






## Situações-limite às práticas de promoção da saúde da criança: desafios ao empoderamento dos enfermeiros\*

Limit-situations in child health care practices: challenges to the empowerment of nurses  
Situaciones límite para las prácticas de promoción de la salud infantil: retos para el empoderamiento de los enfermeros

### Como citar este artigo:

Souza AA, Heidemann ITSB, Souza JM. Limit-situations in child health care practices: challenges to the empowerment of nurses. Rev Esc Enferm USP. 2020;54:e03652. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019019303652>

-  Aldalice Aguiar de Souza<sup>1</sup>  
 Ivonete Teresinha Schulter Buss Heidemann<sup>2</sup>  
 Janaina Medeiros de Souza<sup>3</sup>

\* Extraído da tese: “Promoção da saúde da criança: práticas dos enfermeiros na perspectiva do *empowerment*”, Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Amazonas, Escola Superior de Ciências da Saúde, Manaus, AM, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the limit-situations experienced by nurses in child health care practices, from the perspective of empowerment in health promotion. **Method:** This is a qualitative approach Participatory Action Research, supported by Paulo Freire’s Research Itinerary, developed through Culture Circles, consisting of three stages: thematic investigation, coding and decoding and critical unveiling. 13 Culture Circles were held with nurses from the Family Health Strategy of five Basic Health Units in the city of Manaus, Amazonas. **Results:** A total of 16 nurses participated and 20 generating themes emerged from the Culture Circles, six of which were considered limit-situations by the participants: accumulation of activities; difficulty monitoring and following-up children; work focused on productivity; lack of training; limited human resources; difficulty in reception. **Conclusion:** The study contributed to strengthening nurses through reflective dialogues on the realities experienced, increasing awareness and enabling interventions to transform their practices in child health care.

### DESCRIPTORS

Empowerment for Health; Child Health; Pediatric Nursing; Primary Care Nursing; Health Promotion.

### Autor correspondente:

Aldalice Aguiar de Souza  
Av. Carvalho Leal, 1777, Cachoeirinha  
CEP 69065-001 – Manaus, AM, Brasil  
[aldapaguiar@hotmail.com](mailto:aldapaguiar@hotmail.com)

Recebido: 18/07/2019  
Aprovado: 17/02/2020

## INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança, em especial na primeira infância (idade que corresponde aos seis primeiros anos), vem alcançando um espaço prioritário nas agendas governamentais em âmbito global. Na declaração de Alma-Ata, gerada na I Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (1978), discutiram-se os cuidados de saúde materno-infantil em todos os países, além de outros problemas, como a alimentação adequada, o saneamento básico e a imunização contra as principais doenças infecciosas<sup>(1-3)</sup>.

No Brasil, com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a criança recebeu um olhar com ênfase nas condições de desenvolvimento e cidadania. Em 2011, a chamada “*Red Hemisférica de Parlamentarios y Ex Parlamentarios por La Primera Infancia*” gerou várias iniciativas, tais como o Programa Brasil Carinhoso (2012), o Bolsa Família e incentivo à ampliação da educação infantil. Recentemente, a Lei do Marco Legal da Primeira Infância (2016) estabelece princípios e diretrizes com vistas à garantia de formulação de políticas públicas eficazes voltadas para a primeira infância<sup>(3)</sup>.

Nessa perspectiva, com a finalidade de orientar as ações e os serviços na rede de atenção à saúde da criança, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) em 2015, tendo sua última implementação em 2018. A PNAISC possui em sua estrutura princípios, diretrizes e eixos estratégicos de ações, tendo como objetivo “promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade”<sup>(4)</sup>.

Ressalta-se que essas iniciativas contribuíram para a melhoria de indicadores, tais como: o aumento da cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS), acesso à vacinação, aumento das consultas de pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, melhor nível de escolaridade materna, diminuição da pobreza e internações por condições sensíveis à atenção primária. Em relação à taxa de mortalidade infantil em menores de cinco anos, o país diminuiu em mais da metade, caindo de 90 para 43 mortes por 1000 nascidos vivos entre os anos de 1990 e 2015<sup>(5-6)</sup>.

Por outro lado, tem-se observado o reaparecimento de novos agentes infecciosos e doenças que até então eram consideradas sob controle. Altas taxas de parto cesáreo, prematuridade, obesidade na infância e óbitos por causas evitáveis, por acidentes e violências são apontados pelas políticas públicas como grandes desafios a serem superados para o pleno crescimento e desenvolvimento infantil<sup>(7-8)</sup>.

Nesse contexto, como forma de buscar a superação dos problemas enfrentados na saúde da criança, ressalta-se a importância da discussão do conceito contemporâneo de Promoção da Saúde (PS), discutido na Carta de Ottawa (1986) como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Assim, esse conceito vai além do setor saúde, abrangendo as dimensões sociais, ambientais, culturais, com enfoque ao fortalecimento do indivíduo, família e coletividade. Além disso,

estimula a capacitação e a participação das pessoas como sujeitos ativos nos seus determinantes sociais de saúde<sup>(9-10)</sup>.

Dentre os campos de atuação de PS, destacam-se a reorientação dos serviços de saúde e o desenvolvimento de habilidades pessoais como apoio para a mediação da promoção da saúde da criança. Na Carta de Ottawa, é enfatizado que a responsabilidade pela PS deve ser compartilhada por diferentes setores, inclusive pelos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro<sup>(9)</sup>.

O profissional enfermeiro, na atenção primária, mais precisamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), desenvolve suas práticas na saúde de criança por meio de um conjunto de ações que abrangem a puericultura, uma área da pediatria que consiste no cuidado integralizado à criança na proteção, prevenção de agravos e promoção da saúde. Esta pode ser desenvolvida na unidade de saúde, nos lares e nos diferentes espaços comunitários, como escolas, associações, igrejas, grupos comunitários, dentre outros, devendo ser considerados os contextos familiares e os determinantes sociais e de saúde<sup>(11)</sup>.

Estudos apontam que as práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança são demandadas por um modelo curativista, centrado na doença, e realizadas de forma individualizada e fragmentada, quando se observam a falta de capacitação, a sobrecarga de trabalho e o excesso de atividades administrativas. Reportam-se a essas dificuldades e desafios as situações-limite enfrentadas por esses profissionais<sup>(11-12)</sup>.

Desse modo, no campo das habilidades pessoais, ressalta-se a importância do fortalecimento dos enfermeiros e de suas práticas na atenção à saúde da criança, em busca da consolidação da política de promoção da saúde na atenção primária. Para tanto, emprega-se o termo empoderamento, ou *empowerment*, como um dos principais elementos para o alcance da promoção da saúde. Na PS, o termo é visto como um processo que articula forças e competências individuais ou coletivas, usadas para obtenção de um comportamento proativo, resultando em uma transformação social. Nesse sentido, possibilita que o profissional tenha maior controle sobre suas práticas, passando a ter uma visão crítico-reflexiva do seu entorno<sup>(9,13-14)</sup>.

Ressalta-se que a palavra empoderamento é usada na literatura de forma polissêmica, abrangendo diferentes conotações e sentidos. Porém, neste estudo, o empoderamento é discutido a partir da perspectiva crítico-social, pensado por alguns autores como uma abordagem transformadora e emancipatória, em que se privilegia o exercício do poder com o outro (*power-with*) e não sobre o outro (*power-over*)<sup>(13-15)</sup>.

Acredita-se que o fortalecimento dos enfermeiros possa contribuir no enfrentamento de desafios (situações-limite) para a promoção da saúde da criança e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das famílias e do desenvolvimento infantil. Portanto, atém-se na seguinte questão norteadora: quais são as situações-limite enfrentadas pelos enfermeiros no desenvolvimento de suas práticas na atenção à saúde da criança?

Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as situações-limite enfrentadas pelos enfermeiros na atenção à saúde da criança, dentro da perspectiva do empoderamento na promoção da saúde.

## MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDO

Estudo de abordagem qualitativa e do tipo pesquisa ação-participante. Utilizou-se como aporte metodológico o Itinerário de pesquisa de Paulo Freire, realizado por meio de Círculos de Cultura, constituído de três etapas interdependentes: Investigação temática, Codificação e descodificação e Desvelamento crítico<sup>(16-18)</sup>. O “Círculo de Cultura”, idealizado por Paulo Freire, é compreendido como um espaço dinâmico no qual se estabelece uma relação dialógica entre os participantes, partindo de discussões e reflexões acerca da realidade vivenciada em que, ao ser desvelada, se vislumbram possibilidades de intervenção<sup>(16-18)</sup>.

O processo da etapa de investigação temática se dá pelo levantamento dos temas geradores (assuntos levados à discussão) emergidos durante os encontros dialógicos com os participantes do estudo. Na codificação e descodificação, os participantes, ao buscarem a significação e a compreensão dos temas geradores, percebem-nos como situações-limite ou problemas a serem enfrentados. Desse modo, os participantes passam a ter uma visão crítico-reflexiva, culminando em um processo de ação-reflexão-ação em que se apreende um leque de possibilidades de enfrentamento das situações-limite, perfazendo, assim, a última etapa do Círculo de Cultura – o desvelamento crítico.

### CENÁRIO

O estudo foi realizado no município de Manaus-Amazonas, localizado ao Norte do Brasil. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município está organizada por Distritos Sanitários de Saúde (DISAs), subdivididos em DISA Norte, DISA Sul, DISA Leste, DISA Oeste e o DISA Rural. A RAS de Manaus dispõe de Unidades Básicas de Saúde (UBSs), nas quais atuam equipes de Atenção Básica (eAB) e equipes de Saúde da Família (eSF). Algumas UBSs funcionam apenas com eAB, outras com eAB e eSF, sendo 12 dessas unidades funcionando com três a cinco eSFs inseridas<sup>(19)</sup>.

### CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

As UBSs incluídas no estudo foram aquelas que tinham entre três e cinco eSFs inseridas e que tivessem em suas equipes a presença do enfermeiro no período da investigação. A escolha de incluir apenas as UBSs que tinham de três a cinco eSFs se deu pelo fato de as equipes se encontrarem em um mesmo espaço físico, possibilitando o agrupamento dos enfermeiros e a realização dos Círculos de Cultura. Portanto, das 12 UBSs existentes com três a cinco eSFs implantadas, cinco fizeram parte da pesquisa: uma no DISA Norte, duas no DISA Leste e duas no DISA Oeste. As UBSs do DISA Rural não fizeram parte do estudo por possuírem dinâmicas específicas no processo de trabalho ao atendimento às populações ribeirinhas.

### DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

Foram incluídos no estudo 16 enfermeiros que atuavam em UBSs com três a cinco eSFs e tempo de no mínimo um ano de atuação na ESF. Foram excluídos dois enfermeiros por estarem de licença médica no período dos encontros e dois profissionais se recusaram a participar da pesquisa.

### COLETA DE DADOS

A investigação se deu em três momentos: o primeiro, pela aproximação com o campo, por meio de visitas aos DISAs e diálogo com os gestores, tinha o intuito de identificar as eSFs e esclarecer o objetivo e o método do estudo; no segundo, foram realizadas reuniões com os participantes para esclarecimento sobre o estudo e estabelecimento de vínculo com os profissionais; e o terceiro momento foi a realização das etapas dos Círculos de Cultura do Itinerário de Paulo Freire.

A coleta da investigação foi realizada pela pesquisadora com a colaboração de um auxiliar de pesquisa que foi treinado para ajudar no processo de mediação dos Círculos de Cultura (encontros) com os participantes. Costumeiramente, os Círculos de Cultura (encontros) eram realizados nos espaços de reuniões das UBSs e aconteciam a cada 15 dias, no período da coleta, sendo previamente acordados conforme a disponibilidade dos participantes. Foram realizados três encontros em cada UBS, com exceção da UBS Resolutividade, na qual aconteceu apenas um Círculo de Cultura devido à indisponibilidade dos participantes. No total, houve 13 Círculos de Cultura, com a participação de três a cinco enfermeiros por encontro e duração média de uma hora e meia a três horas cada encontro.

Os momentos dos encontros foram conduzidos sempre com a disposição dos participantes em forma de círculo, de maneira que todos pudessem se olhar, possibilitando o diálogo coletivo, interativo e participativo, tal como proposto pelo Itinerário Freireano.

### ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

No Itinerário de Freire, como se tratam de etapas interdependentes, a coleta e a análise são feitas de forma simultânea. Para nortear as discussões na primeira etapa, fizeram-se as seguintes questões guias: quem, onde e como são desenvolvidas as práticas de atenção à saúde da criança? O que entendem e compreendem quanto ao conceito de promoção da saúde? Quais os limites, as dificuldades e as potencialidades encontrados no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da criança? O que entendem e compreendem quanto ao conceito de empoderamento ou *empowerment*?

Após os encontros da primeira etapa, o material de investigação foi transcrito integralmente, com o auxílio de um gravador de áudio e um diário de campo. Na segunda etapa, os 20 temas geradores levantados pelos participantes foram reapresentados, com a ajuda de um notebook e *Datashow*. Ao passo em que os participantes iam fazendo o reconhecimento dos temas com a utilização de tarjetas, papel pardo e canetas coloridas, faziam a codificação e descodificação. Após cada encontro da segunda etapa, o material era transcrito e apresentado aos participantes novamente para discussões e reflexões quanto à compreensão e significação dos temas geradores. Na terceira etapa, os temas codificados e descodificados pelos participantes foram sendo desvelados mediante um processo de ação-reflexão-ação. Desse modo, acontecia a tomada de consciência quanto às situações-limite vivenciadas pelos enfermeiros em suas práticas na atenção à saúde da criança.

## ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), sob o Parecer nº 2.110.911/2017, considerando os critérios éticos e as recomendações da Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A investigação ocorreu entre julho de 2017 e fevereiro de 2018. Após o aceite dos profissionais em participar do estudo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era assinado. Para garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos pelas terminologias existentes na obra de Paulo Freire “*A pedagogia do oprimido*”. As UBSs foram identificadas com os nomes dos princípios e diretrizes da APS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Territorialização e Resolutividade<sup>(17,20)</sup>.

## RESULTADOS

Dos 16 enfermeiros participantes do estudo, a maioria foi do sexo feminino (75%; n=12), com média de idade de 38,5 anos (variando de 31 a 48 anos) e o tempo de atuação na ESF variou de um a 15 anos. Ressalta-se que 43,8% (n=7) informaram possuir especialização em Saúde da Família e 56,3% (n=8) não possuíam pós-graduação.

Os 20 temas geradores que emergiram na primeira etapa do Itinerário foram reduzidos a seis temas na segunda etapa, apontados pelos participantes como situações-limite: 1. Acúmulo de atividades dos enfermeiros; 2. Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças; 3. Trabalho centrado em produtividade; 4. Falta de capacitação dos enfermeiros; 5. Limitação de recursos humanos; 6. Dificuldade de Acolhimento.

Os temas 1. Acúmulo de atividade dos profissionais enfermeiros e 2. Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças emergiram das discussões e reflexões quanto às questões guias sobre as práticas desenvolvidas na atenção à saúde da criança e entendimento e compreensão do conceito de PS.

Verificou-se que as práticas de atenção à saúde da criança são desenvolvidas tanto pelos enfermeiros quanto pelos médicos, por meio de consultas de puericultura, sendo que cada um faz seu atendimento de forma independente. Os participantes revelaram as seguintes estratégias para o acompanhamento das crianças: o agendamento da consulta subsequente a partir da primeira visita do puerpério no domicílio, a conciliação das consultas com o calendário de vacinação e a vinculação das consultas de enfermagem de puericultura aos Programas “Leite do meu Filho” e “Bolsa Família”.

Na discussão quanto ao conceito de promoção da saúde, os enfermeiros expressavam dificuldades de entendimento, não fazendo distinção de prevenção de agravos e promoção da saúde:

*Promoção da saúde é tudo aquilo que visa o bem-estar físico, psíquico e social do indivíduo. Aqui, trabalhamos muito com isso: a prevenção e o tratamento das doenças transmissíveis ou contagiosas (Amor).*

*Acho que prevenção de agravos é a forma de prevenção, orientações básicas sobre calendário de vacina, alimentação, aleitamento materno, ou seja, as coisas principais do crescimento e desenvolvimento da criança (Consciência).*

Os enfermeiros codificaram e decodificaram o tema 1. Acúmulo de atividades, reportando-se a diversas situações vivenciadas, as quais consideraram situações-limite a serem enfrentadas. Revelaram que assumem responsabilidade pela maioria dos programas que integram as ações de Atenção Básica, além de funções administrativas e burocráticas, gerenciamento de conflitos na equipe de saúde e outras atividades comunitárias (visitas domiciliares e ações do Programa Saúde na Escola). Também atribuíram ao tema a grande rotatividade dos médicos na ESF, dificultando o vínculo com a equipe e o trabalho na ESF:

*Muitas vezes, o problema não é de competência exclusiva do enfermeiro, é da unidade. Acabamos resolvendo todos os problemas porque os médicos não se envolvem (Consciência).*

*O enfermeiro é cobrado por tudo, até gerir recursos humanos e gerenciar todas as atividades da unidade, que não são funções dele (Emancipação).*

*A responsabilidade por tudo é do enfermeiro, que o médico vinculado ao Programa Mais Médicos passa pouco tempo na unidade e não cria vínculo com a comunidade (Diálogo).*

As práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança foram debatidas em torno do processo de trabalho. O diálogo sobre o tema 2. Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças expressou a dificuldade de realizar busca ativa das crianças/famílias, problematizando-as em situações-limite como, por exemplo, a falta de segurança na comunidade e a inserção de até cinco eSFs em uma única UBS.

*Um ponto forte para o acompanhamento é quando as mães voltam do puerpério e trazem as crianças. Mas, como atendemos demanda livre e a UBS abre as portas para outros bairros fora da área de abrangência, essas crianças fazem a primeira consulta e depois não retornam para dar continuidade no acompanhamento, devido à distância (Reflexão).*

Revelaram, ainda, como temática a limitação de recursos humanos. Destacaram que as eSFs não contam com o número suficiente de ACSs para assistir às microáreas do território de abrangência. Além disso, muitos se encontravam com “desvio de função”, assumindo demandas da UBS e não da eSF, sendo que boa parte já tinha curso técnico de enfermagem.

Os enfermeiros também apontaram baixa adesão das mães à continuidade do acompanhamento das crianças na UBS, uma vez que procuravam a unidade somente em caso de doença:

*A adesão é melhor para tratar do que para acompanhar, porque as mães trazem as crianças para a unidade quando estão gripadas ou com alguma micose, só para problemas que não conseguem resolver em casa (Transformação).*

Os temas 3. Trabalho centrado em produtividade, 4. Falta de treinamento e 6. Dificuldade de Acolhimento emergiram da discussão quanto aos limites, às dificuldades e às potencialidades encontrados no desenvolvimento das práticas de atenção à saúde da criança e ao entendimento e compreensão do conceito de empoderamento.

O tema gerador “trabalho centrado na produtividade” mostrou-se encoberto por situações-limite significadas por estipulação de metas de indicadores de saúde pactuados, não sendo levado em consideração pela gestão distrital o



diagnóstico local de cada eSF. Nas discussões entre os enfermeiros, foi verbalizada a dificuldade de atender à demanda de 12 consultas por turno, determinadas pelos distritos de saúde:

*Antigamente, era muito bom trabalhar na ESF. Hoje, a filosofia mudou. Agora, a prioridade é atingir meta.... (...) e também a comunidade não te abraça mais, a violência é muito grande (Oprimido).*

*Não é viável fazer promoção da saúde (...) o nosso cronograma é muito cheio, não há espaço para estas ações (...) a prioridade é a quantidade e não a qualidade do serviço (Realidade).*

Os enfermeiros revelaram despreparo para o atendimento à criança e suas famílias, frente à disponibilidade restrita de treinamentos em serviço direcionados para esse público. Manifestaram-se quanto à necessidade da construção de manuais e protocolos para nortear o atendimento às crianças/familiares.

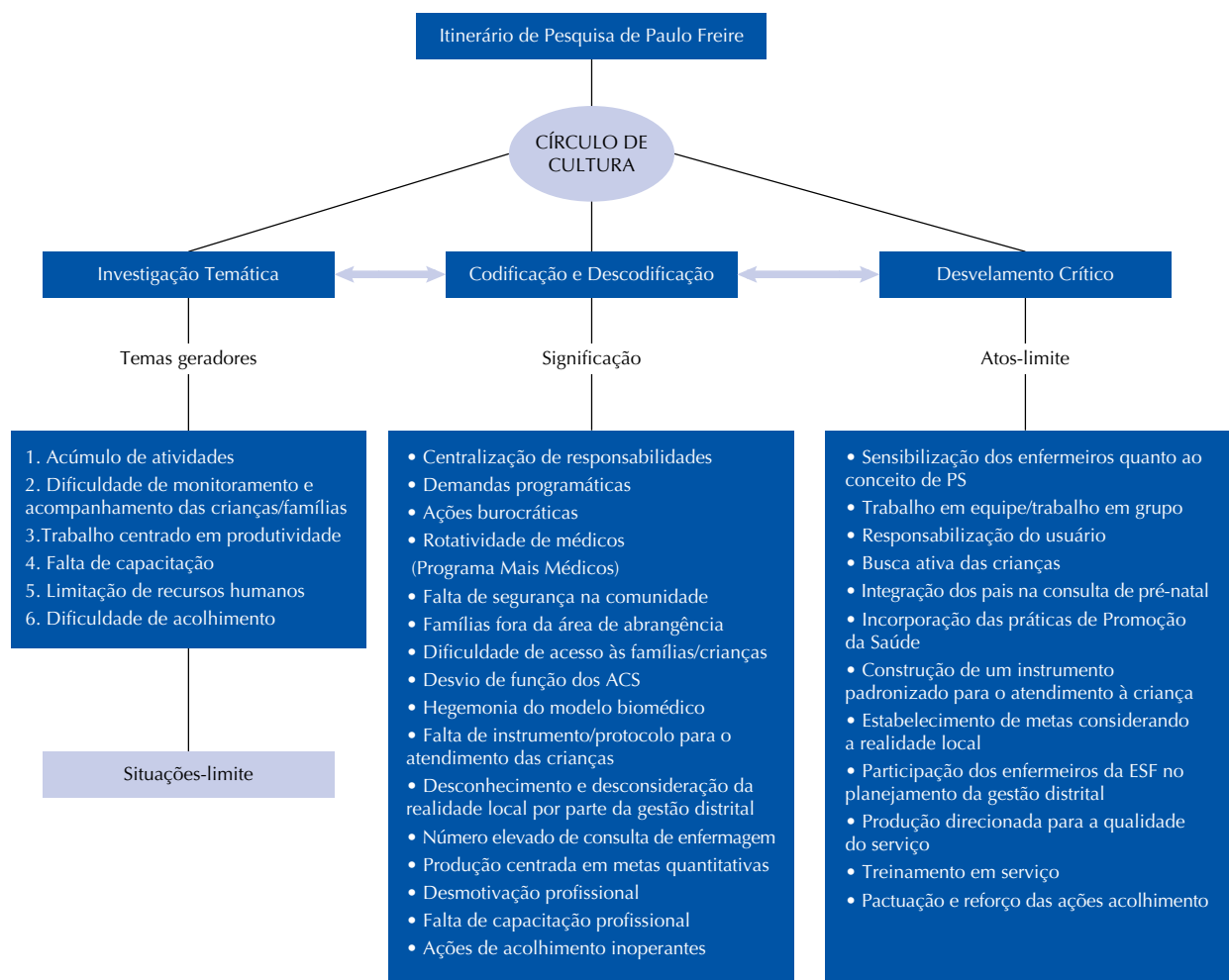
Nos diálogos quanto ao tema gerador 5. Limitação de recursos humanos, em consenso com todos os participantes, foi reduzido ao tema 2. Dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças. O tema gerador 6. Dificuldade de acolhimento foi problematizado mediante a falta de preparo da equipe em realizá-lo, restringindo-se à mera triagem de pacientes na recepção da UBS. No teor das discussões, foram percebidas como potencialidades levantadas pelos

enfermeiros a presença de infraestrutura e os equipamentos suficientes e adequados para o desenvolvimento das ações.

Reportando-se ao conceito de empoderamento, quando disparado aos participantes como questão guia, chegavam a pronunciar suas ideias de conceitos, porém, esse tema permaneceu velado entre os enfermeiros. Desse modo, para impulsionar o debate, foram solicitados aos participantes exemplos de situações vivenciadas.

*Empoderamento das mães no pré-natal é envolver o pai nas consultas, aproveitamos a realização do teste rápido e já fazemos as orientações do pré-natal, solicitamos exames do pai e já fazemos uma consulta de enfermagem. Assim, muitos deles aderem à assistência ao pré-natal (Ação).*

Na última etapa (desvelamento crítico), os participantes, mediatizados pela realidade de suas práticas na atenção à saúde da criança, refletida no processo de trabalho, reconheceram a necessidade de reflexão quanto ao conceito de promoção da saúde. Desvelou-se nos Círculos de Cultura a necessidade de integração de suas atividades com a equipe, de modo a compartilhar as demandas de trabalho na UBS e considerar os usuários como sujeitos ativos no processo de saúde e doença, para prover melhor adesão ao acompanhamento das crianças. A Figura 1 ilustra o processo das três etapas do Círculo de Cultura.



**Figura 1** – Diagrama do Itinerário da Pesquisa de Paulo Freire.

Os participantes referiram a necessidade de maior aproximação dos profissionais responsáveis da área técnica local de saúde da criança para o reconhecimento da realidade local de trabalho dos enfermeiros da eSF, bem como o preparo para as ações de acolhimento nas UBSs, as quais, em algumas unidades, não eram pactuadas e realizadas.

