresenta sensibilidade para perceber situações não comunicadas verbalmente pela criança ou família | () | () | () | () | () |
| 13. Utiliza a observação para fazer uma avaliação geral da criança | () | () | () | () | () |
| 14. Detecta riscos à integridade física, psicológica ou social a que a criança está exposta | () | () | () | () | () |
| 15. Realiza acompanhamento da situação da família da criança | () | () | () | () | () |
| 16. Incentiva a promoção de um ambiente saudável, por meio do fortalecimento de laços afetivos entre a família e a criança | () | () | () | () | () |
| 17. Trabalha de forma multiprofissional com a equipe de saúde | () | () | () | () | () |
| 18. Sabe ouvir com paciência as situações trazidas pela família | () | () | () | () | () |
| 19. Comunica-se de forma simples, clara, tranqüila, direta e de fácil compreensão com a criança e família | () | () | () | () | () |
| 20. Estabelece vínculo a partir de uma relação de confiança com a criança e a família | () | () | () | () | () |

| | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 21. Apresenta habilidade para interagir com a criança e a família | () | () | () | () | () |
| 22. Apresenta atitude acolhedora na relação com a criança e a família | () | () | () | () | () |
| 23. Apresenta flexibilidade e compreensão diante dos conceitos e vivências da família | () | () | () | () | () |
| 24. Monitora a cobertura vacinal e faz busca ativa às crianças faltosas | () | () | () | () | () |
| 25. Realiza supervisão e atividades de educação junto à equipe de enfermagem sobre as técnicas de aplicação e conservação das vacinas | () | () | () | () | () |
| 26. Mantém conhecimento atualizado sobre os aspectos técnicos da vacinação | () | () | () | () | () |
| 27. Realiza consulta de enfermagem com ênfase no atendimento integral à criança | () | () | () | () | () |
| 28. Promove aleitamento materno e orienta sobre a alimentação da criança | () | () | () | () | () |
| 29. Realiza grupos de crianças e família/cuidadores para acompanhamento, troca de experiências e orientações gerais sobre a saúde da criança | () | () | () | () | () |
| 30. Realiza atividades de promoção e educação em saúde nas creches, pré-escolas e escolas | () | () | () | () | () |
| 31. Envolve a família nos cuidados de saúde à criança | () | () | () | () | () |
| 32. Busca atualização contínua sobre os conhecimentos na área da saúde da criança | () | () | () | () | () |
| 33. Conhece a comunidade, suas características populacionais e seu perfil epidemiológico | () | () | () | () | () |
| 34. Utiliza o conhecimento sobre a | () | () | () | () | () |

| | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| comunidade para o planejamento e implementação de ações direcionadas à saúde da criança | | | | | |
| 35. Exerce o gerenciamento de modo a oferecer a melhor solução para cada caso | () | () | () | () | () |
| 36. Utiliza o registro das informações para o acompanhamento de cada caso e avaliação das ações na saúde da criança | () | () | () | () | () |
| 37. Atua com autonomia na sua área profissional | () | () | () | () | () |
| 38. Responsabiliza-se pela atenção à saúde da criança | () | () | () | () | () |
| 39. Identifica-se com a profissão | () | () | () | () | () |
| 40. Identifica-se com a área da saúde da criança | () | () | () | () | () |

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada (o) para participar da pesquisa “**Competências da enfermeira na atenção à criança em rede básica de saúde**”. Essa pesquisa tem como objetivo identificar quais são as competências da enfermeira necessárias para a atenção à criança na rede básica de saúde. O estudo será realizado no período de março a dezembro de 2011.

