



Texto & Contexto - Enfermagem

ISSN: 0104-0707

ISSN: 1980-265X

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem

Furtado, Maria Cândida de Carvalho; Mello, Débora Falleiros de; Pina, Juliana Coelho;
Vicente, Jéssica Batistela; Lima, Poliana Remundini de; Rezende, Valeria Dias
AÇÕES E ARTICULAÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA
Texto & Contexto - Enfermagem, vol. 27, núm. 1, e0930016, 2018
Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem

DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018000930016>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71465261011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Informação Científica Redalyc
Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal
Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

AÇÕES E ARTICULAÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA

Maria Cândida de Carvalho Furtado¹, Débora Falleiros de Mello², Juliana Coelho Pina³, Jéssica Batistela Vicente⁴, Poliana Remundini de Lima⁵, Valeria Dias Rezende⁶

- ¹ Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP). Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: mcandida@eerp.usp.br/
- ² Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: defmello@eerp.usp.br
- ³ Doutora em Ciências da Saúde. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: pina.juliana@ufsc.br
- ⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: jessica.batistela@usp.br
- ⁵ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública - EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: poliana.lima@usp.br
- ⁶ Enfermeira. Graduada pela EERP/USP. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: valeria.dr13@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivo: compreender como se configura a assistência de enfermagem a crianças menores de cinco anos em Unidades de Saúde da Família, com foco na integralidade do cuidado.

Método: pesquisa de abordagem qualitativa. Os dados foram coletados mediante entrevista semiestruturada com 26 enfermeiras, em um município paulista, entre junho de 2013 e janeiro de 2014, e submetidos a análise de conteúdo, modalidade temática.

Resultados: construídas duas categorias. Na primeira, “A prática do cuidado da criança: contribuições da enfermagem”, algumas ações foram elencadas para alcance do cuidado integral, e valorizou-se a compreensão da criança como sujeito singular no contexto familiar e comunitário. A categoria “Redes de apoio: tecendo ações e articulações para o acesso e a integralidade do cuidado da criança” revelou a consulta de enfermagem como instrumento de valor às enfermeiras, para as quais a disponibilidade de outros setores e serviços de saúde para atender a criança em suas necessidades viabiliza um cuidado integral. Ressaltou-se ainda a importância do acesso a ações que buscam melhorar a qualidade de vida das crianças e reduzir potenciais riscos para seu crescimento e desenvolvimento.

Conclusão: como contribuição, tem-se que as ações das enfermeiras sinalizam caminhos para a integralidade do cuidado, corroborando políticas públicas atuais. Faz-se premente que tais ações sejam valorizadas e transmitidas a cenários de cuidado que ainda carecem de assistir a criança e sua família integralmente e, assim, cumprir compromissos apontados nas agendas destinadas a esta clientela.

DESCRIPTORES: Atenção primária à saúde. Integralidade em saúde. Cuidado da criança. Enfermagem pediátrica. Assistência integral à saúde.

NURSES' ACTIONS AND ARTICULATIONS IN CHILD CARE IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

Objective: to understand the configurations of nursing care for children under five in Family Health Units, focusing on comprehensive health care.

Method: qualitative research. Data were collected through a semistructured interview with 26 nurses, in a city in the State of São Paulo, between June 2013 and January 2014, and submitted to thematic content analysis.

Results: two categories were elaborated. In the first, “The practice of child care: contributions of nursing”, some actions were listed for comprehensive care, and the child’s understanding was valued as a singular subject in the family and community context. The category “Support networks: weaving actions and articulations for access and comprehensiveness of child care” revealed the nursing consultation as a valuable instrument for nurses, for whom the availability of other sectors and health services to care for the children in their needs makes comprehensive care possible. The importance of access to actions that seek to improve children’s quality of life and reduce potential risks to their growth and development was also stressed.

Conclusion: as a contribution, the actions of nurses indicate ways for the comprehensiveness of care, corroborating current public policies. It is imperative that such actions be valued and transmitted to care settings that still lack comprehensive health care for children and their family, thus fulfilling commitments indicated in the agendas for this clientele.

DESCRIPTORS: Primary health care. Integrality in health. Child care. Pediatric nursing. Comprehensive health care

ACCIONES Y ARTICULACIONES DEL ENFERMERO EN EL CUIDADO DEL NIÑO EN LA ATENCIÓN BÁSICA

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo se configura la asistencia de la enfermería para niños menores de cinco años en Unidades de Salud de la Familia y enfocando en la integralidad del cuidado.

Método: investigación de abordaje cualitativa. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista semiestructurada con 26 enfermeras, en un municipio paulista, entre Junio del 2013 y Enero del 2014, y fueron sometidos a un análisis de contenido en la modalidad temática.

Resultados: fueron construidas dos categorías. En la primera, “La práctica del cuidado del niño: contribuciones de la enfermería”, algunas acciones fueron incluidas para el alcance del cuidado integral y se valorizó la comprensión del niño como sujeto singular en el contexto familiar y comunitario. La categoría “Redes de apoyo: tejiendo acciones y articulaciones para el acceso y la integralidad del cuidado del niño” reveló la consulta de enfermería como instrumento de valor para las enfermeras que disponiendo de otros sectores y servicios de salud para atender al niño y sus necesidades viabilizan un cuidado integral. Además, se destacó la importancia del acceso a las acciones que buscan mejorar la calidad de vida de los niños y reducir potenciales riesgos para su crecimiento y desarrollo.

Conclusión: como contribución, las acciones de las enfermeras señalan caminos para la integralidad del cuidado y corroborando las políticas públicas actuales. Es necesario que tales acciones sean valorizadas y transmitidas a los escenarios del cuidado que todavía carecen de asistencia para el niño y su familia integralmente y, así, cumplir con los compromisos establecidos en las agendas destinadas a esta clientela.

DESCRIPTORES: Atención primaria para la salud. Integralidad en salud. Cuidado del niño. Enfermería pediátrica. Asistencia integral para la salud.

INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde da criança tem sido pautado nas diretrizes das políticas públicas nacionais e internacionais de atenção à saúde desta clientela e busca orientar a assistência para que esta seja ofertada de modo integral e resolutivo. No âmbito nacional, transformações ocorreram desde o final da década de 1980, período em que a criança foi contemplada com políticas e programas que buscavam ampliar o acesso aos serviços de saúde e assegurar um cuidado abrangente, que englobasse a família e o ambiente onde viviam.¹ Nas décadas de 2000 e 2010, documentos oficiais brasileiros buscaram consolidar a assistência à saúde da criança, o que contribuiu para reforçar a necessidade de acesso, em tempo oportuno, a serviços, ações de saúde e, sobretudo, um cuidado integral.²

Outro importante acontecimento data de novembro de 2014, quando foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e publicada, em agosto de 2015, a Portaria nº 1.130 que a institui, com o objetivo de sistematizar e articular diferentes ações, programas e políticas de saúde da criança. Como um marco na definição de políticas voltadas à infância, visa ainda conformar a assistência desta população na perspectiva do cuidado em rede, de modo a transformar e fortalecer ainda mais as potencialidades dos serviços de atenção à saúde, para que seja viabilizada assistência adequada à criança.²⁻³

Desse modo, o Brasil, também signatário de acordos internacionais, busca qualificar o cuidado para obter resultados cada vez mais positivos na saúde da criança, a exemplo da redução da mortalidade infantil, 4º Objetivo do Desenvolvimento do Milênio,

alcançada no país dois anos antes do prazo estabelecido entre as nações do mundo.⁴ A melhoria nos indicadores brasileiros relativos à saúde infantil é atribuída às mudanças sociais e econômicas, aliadas a ações e programas governamentais que ampliaram o acesso e a cobertura dos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS).⁴⁻⁵

Documento recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) assinala a importância da cobertura universal em saúde e introduz a premente questão da equidade e da justiça não somente na saúde, mas também no acesso às ações e aos serviços de atenção à saúde.⁶

Como meta importante dos sistemas de saúde, autores apontam a implementação da cobertura universal de saúde e do acesso universal à saúde, com ênfase no amplo acesso da APS, por meio do reconhecimento de que, indistintamente, pessoas e comunidades devem ter equidade no ingresso a serviços de saúde de qualidade no decorrer do ciclo vital.⁷ Ainda, os enfermeiros possuem capacidade para melhor ofertar cuidados na APS, no sentido de contribuir com mudanças nos indicadores de saúde, como a redução da morbimortalidade mediante o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.⁷ Para tal alcance, os profissionais devem ser qualificados para atuar mediante uma prática avançada, com conhecimento especializado, para assim tomar decisões complexas alicerçadas em competências clínicas para o cuidado, dentro da sua realidade e do seu espaço de atuação.⁷

A Estratégia Saúde da Família (ESF), no contexto do cuidado infantil, mostra-se um importante espaço promotor de aproximação entre equipe de

saúde e cuidador/família, por entrelaçar possibilidades de acesso aos serviços e aos cuidados efetivos e eficazes para a manutenção da saúde.⁸⁻¹¹

Formada por uma equipe multiprofissional, a ESF visa ofertar assistência à saúde a uma população de determinado território. O enfermeiro, como membro desta equipe, tem papel relevante para que se atinjam alguns dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS). É ele quem realiza consultas de enfermagem e avalia o estado de saúde de cada usuário,¹² sendo, portanto, necessário que possua uma visão holística do cuidado, para que possa identificar e destacar os principais agravos à saúde da população, bem como buscar ferramentas para trabalhar com tais questões.^{10,12-13}

Nesse contexto, ressalta-se que, a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil também é atribuição deste profissional, podendo realizá-la durante a consulta na unidade de saúde ou na visita domiciliar.¹⁴ Mediante a implantação da consulta de enfermagem em unidades de saúde, o trabalho do enfermeiro passa a ser contínuo e caracterizado como uma estratégia de atendimento de caráter generalista, centrada no ciclo vital e na assistência familiar.¹⁵

A efetividade do cuidado em saúde pressupõe a integralidade das ações, princípio que tem sido objeto de recomendações governamentais² e remete ao direito da criança ser assistida adequadamente, e com qualidade, em todas as suas necessidades,¹⁶ mediante serviços de saúde organizados, em todos os níveis de assistência.^{2,16}

Nesse sentido, integralidade pode ser concebida como a *integração de ações* de promoção, prevenção, cura e reabilitação, por meio do processo de trabalho; como *prática profissional*, em que o indivíduo é considerado em sua totalidade biológica e psicossocial, agregando o ambiente em que vive.¹⁷⁻¹⁸ Pode, ainda, ser concebida como a *organização dos serviços*, de modo a oferecer continuidade do cuidado, com acesso aos dispositivos tecnológicos que possibilitem resolução dos problemas de saúde, além de *articulação de políticas* que permitam ações intersetoriais e de gestão compartilhadas.¹⁷⁻¹⁸

Apesar das diversas concepções, importante assinalar que estudos vêm apontando fragilidades nos aspectos que envolvem a integralidade do cuidado, quer seja na disponibilidade de serviços e setores de atenção à saúde quando da necessidade apresentada pela criança, quer seja pelo cuidado ainda pautado no modelo biológico, não compreendendo que a criança sofre influência da família e do contexto em que vive.¹⁹⁻²² Cuidado este muitas vezes fragmentado, sem interlocução entre setores

e serviços,²³ e pouca interação e comunicação entre profissionais e família.²⁴⁻²⁵

Não obstante, entende-se ser possível traçar um caminho que considere a integralidade, um aspecto essencial para o cuidado, que ocorre conforme se compreende a criança em sua totalidade, no contexto familiar e comunitário, levando em conta as questões que a formam e a conformam enquanto indivíduo, com respeito às suas singularidades. É preciso incorporar também os saberes e as práticas dos profissionais que contribuem para que as ações em saúde aconteçam (se materializem) de modo qualificado, com vistas ao alcance da resolutividade das necessidades nos distintos níveis de complexidade dos serviços de saúde.

Assim, apreendendo a importância da atenção à saúde ofertada a crianças e da ESF como um modelo de cuidado que busca oferecer atenção primária de qualidade segundo os princípios do SUS, este estudo questiona: o cuidado de enfermagem a crianças menores de cinco anos na ESF contempla a integralidade? O objetivo foi compreender, na visão do enfermeiro, como se configura a assistência a crianças menores de cinco anos em Unidades de Saúde da Família (USF), com foco na integralidade do cuidado.

MÉTODO

Estudo com abordagem qualitativa, realizado no período de 01 de junho de 2013 a 31 de janeiro de 2014, em todas as USF de Ribeirão Preto, SP. Com relação aos serviços da rede municipal de saúde, Ribeirão Preto, à época da coleta de dados, contava com 28 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 15 USF, uma Unidade de Atendimento Básico e Especializado de Pediatria, cinco Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) e 12 Unidades Especializadas. Cabe ressaltar que das USF do município, cinco eram ligadas a um Centro de Saúde Escola de uma Universidade pública estadual e abrangiam seis equipes de Saúde da Família. As 10 USF restantes estavam vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RP) e possuíam 24 equipes de Saúde da Família, totalizando 30 equipes no município.

A escolha pela USF como cenário de pesquisa se justifica por tais serviços disporem de agenda de consulta de enfermeiros da criança, para a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. As UBS do município ofertam o modelo tradicional de cuidado e disponibilizam apenas atendimentos do enfermeiro a crianças mediante necessidades específicas, como a realização

da triagem neonatal e o atendimento na primeira semana de vida.

Foram convidadas a participar do estudo as 30 enfermeiras das 15 USF, sendo que participaram 26 enfermeiras, pois três recusaram o convite e uma estava em férias no período de coleta dos dados nas USF.

Como técnica de coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada. Inicialmente o pesquisador principal realizou contato telefônico prévio com as enfermeiras e agendou encontro para que a pesquisa fosse explicada em detalhes. Durante o encontro presencial, fez o convite para participação no estudo e, mediante aceite, foram acordados os melhores dias e horários para a entrevista. Algumas foram realizadas no mesmo dia e outras agendadas para uma data posterior.

Em sala reservada na própria USF, a partir assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador principal, com experiência na área, e também por uma assistente de pesquisa (aluna de graduação), após treinamento. Para iniciar a coleta dos dados, utilizou-se um roteiro contendo duas partes: a primeira contemplava o tempo de formação, inclusive complementar, o tempo de atuação, bem como a capacitação para o cuidado da criança na Estratégia Saúde da Família. A segunda foi conduzida pela seguinte questão norteadora: quais são as ações desenvolvidas por você na atenção às crianças menores de cinco anos? Perguntas de apoio buscavam informações sobre como se dava esse cuidado da criança (consulta de enfermagem) e a respeito das facilidades e dificuldades a ele inerentes. Os tópicos visavam estimular que as enfermeiras discorressem sobre a assistência por elas prestada a crianças desde o seu primeiro atendimento na USF, após o nascimento, até os cinco anos de idade, tendo-se o cuidado de não interferir na entrevista.

Realizou-se apenas um encontro com cada participante e as entrevistas tiveram duração aproximada de 30 minutos, gravadas em meio digital e complementadas por anotações do diário de campo, documento utilizado para registrar informações não passíveis de registro por meio de gravação.

Para a análise dos dados, fez-se a transcrição das entrevistas na íntegra e seguiram-se os passos da técnica de análise de conteúdo,²⁶ modalidade temática. Na primeira fase, denominada *pré-análise*, hipóteses foram elaboradas com base na leitura fluente das entrevistas, com construção de indicadores que fundamentaram a interpretação. A segunda fase, *exploração do material*, consistiu na codificação

dos dados brutos do texto. Já na última fase, houve o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação, por meio da *Categorização dos Dados*, os quais foram discutidos com base na literatura e analisados à luz da integralidade do cuidado em saúde.

O projeto recebeu aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE 11617213.5.0000.5393; Parecer nº 115/2013) e foram seguidos todos os preceitos éticos para pesquisas envolvendo seres humanos. As participantes foram identificadas pela letra E, seguida de número correspondente à ordem das entrevistas.

RESULTADOS

Todas as enfermeiras entrevistadas são do sexo feminino, com idade entre 25 e 56 anos e concluíram o Curso de Graduação em Enfermagem entre os anos de 1980 e 2008. Antes de trabalhar nas USF onde atuavam no momento da coleta dos dados, todas relataram experiência tanto na área da atenção básica quanto de atenção hospitalar. Com relação à formação, 20 enfermeiras possuíam Especialização em Saúde da Família; sete concluíram Mestrado acadêmico e três o cursavam, à época da entrevista. Duas enfermeiras cursavam Doutorado e uma já possuía título de Doutor. A maioria referiu formação para trabalhar na ESF e 23 enfermeiras afirmaram participar de eventos envolvendo a temática da saúde da criança, com destaque para triagem neonatal, aleitamento materno e alimentação infantil.

Com base na análise dos dados foram construídas duas categorias: “A prática do cuidado da criança: contribuições da enfermagem”, que aborda as ações desenvolvidas pelas enfermeiras no cuidado da criança; e “Redes de apoio: tecendo ações e articulações para a integralidade do cuidado da criança”, que revela as articulações entre setores e serviços para efetivação do cuidado da criança.

A prática do cuidado da criança: contribuições da enfermagem

O cuidado de enfermeiras a crianças menores de cinco anos na ESF envolve ações em saúde diretamente relacionadas à assistência, como a realização de exame físico, coleta de material para exames e imunização, e outras que dizem respeito ao aleitamento materno, alimentação infantil e orientações acerca da prevenção de acidentes.

Este cuidado se inicia com o primeiro atendimento da criança na USF, mediante a consulta

de enfermagem, agendada ainda na maternidade. Por se tratar do primeiro contato da criança com a unidade de saúde, é considerado porta de entrada para o serviço e o alicerce do cuidado que se inicia após o nascimento, como é possível observar em algumas falas: [...] *inicia pela consulta de enfermagem, que é o alicerce de tudo isso e aí, essa consulta de enfermagem vai desde o primeiro atendimento dos primeiros dias de vida* (E6).

Começa ao nascimento. A primeira consulta da criança é agendada com a enfermeira, o caso novo de puericultura [...] aí, a gente faz a coleta do pezinho e já faz o primeiro atendimento da criança, uma consulta de enfermagem mesmo, exame físico, além do teste do pezinho, vacina. A gente também consulta a mãe, a puérpera, se ela está com dificuldade em aleitamento [...] É assim que a gente começa! (E8).

Nós somos a porta de entrada, depois da maternidade, pra criança, né?! É agendado pelo hospital ou então, a gente atende por livre demanda para coletar o teste do pezinho e, na coleta do teste do pezinho, a gente já faz a primeira consulta de puericultura (E9).

Nas falas, as enfermeiras destacam a importância do acesso aos serviços de saúde logo após o nascimento, para atendimento ao recém-nascido. *Aqui, a gente faz a primeira consulta de puericultura, a criança já vem agendada da maternidade com o enfermeiro. A gente faz a avaliação, peso, altura, exame físico, né?! A vacinação, se a criança fez hepatite B na maternidade, se fez o teste do olhinho, se fez o teste da orelhinha. Aí, faz todas as orientações. Vê se está tendo uma boa pega [aleitamento materno] [...] orienta a mãe sobre todos os cuidados com o aleitamento* (E24).

As enfermeiras ressaltam que mãe e filho não se desvinculam em um momento tão importante da vida de ambos. *Eu acolho o binômio aqui na Unidade e aí a gente começa o acompanhamento do desenvolvimento, principalmente* (E2).

Investigar com a mamãe o coto umbilical, orientação de exposição ao sol, aleitamento [...] essa consulta é para o binômio. A gente já vê a mama, se a mãe tiver com alguma dificuldade. Eu gosto de tentar ver uma mamada, ainda mais se ela disser que ela tá com algum probleminha no aleitamento ou se tá com a mama escoriada (E21).

Outro aspecto importante identificado nos relatos é a troca de experiências e de conhecimentos entre enfermeira e médico. Em caso de dúvidas, ela o consulta, e quando há necessidade, o médico encaminha a criança para o atendimento de enfermagem. Exemplo de articulação entre os profissionais e que resultou em benefício para a criança é o investimento nas orientações e no apoio ao aleitamento materno. *A gente consegue detectar*

muitas coisas importantes, que a gente tem acesso à equipe de pediatria pra já, nesse momento, comunicar o que a gente percebeu. Muitas vezes são problemas que a gente já encontrou soluções bem relevantes, o pediatra acaba interferindo naquele momento e evitando que aconteça alguma complicação importante para a criança (E9).

Aqui a gente também faz um trabalho de incentivo ao aleitamento materno em conjunto com os médicos. Quando eles detectam alguma dificuldade na amamentação, passam pra gente. A gente acompanha também, faz controle pueril, junto com o médico. Então, a gente tem até conseguido reverter situações de aleitamento artificial, como três casos de crianças prematuras que a gente conseguiu reverter. Então, sabe, é um trabalho bem gratificante (E10).

A gente tem a liberdade de já entrar em contato com o médico e tentar resolver aquele problema. Então, tem uma comunicação muito boa com a equipe médica, principalmente na questão das crianças (E17).

Ao se pensar a integralidade do cuidado, evidencia-se a perspectiva de trabalho em equipe, levando-se em conta a diversidade existente entre os profissionais envolvidos no cuidado da criança. É preciso, ainda, compreender as interações que se farão necessárias para que este cuidado se efetive, ainda que diante de conflitos e contradições. É nessa construção cotidiana de apresentação de saberes e práticas que se conformará um cuidado pertinente e oportuno a determinada situação e que respeite as singularidades de cada criança.

A fala a seguir ilustra esta composição para o cuidado da criança. *A gente trabalha na consulta médica, se [a criança] não está faltando; quando elas [crianças] vêm, na consulta odontológica. Então, a gente faz um triângulo aí. Junta o médico, o enfermeiro e o cirurgião-dentista, tá?! Pra que a gente capte todas essas crianças. Aí, as consultas médicas começam a ficar mais espaçadas, a cada ano. Você avalia uma vacinação atrasada dessa criança. Aí, o agente comunitário faz a orientação [atualizar vacinação]* (E15).

Outro aspecto do cuidado diz respeito à visita domiciliar, que ocorre tão logo mãe e bebê retornem da maternidade, ou em virtude de demandas de cuidado, algumas relacionadas a eventuais riscos à criança.

Quando o bebê nasce, faço tanto uma visita domiciliar para o binômio, quanto eu acolho o binômio aqui na Unidade (E2).

Em algumas situações, a gente faz visita domiciliar às famílias com situações que a gente identifica risco na família, dificuldade do familiar e de organização ou em relação a uma necessidade específica de saúde (E3).

Todos os bebês que nascem, eu recebo a notificação do nascimento [enviada pelo Programa Floresce uma Vida], e vou até o domicílio quando é necessário (E4).

Redes de apoio: tecendo ações e articulações para o acesso e a integralidade do cuidado da criança

A oferta de serviços e o encaminhamento para outros setores, quando necessário, configuram formas de atender a criança em suas necessidades. As enfermeiras verbalizam a importância de uma rede de apoio para o cuidado da criança em suas múltiplas possibilidades, pois entendem que a atenção somente pode contemplar a integralidade do cuidado se estiverem disponíveis serviços de saúde e equipamentos sociais que atendam a criança e dialoguem entre si de modo efetivo e resolutivo.

A gente tem articulação com o Programa Saúde da Criança. A gente tem como referenciar a criança se achar que é um caso de pediatria que foge à Atenção Básica, que precisa ser secundário. Tem a parceria da sala de vacina, de coleta de sangue no “Y” [Unidade Básica e Distrital de Saúde], que faz o teste do pezinho e faz as vacinas para nós, enquanto a gente não conseguir estruturar o serviço (E2).

O agente comunitário [na visita domiciliar] identifica uma criança fora da escola; então, a gente tem feito comunicações com a assistência social, com o Conselho Tutelar, ou até mesmo com a própria Secretaria da Educação, na tentativa de incluir essa criança [na escola] (E5).

A rede de atenção disponibiliza diversos profissionais de saúde para atender a criança e fornece serviços e ações em saúde capazes de responder às necessidades específicas desta clientela. Por exemplo, a criança tem um tipo de dificuldade; então, a gente tem a rede de suporte, psicólogos, nutricionistas, que a gente pode estar encaminhando dentro da Secretaria [de saúde], tá?! E tem a Rede Amamenta Brasil, que eu faço parte, com uma equipe que dá assessoria e suporte para as unidades de saúde que integram essa rede (E7).

As crianças que nascem com Apgar baixo, pequenas para idade gestacional, têm o encaminhamento para o PAM, para a estimulação precoce. Crianças nossas [da área de abrangência da unidade de saúde] são encaminhadas para o NADEF**. E, recentemente, teve um bebê que nasceu com lábio leporino; então, ele conta*

com outros órgãos da cidade para acompanhar o problema dele (E11).

A gente tem os nossos bebezinhos que nascem prematuros. Eles vão pra estimulação precoce e a estimulação precoce é lá no PAM, mas eles continuam vindo aqui com a gente, porque lá tem Fisio [fisioterapeuta], T.O. [terapeuta ocupacional], né?! (E12).

A fala a seguir explicita a rede de apoio como fundamental à integralidade do cuidado, com organização dos serviços que atendem a criança. *Não vejo Saúde da Família se não tiver rede de apoio. Nenhum serviço de saúde hoje pode prescindir de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar que extrapole a saúde. Então, além de trabalhar com as unidades de saúde de outro nível de complexidade, também temos que articular com as creches e escolas, públicas e privadas, com as EMEI's [Escola Municipal de Educação Infantil] da área. Temos o serviço Distrital de Saúde “Z” [nome do Distrito], a parte de Atendimento de Urgência e temos uma parte da UBDS [Unidade Básica e Distrital de Saúde], que é a parte de especialidades. Não há como trabalhar sem articulação. Não há como trabalhar! Mesmo na equipe, o enfermeiro não trabalha sozinho. Então, é um coral de múltiplas vozes, né?! (E4).*

Dentre os programas e serviços oferecidos a crianças no município, o “Floresce uma Vida” é citado, em diversos relatos, como programa articulador e facilitador da atenção à criança, que assegura o atendimento a todas as necessidades, especialmente para o recém-nascido. *A gente sempre recebe do hospital, por meio do Programa Floresce uma Vida, um e-mail notificando que a criança nasceu, Apgar, peso, informações básicas e com o agendamento da consulta da criança aqui no Núcleo, tanto comigo quanto com o médico (E1).*

A facilidade é que aqui em Ribeirão, por conta do Floresce uma Vida, a gente tem o agendamento garantido, né?! A criança já sai [da maternidade] com agendamento conosco. Então, é algo que facilita o acesso [à unidade de saúde] da criança e da mãe. Então, a gente consegue ter esse primeiro atendimento mais rápido, essa avaliação inicial e isso facilita [o cuidado da criança] (E6).

O setor da Educação também emerge como importante parceiro para a Unidade de Saúde da Família. Uma das falas revela que o contato com creches e escolas proporciona acesso aos cuidados em saúde mediante educação em saúde para as crianças, atendendo as demandas das escolas, cumprindo importante papel, não se restringindo a uma perspectiva singular, que considera o cuidado da criança responsabilidade somente do setor saúde.

Esse ano, através do Programa Saúde na Escola, nós vamos realizar uma ação de avaliação antropométrica, visual, audiológica e fisioterápica das crianças de uma

* Posto de Atendimento Médico. Serviço municipal ambulatorial de atendimento de especialidades pediátricas.

** Núcleo de Atendimento à Pessoa Deficiente, ligado à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP. Neste núcleo são desenvolvidas atividades do PRODAF (Programa de Saúde dos Deficientes Auditivos e Fissurados), do Serviço de Estimulação Precoce e de Fisioterapia.

EMEI aqui, que nem é da nossa área de abrangência, mas porque a unidade de saúde de referência está em reforma e ficou pra gente fazer (E6).

DISCUSSÃO

A formação das enfermeiras do estudo para atuar na ESF corrobora estudos que apontam que a qualificação do profissional enfermeiro permite que ele atue segundo uma prática avançada, com resultados positivos na saúde das pessoas,⁸ no caso, de crianças.

Do acesso precoce ao atendimento após o nascimento, a consulta com a enfermeira, agendada ainda na maternidade, integra as atividades do Programa Floresce uma Vida.²⁷ Trata-se de um programa de atenção à saúde do recém-nascido oferecido nas três maternidades que atendem usuários do SUS no município, que tem garantido acesso dos bebês aos serviços públicos de saúde, em continuidade ao cuidado iniciado no pré-natal (na unidade de saúde), e também realizado no parto e no pós-parto imediato (na maternidade).²⁷⁻²⁸

Este primeiro atendimento do binômio mãe-filho na unidade de saúde realizado pelas enfermeiras possibilita sensibilizar a mãe acerca da importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho^{21,26,29} e, também, estreitar vínculo e permitir que as dificuldades para o cuidado da criança sejam identificadas e intervenções propostas precocemente.^{27,30}

O atendimento voltado ao binômio reforça a natureza de integralidade do cuidado, uma vez que considera também a mãe/cuidadora no momento da consulta, o que corrobora com outros.³¹⁻³² Neste sentido, é essencial que enfermeiras reconheçam e explorem toda a oportunidade deste encontro com a criança e a mãe/família para prestar atendimento/cuidado,³² quer seja pelo agendamento, quer seja pela demanda espontânea ao serviço de saúde, mediante queixa específica.

Identificam-se, nas falas, a integração de conhecimento entre a equipe e o reconhecimento de que o cuidado integral se faz no todo e não de forma fragmentada.^{8,32} Há discussão clínica do caso de cada criança, e a ação conjunta com o médico viabiliza intervir precocemente, a fim de evitar complicações na saúde da criança e alcançar um cuidado resolutivo.

Nesse sentido, estudo destaca a importância da integração da equipe para a ocorrência da integralidade, com respeito à interdependência dos profissionais para a produção do cuidado,¹⁰ o que corrobora

os achados do presente estudo. A ESF permite a apreensão da saúde global do indivíduo por meio de diferentes olhares e distintos saberes, em prol do estabelecimento de um plano de cuidado comum.¹⁰ Outro estudo destaca que o bom relacionamento entre profissionais coopera para que sejam construídas relações favoráveis e profícuas com as mães.³²

Compreende-se, portanto, que o trabalho em equipe favorece o cuidado integral. O comprometimento do profissional com o serviço e a busca por atender demandas do usuário constituem ferramentas para a consolidação das práticas da integralidade e a construção de uma relação benéfica,^{18,32} neste caso para mãe e criança. Entretanto, a prática dos profissionais e dos serviços de saúde pode ou não permitir a integralidade, sendo preciso entender como ambos consideram o cuidado que ofertam.

É preciso que as equipes assumam a responsabilidade pelos cuidados de saúde da população de sua área de abrangência, de modo a coordenar recursos necessários e orientar a população sobre seus problemas de saúde. Faz-se necessário, ainda, utilizar estratégias que integrem diferentes profissionais à equipe para melhorar o cuidado primário à saúde, com resultados importantes também para a saúde das pessoas.³³ Contudo, a designação de enfermeiras e médicos da família para uma prática comum, sem qualquer orientação, não produz prática colaborativa.³³ Neste caso, recorrer a meios para trabalhar as expectativas acerca do papel de cada profissional facilita o desenvolvimento de parcerias para a prestação de cuidados caracterizados por práticas independentes.^{9,33}

O trabalho colaborativo requer lenta progressão; ademais, auxilia na superação de obstáculos profissionais, ajuda a dissipar preocupações e confere clareza aos papéis de cada profissional e ao sentido da colaboração.^{9,24,33}

Uma das ações destacadas, a visita domiciliar, corrobora, com um estudo que aponta a sua importância como instrumento para a prática desse profissional, por ser um espaço de possibilidades para que atue em defesa do direito à saúde da criança.³⁴

Ao relatar que a estratégia Saúde da Família não dispensa outros serviços da rede, uma entrevistada explicita como a rede de apoio viabiliza a integralidade do cuidado, mediante a organização dos serviços.^{8,20,35} Observa-se conhecimento da interdependência entre serviços, setores e profissionais de saúde para proporcionar atendimento à criança diante de suas necessidades.

Referido como “coral de múltiplas vozes”, este trabalho articulado mostra-se presente na

inter-relação e confluência de múltiplos saberes e práticas e de setores e serviços diversificados e organizados para atuar junto à criança e potencializar o que se almeja como produto final - o cuidado - e para que este se apresente, de fato, como integral.^{8,20,33,35}

A integralidade também deve permear o modo como as práticas estão organizadas (da fragmentação para o todo).¹⁷⁻¹⁸ Sob essa perspectiva, os serviços necessitam assumir uma postura que viabilize o cuidado ampliado, tendo o usuário como protagonista deste processo. Já o profissional de saúde deve se mostrar aberto, em uma postura compreensiva, para assimilar as necessidades que surgirão e oferecer resolubilidade,³³ com melhoria do acesso e da integração do serviço com outras redes sociais.^{18,20}

Em alguns estudos a ausência/dificuldade de acesso aos serviços secundários emerge como obstáculo para a integralidade.^{18,25,36} Tal fato, porém, difere dos achados do presente estudo, uma vez que as enfermeiras entrevistadas reconhecem facilidades para acionar serviços e setores para atender a criança, quando julgam necessário.

Referido por várias entrevistadas, o Programa Floresce uma Vida, desde a sua criação, em meados da década de 1990, tem se constituído em estratégia aglutinadora que articula hospitais e serviços da rede básica de saúde, e objetiva, sobretudo, garantir atenção integral à população materno-infantil e facilitar o acesso aos serviços de saúde e a continuidade da assistência.²⁷

Houve menção também do setor educação, sendo que a viabilidade de ofertar cuidados em um sentido ampliado, por meio de inter-relações de setores e serviços de saúde,^{8,37} permite direcionar a atenção às reais necessidades da população, com ações articuladas e complementares.^{2,16,28,37}

Mesmo entendendo que as falas apontam para uma articulação harmônica entre setores e serviços, há de se considerar que ainda existem desafios a serem superados e que contemplam a necessidade de aperfeiçoar a gestão do cuidado, como também qualificar a pactuação de responsabilidades.^{20,37} É preciso, ainda, pensar na qualificação da APS mediante fortalecimento da coordenação do cuidado e da ordenação da sua continuidade nos diferentes níveis de atenção.

A integralidade é vista como um dos princípios do SUS mais desafiadores,³⁸ que implica um repensar das ações de saúde em diferentes dimensões, abarcando a organização da atenção à saúde, as interações intersubjetivas e o trabalho em rede, em busca de superar a fragmentação da

atenção e da gestão em saúde para a produção de um cuidado integral.³⁸

CONCLUSÃO

O presente estudo identificou as ações realizadas pelas enfermeiras na assistência a crianças menores de cinco anos na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva da integralidade do cuidado. Aspectos importantes trazem subsídios para potencializar a atenção à saúde desta clientela, que não estão centrados somente em técnicas, como a aferição do peso, da estatura, a realização de triagem neonatal e imunização, mas também, na valorização da compreensão da criança como sujeito singular e nas intervenções no contexto familiar e da comunidade, para o alcance do cuidado integral.

As enfermeiras demonstram compreensão da sua prática enquanto alicerce do cuidado e do seu papel articulador na equipe multiprofissional e na rede de atenção, como forma de fomentar o acesso ao cuidado integral. O relacionamento interpessoal com os outros profissionais evidenciou que a enfermeira trabalha em equipe, e necessita compartilhar saberes para efetivar o cuidado prestado à criança e a ampliação do acesso. A consulta de enfermagem, como instrumento de valor para a enfermeira, revelou-se profícua para atender a criança em suas necessidades. As profissionais percebem este atendimento como essencial para aproximar mãe e família da unidade de saúde, por possibilitar estabelecer parcerias capazes de alcançar um cuidado qualificado.

A disponibilidade de setores e serviços de saúde para atender a criança em suas necessidades, de acordo com as enfermeiras, viabiliza a oferta de cuidado integral, com acesso às ações de saúde que buscam melhorar a qualidade de vida da criança, reduzindo vulnerabilidades para seu o crescimento e desenvolvimento.

O presente estudo tem como limitações o fato de o município contar com pouca cobertura da ESF em unidades da rede básica de serviços públicos de saúde, com resultados que não podem ser generalizados para o município como um todo. Contudo, o cenário de investigação, ora apresentado, aponta caminhos que permitem a integralidade do cuidado da criança.

Os resultados mostram-se relevantes ao estudo do cuidado da criança e sua família e gera aspectos a serem investigados em novas pesquisas em diferentes cenários, em atenção aos compromissos firmados nas agendas das políticas públicas de saúde voltadas a esta clientela.

REFERÊNCIAS

- Gomes ES, Costa Filho J. Historicidade da infância no Brasil. El Futuro del Pasado. [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 10]; 4. Available from: <http://www.elfuturodelpasado.com/ojs/index.php/FdP/article/view/149/140>
- Furtado MCC, Mello DF, Pina JC, Macedo JCB. Atuação da enfermagem nas redes de atenção à criança. In: Associação Brasileira de Enfermagem; Kalinoski CE, Crozeta K, organizadores. PROENF Programa de Atualização em Enfermagem: Atenção Primária e Saúde da Família: Ciclo 3. Porto Alegre (RS): Artmed Panamericana; 2015. p.41-82. (Sistema de Educação Continuada à Distância, v.4).
- Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente no âmbito do SUS [Internet]. 2015 [cited 2015 Dec 01]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
- Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. Lancet [Internet]. 2011 [cited 2015 Nov 05]; 377(9780):1863-76. Available from: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60138-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60138-4/abstract)
- Pedro M, Rodrigues D, Silva D. Saúde é o que interessa? A influência do PSF no alcance da meta de redução da mortalidade infantil dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (2000-2011). Pol. Hoje [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 23]; 25(2):175-212. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politicaohoje/article/view/3863>
- Noronha JC. Universal health coverage: how to mix concepts, confuse objectives, and abandon principles. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 28]; 29(5):847-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500003
- Cassiani SHB, Zug KE. Promoting the advanced nursing practice role in Latin America. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 [cited 2015 Oct 27]; 67(5):675-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000500673&script=sci_arttext&lng=pt
- Alvim NAT. Health under integrality perspective. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 10]; 17(4):599-601. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400599
- Viegas SMF, Penna CMM. The construction of integrality in the daily work of health family team. Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 05]; 17(1):133-41. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019
- Silva DI, Veríssimo MDLOR, Mazza VM. Vulnerability in the child development: influence of public policies and health programs. J Hum Growth and Development [Internet]. 2015 [cited 2017 Mai 23]. Available from: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/96760>
- Shah R, Kennedy S, Clark MD, Bauer SC, Schwartz A. Primary care-based interventions to promote positive parenting behaviors: a meta-analysis. Pediatr [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 22]; 137(5):e20153393. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/04/16/peds.2015-3393.full.pdf>
- Yakuwa MS, Andrade RD, Wernet M, Fonseca LMM, Furtado MCC, Mello DF. Nurse's knowledge in child health primary care. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 23]; 25(4):e2670015. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/pt_0104-0707-tce-25-04-2670015.pdf
- Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Risk factors for impaired development in children attended at Family health units at the end of the first year of life: socio-demographic aspects and maternal mental health. Ciênc Saúde Colet. [Internet]. 2014 [cited 2017 Mai 23]; 19(1):215-26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00215.pdf>
- Radcliffe J, Schawrz D, Zhao H. The MOM Program: home visiting in partnership with pediatric care. Pediatr [Internet]. 2013 [cited 2017 Mai 23]; 132(2):S153-9. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/132/Supplement_2/S153.full.pdf
- Gasparino RF, Simonetti JP, Tonete VLP. Consulta de enfermagem pediátrica na perspectiva de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 10]; 14(6):1112-22. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/1342/pdf_1
- Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Furtado MCC, Mello DF. Integrality of actions among professional and services: a necessity for child's right to health. Esc. Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 06]; 17(4):772-80. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400772
- Paim, JS, Silva LMV. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. Bol Inst Saúde [Internet]. 2010 [cited 2017 Mai 23]; 2(2). Available from: http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1518-18122010000200002&lng=pt&nrn=iso
- Andrade SR, Mello ALSF, Locks MTR, Hoeller F, Erdmann AL. Best practices in primary healthcare and meanings of integrality. Rev Esc Anna Nery [Internet]. 2013 [cited 2017 Mai 23]; 17(4):620-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/1414-8145-ean-17-04-0620.pdf>

19. Vaz EMC, Magalhães RKBP, Toso BRGO, Reichert APS, Collet N. Longitudinality in childcare provided through Family Health Strategy. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mai 22]; 36(4):49-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/pt_1983-1447-rgenf-36-04-00049.pdf
20. Diniz SGM, Damasceno SS, Coutinho SED, Toso BRGO, Collet N. Evaluating comprehensiveness in children's healthcare. *Rev Gaucha Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 23]; 37(4):e57067. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160457067.pdf>
21. Carvalho EB, Sarinho SW. The nursing consultation in monitoring child growth and development in the Family Health Strategy. *Rev Enferm UFPE*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 23]; 10(supl6):4804-12. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/9069>
22. Santos NCCB, Toso BRGO, Collet N, Reichert APS. Family-centeredness and community orientation according to three child health care models. *Acta Paul Enferm*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 23]; 29(6):610-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/apv/v29n6/1982-0194-ape-29-06-0610.pdf>
23. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary health professionals. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2017 Mai 23]; 21(2):e20170028. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170028.pdf>
24. Coriolano-Marinus MWL, Andrade RS, Ruiz-Moreno L, Lima LS. Communication of health care workers and users in caring for children under two years old in the context of a Family health unit. *Interface* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mai 24]; 19(53). Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200311&lng=pt&nr m=iso&tlng=pt
25. Silva SA, Fracolli LA. Evaluating child care in the Family Health Strategy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 23]; 69(1):54-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0054.pdf>
26. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1ª ed. São Paulo: Edições 70, 2011.
27. Lima PR, Furtado MCC, Reis MCG, Mello DF, Pina JC. Newborn access and care in a health attention program. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 24]; 18:e1156. Available from: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31930>
28. Furtado MCC, Mello DF, Parada CGL, Pinto IC, Reis MCG, Scochi CGS. Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jan 05]; 12(4):640-6. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/pdf/v12n4a07.pdf
29. Souza MHN, Paz EPA, Farias SNP, Ghelman LG, Matos CX, Barros RR. Integrality as a dimension of nursing practice in mother-baby welcoming. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 06]; 17(4):677-82. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400677
30. Coker TR, Chacon S, Elliot MN, Bruno Y, Chavis T, Biely C et al. A parent coach model for well-child care among low-income children: a randomized controlled trial. *Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 23]; 137(3):e201553013. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/02/08/peds.2015-3013.full.pdf>
31. Benicio AL, Santana MDR, Bezerra IMP, Santos RR. Care to the child less than one year old: nursing practice perspective about child care. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 23]; 10(2):576-84. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7095>
32. Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MCS. Bond between nurses and mothers of children younger than two years old: perceptions of nurses. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mai 24]; 21(8):2375-82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n8/1413-8123-csc-21-08-2375.pdf>
33. Silva MM, Budó MLD, Resta DG, Silva SO, Ebling SBD, Carvalho SORM. The entire Family health; limits and possibilities in view of the team. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2013 [cited 2015 Dec 15]; 12(1):155-63. Available from <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21736>
34. Andrade RD, Santos JS, Maia MAC, Silva MAI, Veríssimo MLOR, Mello DF. Home visit: care technology used by nurses to advocate for child's health. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jan 28]; 24(4):1130-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/0104-0707-tce-201500000120015.pdf>
35. Schadewaldt V, McInnes E, Hiller JE, Gardner A. Views and experience of nurse practitioners and medical practitioners with collaborative practice in primary health care: an integrative review. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 10]; 14(14):132-43. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-132>
36. Zuckerman KE, Perrin JM, Hobrecker K, Donelan K. Barriers to specialty care and specialty referral completion in the community health center setting. *J Pediatr* [Internet]. 2013 [cited 2016 Jan 10]; 162(2):409-14. Available from: [http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(12\)00800-1/pdf](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(12)00800-1/pdf)

37. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 05]; 19(2):343-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>
38. Kalichman AO, Ayres JRCM. Comprehensiveness and healthcare technologies: a narrative on conceptual contributions to the construction of the comprehensiveness principle in the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2016; [cited 2017 Mai 23]; 32(8):e00183415. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf>

Correspondência: Maria Cândida de Carvalho Furtado
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP
Maternal Infant and Public Health
Av. Bandeirantes 3900
14.040-902 - Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: mcandida@eerp.usp.br

Recebido: 26 de agosto de 2016
Aprovado: 29 de junho de 2017

This is an Open Access article distributed under the terms of the
Creative Commons (CC BY)