## DISCUSSÃO

Conforme os Círculos de Cultura aconteciam, os enfermeiros tomavam consciência das situações-limite vivenciadas no cotidiano de suas práticas na atenção à saúde da criança. Os participantes, ao refletirem quanto ao conceito de promoção da saúde da Carta de Ottawa, percebiam a importância da incorporação da promoção da saúde em suas práticas. No decorrer dos encontros, as reflexões foram geradas em torno do processo de trabalho, sendo problematizado quanto ao acúmulo de atividades e à centralização de responsabilidades, demandadas por atividades principalmente burocráticas, administrativas e assistenciais, e pouco voltadas para ações comunitárias, visitas domiciliares e de educação em saúde.

Estudos assinalam que as ações dos enfermeiros se concentram amplamente em trabalhos administrativos e burocráticos, os quais se distanciam das ações assistenciais, adquirindo um perfil mais gerencial e menos cuidador. Desse modo, reforçam que o gerir não significa ser excludente de cuidar. Portanto, há a necessidade de uma maior integração das atividades entre os enfermeiros e a eSF, em que haja a distribuição de tarefas de forma compartilhada e consensual, para que o enfermeiro não seja aprisionado em suas competências essenciais de cuidado<sup>(21-22)</sup>.

A dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças foi problematizada nos Círculos de Cultura pela limitação do número de ACSs em algumas microáreas da área de abrangência das UBSs. Essa dificuldade revelou a preocupação dos enfermeiros ao considerarem os ACSs como importantes aliados na busca ativa das crianças/famílias, para efetivação da territorialidade e alcance da longitudinalidade do cuidado, os princípios do Sistema Único de Saúde, operacionalizado pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)<sup>(20)</sup>.

A nova portaria da PNAB, revisada em 2017, flexibiliza o quantitativo de ACSs de acordo com critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, o que pode restringir o número desses profissionais na eSF. Além disso, a política atribui aos ACSs outras funções, as quais adentram a capacidade técnica de outrem na área da saúde<sup>(20)</sup>.

Sugere-se neste estudo que as mudanças implementadas na PNAB só confirmam o que na prática já acontece no contexto da ESF. “O desvio de função dos ACSs”, pronunciado pelos enfermeiros neste estudo, remete à preocupação de a maioria já possuir o curso técnico de enfermagem e, conseqüentemente, caírem no abandono de suas atribuições instituídas pela política. Contudo, tal constatação representa um descompasso às proposições da PNAB em considerar a ESF como estratégia prioritária, uma vez que escapa pelas mãos a lógica de atuação do modelo assistencial da Saúde da Família<sup>(20)</sup>.

Outra situação-limite desvelada pelos enfermeiros, que reflete na dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças/famílias, é a inserção de até cinco eSFs em uma única UBS, percebida pelos enfermeiros como um fator que dificulta a acessibilidade e o vínculo às crianças/famílias, uma vez que as UBSs ficam distantes geograficamente dos usuários, diminuindo a possibilidade de articulação das práticas dos profissionais com a comunidade, principalmente daqueles que se encontram com impossibilidade de deslocamento. Essa situação remete à descontinuidade das práticas de saúde e corrobora estudos anteriores<sup>(23-24)</sup>.

O trabalho centrado na produtividade foi outra situação-limite marcante, revendo uma realidade tensionada por sentimento de frustração e desmotivação, pela difícil tarefa de conciliar 12 consultas de enfermagem por turno com as inúmeras atividades que desempenham. Estudos conferem resultados similares, ressaltando que o financiamento das ações de saúde ainda é direcionado a dimensões quantitativas (de acordo com número de consultas e procedimentos), o que contribui para a força de trabalho em metas quantitativas<sup>(22,25)</sup>.

A falta de capacitação e a pouca utilização dos protocolos ministeriais contribuem como fator limitante no cuidado à criança. Destaca-se que os protocolos assistenciais são instrumentos essenciais para orientar o trabalho dos enfermeiros. Porém, devem ser utilizados com flexibilidade, considerando as particularidades de cada realidade de cuidado à criança. A capacitação teórico-prática é fundamental para a plena inserção dos profissionais no cuidado com a criança, podendo fomentar a identificação das condições de vulnerabilidade e o reconhecimento de gravidades, bem como o aconselhamento e o preparo das famílias quanto à continuidade da assistência à criança<sup>(12,26)</sup>.

Em relação à melhoria da qualidade da prática de acolhimento, faz-se necessária ampla articulação político-institucional entre todos os profissionais da unidade, demandando preparo e arranjos estratégicos da equipe de saúde e em conformidade com a realidade local. O acolhimento contribui para o estabelecimento do vínculo entre as famílias das crianças atendidas e o serviço de saúde, reorganização do processo de trabalho e ampliação das possibilidades de tomada de decisões<sup>(27)</sup>.

As situações-limite desveladas nesta investigação são semelhantes às de muitos estudos que abordam as dificuldades das práticas na saúde da criança na atenção primária. Porém, não se observa entre os estudos a oportunidade da problematização e reflexão quanto às práticas vivenciadas. A proposta dialógica e reflexiva utilizada neste estudo contribuiu para a apreensão das “situações-limite” como dimensões desafiadoras e não como problemas alheios e insuperáveis. Portanto, Freire, ao inferir quanto à superação das situações-limite, ao invés de considerá-las como o extremo das possibilidades, tem-nas como fronteira para o “ser mais” no enfrentamento aos “atos-limite”.

As situações-limite vivenciadas pelos participantes deste estudo levam a inferir que podem comprometer o desenvolvimento de ações que promovam a saúde da criança como terapia comunitária, círculo de cultura, escuta

terapêutica, visita domiciliar, educação em saúde (palestras e orientações) e projetos de ação social. Estudos apontam que essas práticas estimulam a participação ativa tanto dos profissionais quanto das famílias envolvidas no processo de cuidado à saúde<sup>(10,28)</sup>.

As práticas de promoção da saúde produzem espaços que aproximam os profissionais enfermeiros das famílias das crianças, do modo de vida e do contexto no qual essas famílias se inserem, estabelecendo-se aí um processo interacional permeado por interações educativas e de experiências. O enfermeiro, ao conhecer o saber das famílias, completa seu saber científico, e vice-versa, assumindo uma prática libertadora e dialógica<sup>(14)</sup>.

É nessa perspectiva que identificamos as potencialidades de empoderamento no sentido individual, em que os enfermeiros, ao refletirem sobre a realidade de suas práticas, apreendem maior controle sobre elas, destacando-se: o sentido comunitário quanto ao fortalecimento coletivo sobre o controle de sua saúde, melhorando a qualidade e as condições de vida; o fortalecimento do seu meio social e de ações de impacto coletivo como as práticas promotoras de saúde, pautadas nas estratégias da PS na Carta de Ottawa, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde<sup>(15,28)</sup>.

Retomando-se o empoderamento como elemento estruturante da promoção da saúde, vislumbram-se caminhos e possibilidades de fortalecimento dos enfermeiros da ESF como sujeitos mais autônomos, de atitudes políticas e de responsabilidade social para a transformação de suas práticas na atenção à saúde da criança. Desse modo, recomenda-se a intensificação de estudos com enfoque nessa temática.

Como limitação, considerou-se a não extensão desta investigação à perspectiva dos demais membros da equipe da Estratégia Saúde da Família, impossibilitando uma compreensão mais ampla e pertinente quanto às questões guias levadas para discussão no itinerário de pesquisa.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que as práticas dos enfermeiros na atenção à saúde da criança desenvolvidas nas unidades de saúde que fizeram parte desta investigação são marcadas por “situações-limite”, desveladas em torno do processo de trabalho. Destaca-se que o pensar desses profissionais, muitas vezes, apresenta-se como uma alienação, tensionada pela sobrecarga de atividades e centralização de responsabilidades. Essa realidade impõe a impossibilidade de alcance de metas, estipuladas estritamente em produção de cuidados quantitativos, advinda de uma política organizacional verticalizada e pouco participativa, a qual, na percepção dos enfermeiros, precisa considerar a realidade enfrentada na Estratégia Saúde da Família.

Identificou-se, neste estudo, que a aplicabilidade do Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire oportunizou a criação de espaços dialógicos entre os enfermeiros, possibilitando a reflexão de suas práticas em um processo dinâmico de ação-reflexão-ação, que permitiu um olhar crítico mediante os temas geradores encobertos pelas “situações-limite” desveladas. A articulação do Itinerário Freireano com a perspectiva do empoderamento contribuiu para fortalecimento dos enfermeiros, de modo a se tornarem sujeitos mais autônomos e de maior responsabilidade política e social na transformação de suas práticas na atenção à saúde da criança.

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar as situações-limite enfrentadas pelos enfermeiros nas práticas de atenção à saúde da criança, na perspectiva do empoderamento na promoção da saúde. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo ação-participante, apoiada no Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, desenvolvida por Círculos de Cultura, constituída de três etapas: Investigação temática, Codificação e Descodificação e Desvelamento crítico. Foram realizados 13 Círculos de Cultura com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de cinco Unidades Básicas de Saúde no município de Manaus, Amazonas. **Resultados:** Participaram 16 enfermeiros. Emergiram dos Círculos de Cultura 20 temas geradores, seis deles considerados pelos participantes pertinentes às situações-limite: acúmulo de atividades, dificuldade de monitoramento e acompanhamento das crianças, trabalho centrado na produtividade, falta de capacitação, limitação de recursos humanos, dificuldade de acolhimento. **Conclusão:** O estudo contribuiu para fortalecimento dos enfermeiros a partir de diálogos reflexivos quanto à realidade vivenciada, possibilitando tomada de consciência e intervenções para a transformação de suas práticas na atenção à saúde da criança.

## DESCRITORES

Empoderamento para a Saúde; Saúde da Criança; Enfermagem Pediátrica; Enfermagem de Atenção Primária; Promoção da Saúde.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las situaciones límite a las que se enfrentan los enfermeros en las prácticas de atención sanitaria infantil, desde la perspectiva del empoderamiento de la promoción de la salud. **Método:** Se trata de una investigación de enfoque cualitativo, del tipo acción-participante, apoyada por el Itinerario de Investigación de Paulo Freire, desarrollado por Círculos de Cultura, que consta de tres etapas: Investigación temática, Codificación y Decodificación y Develación Crítica. Se realizaron 13 Círculos de Cultura con enfermeros de la Estrategia de Salud Familiar de cinco Unidades Básicas de Salud en la ciudad de Manaus, Amazonas. **Resultados:** Participaron 16 enfermeros. De los Círculos de Cultura surgieron veinte temas generadores, seis de los cuales fueron considerados por los participantes como pertinentes a las situaciones límite: acumulación de actividades, dificultad de monitoreo y seguimiento de los niños, trabajo centrado en la productividad, falta de formación, limitación de los recursos humanos, dificultad de acogida. **Conclusión:** El estudio contribuyó al fortalecimiento de los enfermeros a partir de diálogos reflexivos sobre la realidad vivida, lo que posibilita la toma de conciencia e intervenciones para la transformación de sus prácticas en la atención de la salud infantil.

## DESCRIPTORES

Empoderamiento para la Salud; Salud del Niño; Enfermería Pediátrica; Enfermería de Atención Primaria; Promoción de la Salud.

## REFERÊNCIAS

1. Comisión Europea. EACEA, Eurydice, Eurostat. Cifras Clave de la educación y atención a la primera infancia en Europa: Informe de Eurydice y Eurostat [Internet]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea; 2014 [citado 2019 jun. 21]. Disponible en: <https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/4bda53c1-7352-11e5-86db-01aa75ed71a1>
2. Brasil. Câmara dos Deputados. Centro de Estudos e Debates Estratégicos. Avanços do Marco Legal da Primeira Infância [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2019 jun. 13]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/altosestudios/pdf/obra-avancos-do-marco-legal-da-primeira-infancia>
3. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Sept 1978 [Internet]. Geneva; 1978 [cited 2019 Mar 05]. Available from: [https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)
4. Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília; 2018 [citado 2019 maio 24]. Disponível em: <http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/pnaisc/>
5. Lima PAP, Barbalho EV. Evidências científicas sobre a política nacional de atenção à saúde da criança. *Rev Pesq Fisiot.* 2015;5(2):134-42. doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v5i2.506>
6. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Vieira CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(6):1000-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>
7. Beck AF, Tschudy MM, Coker TR, Mistry KB, Cox JE, Gitterman BA, et al. Determinants of health and pediatric primary care practices. *Pediatrics.* 2016;137(3):e20153673. doi: 10.1542/peds.2015.3673
8. Branquinho ID, Lanza FM. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e atuação do enfermeiro. *Rev Enferm Cent Oeste Min.* 2018;8/2753. doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>
9. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion [Internet]. Ottawa: 1986 [cited 2018 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
10. Heidemann ITSB, Cypriano CC, Gastaldo D, Jackson S, Rocha CG, Fagundes H. Estudo comparativo de práticas de promoção da saúde na atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil e Toronto, Ontário, Canadá. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(4):e00214516. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00214516>
11. Vieira DS, Santos NCCB, Nascimento JA, Collet N, Toso BRGO, Reichert APS. Nursing practices in child care consultation in the Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm.* 2018;27(4):e4890017. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004890017>
12. Yakuwa MS, Andrade RD, Wernet M, Fonseca LMM, Furtado MCC, Mello DF. Nurses' knowledge in child health primary care primary. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(4):e2670015. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016002670015>
13. Laverack G. *Public Health: power, empowerment and professional practice.* 4ª ed. London; New York, NY: Red Globe Press; 2019.
14. Freire P, Shor I. *Medo e ousadia: o cotidiano do professor.* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2013.
15. Rappaport J. Empowerment meets narrative: listening to stories and creating settings. *Am J Community Psicol.* 1995;23(5):795-807. doi: 10.1007/BF02506992
16. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(2):209-40. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>
17. Heidemann ITSB, Dalmolin IS, Rumor PCF, Cypriano CC, Costa MFBNA, Durand MK. Reflections on Paulo Freire's Research Itinerary: contributions to health. *Texto Contexto Enferm.* 2017;26(4):e0680017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000680017>
18. Freire P. *Pedagogia do oprimido.* 63ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2018.
19. Durand MK, Heidemann ITSB. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. *Rev Esc Enferm USP.* 2019;53:e03451. doi: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018007703451>
20. Manaus. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde de Manaus 2014 – 2017 [Internet]. 2018 [citado 2018 out. 23]. Disponível em: [https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/PMS-2014-2017\\_APROVADO\\_CMS\\_RESOL.096-DE-27.12.2013\\_COMPLETO.pdf](https://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2018/10/PMS-2014-2017_APROVADO_CMS_RESOL.096-DE-27.12.2013_COMPLETO.pdf)
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2018 out. 10]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
22. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA, Rezende LC, Vilela GS. Being a nurse in the family health strategy programme: challenges and possibilities. *Rev Min Enferm.* 2015 [cited 2019 May 19];19(3):620-6. doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>
23. Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2018;71 Supl. 1:704-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>
24. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRG, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016; 21(9):2961-73. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>
25. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(n.esp):158-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>
26. Golsäter M, Enskär K, Lingfors H, Sidenvall B. Health counselling: parental-oriented health dialogue – an innovation for child. *J Child Health Care.* 2009;13(1):75-88. doi: 10.1177/1367493508098382
27. Vaz EMC, Magalhães RKBP, Toso BRGO, Reichert APS, Collet N. Longitudinality in childcare provided through Family Health Strategy. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(4):49-54. doi: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.51862>



28. Souza JM, Tholl AD, Córdova FP, Heidemann ITSB, Boehs AE, Nitschke RG. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2014;19(7):2265-76. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014197.10272013>

---

#### Apoio financeiro

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Código de Financiamento 001.

---



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.