Para este estudo estão sendo convidadas as (os) enfermeiras (os) do distrito Glória-Cruzeiro-Cristal. Sua participação ocorrerá por meio do preenchimento três questionários e uma ficha de identificação contendo dados de formação e experiência profissional. A participação na pesquisa é de caráter voluntário, podendo haver recusa ou desistência em qualquer momento no decorrer do estudo, sem acarretar qualquer prejuízo ou constrangimento a você ou a seu desempenho profissional. A identidade dos participantes será preservada mantendo-se o anonimato dos respondentes na divulgação dos resultados, dessa forma será garantida a confidencialidade aos participantes. As informações coletadas serão utilizadas exclusivamente para fins acadêmicos.

Os benefícios do estudo estão ligados à identificação das competências, que poderá fornecer subsídios para as práticas assistenciais das enfermeiras na atenção à criança em rede básica de saúde. O risco da pesquisa será o desconforto relacionado à interferência do preenchimento dos questionários na rotina de trabalho.

Em caso de qualquer outra dúvida, você poderá contatar com o professora Orientadora do projeto, Profª Drª Regina Rigatto Witt, responsável pelo estudo, pelo telefone (51) 93542886, ou com a acadêmica Andria Machado da Silva pelo telefone (51) 92028001 e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 32895517 ou 91441379.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2011.

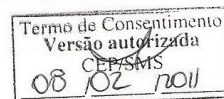
Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____



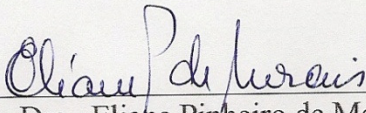
Andria Machado da Silva

Regina Rigatto Witt

Observação: o presente documento, baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a Pesquisa em Saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196/96), será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do participante e a outra com o (a) pesquisador (a) responsável.



**ANEXO A – Carta de Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem
da UFRGS**

| | |
|--|--|
|  <p>UFRGS UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p> |  <p>ESCOLA DE ENFERMAGEM UFRGS</p> |
| <p>COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL</p> | |
| <p>CARTA DE APROVAÇÃO</p> | |
| <p>Projeto: PG MS 043/2010 Versão 12/2010</p> | |
| <p>Pesquisadores: Andria Machado da Silva e Profa. Regina Rigatto Witt</p> | |
| <p>Título: COMPETÊNCIAS DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO À CRIANÇA EM REDE BÁSICA DE SAÚDE.</p> | |
| <p>A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.</p> | |
| <p>Porto Alegre, 21 de Dezembro de 2010.</p> | |
| <p> Eliane Pinheiro de Moraes Coordenadora Compesq EEnf - UFRGS</p> | |
| <p>Profª. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes Coordenadora da COMPESQ</p> | |

**ANEXO B – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria
Municipal de Saúde de Porto Alegre**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Regina Rigatto Witt
Registro do CEP: 580 **Processo N°:** 001.000502.11.1
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – UBS GD GCC
Utilização: TCLE
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.000502.11.1, referente ao projeto de pesquisa: “**Competência da enfermeira na atenção à criança em rede básica de saúde**”, tendo como pesquisador responsável Regina Rigatto Witt cujo objetivo é “Identificar quais são as competências da enfermeira necessárias para a atenção à criança na rede básica de saúde”.

Assim, o projeto preenche os requisitos fundamentais das resoluções. O Comitê de Ética em Pesquisa segue os preceitos das resoluções CNS 196/96, 251/97 e 292/99, sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde / Conselho Nacional de Ética em Pesquisa / Agência nacional de Vigilância Sanitária. Em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**.

O Comitê de Ética em Pesquisa, solicita que :

1. Enviar primeiro relatório parcial em seis meses a contar desta data;
2. Informar imediatamente relatório sobre qualquer evento adverso ocorrido;
3. Comunicar qualquer alteração no projeto e no TCLE;
4. Entregar junto com o relatório, todos os TCLE assinados pelos sujeitos de pesquisas e a apresentação do trabalho.
5. Após o término desta pesquisa, o pesquisador responsável deverá apresentar os resultados junto à equipe da unidade a qual fez a coleta de dados e/ou entrevista, inclusive para o Conselho Local da Unidade de Saúde.

Porto Alegre, 08/02/2011

Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP