

Manuscrito III

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO BÁSICA E A PERCEPÇÃO DA GENITORA SOBRE O ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO.

PERFORMANCE OF THE PRIMARY CARE NURSING TEAM AND THE MOTHER'S PERCEPTION OF MONITORING CHILDREN WITH RISK FACTORS FOR DEVELOPMENT.

RESUMO

Objetivo: Analisar os cuidados de enfermagem em crianças com fatores de risco ao desenvolvimento e como a família compreende esse cuidado. **Métodos:** Estudo descritivo, qualitativo, com 20 participantes, sendo 10 enfermeiros e 10 mães de crianças nascidas com fatores de risco biológico para o desenvolvimento. Para a seleção do grupo amostral, foi realizado um levantamento prévio, no qual foram identificados 493 nascimentos com algum fator de risco e, a partir disso, selecionadas 10 mães e 10 enfermeiros, por amostragem não probabilística por conveniência. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mães e enfermeiros. Os dados foram tratados pelo IRAMUTEQ, por meio da Classificação Hierárquica Descendente e Análise de Similitude, e analisados de acordo com o método de Bardin. **Resultados:** Os dados foram divididos em duas repartições — enfermeiros e familiares (mães). Para os profissionais, foram designadas as categorias “Crescimento e desenvolvimento”, “Critérios e parâmetros”, “Referência e contrarreferência” e “Atuação profissional”. Para a repartição familiar, foram identificadas as categorias “Atos do nascer”, “Cuidados necessários” e “Gestar com segurança”. **conclusão:** O enfermeiro é um profissional fundamental no acompanhamento do desenvolvimento de crianças com fatores de risco, porém com atuação limitada na prática devido à estrutura do sistema de saúde, à organização dos serviços, ao sistema de encaminhamento e à oferta de vagas. As genitoras se sentem acolhidas e orientadas durante a gestação de risco e após o nascimento, porém não mencionaram estratégias de educação em saúde voltadas ao desenvolvimento da criança.

Palavras-chave: Desenvolvimento; enfermagem; mãe; educação em saúde; criança de risco.

ABSTRACT

Objective: To analyze nursing care provided to children with developmental risk factors and how families understand this care.

Methods: A descriptive, qualitative study was conducted with 20 participants, including 10 nurses and 10 mothers of children born with biological risk factors for development. For sample selection, a preliminary survey identified 493 births with at least one risk factor, from which 10 mothers and 10 nurses were selected through non-probabilistic convenience sampling. Semi-structured interviews were conducted with mothers and nurses. Data were processed using IRAMUTEQ, through Descending Hierarchical Classification and Similarity Analysis, and analyzed according to Bardin's method.

Results: The data were divided into two groups—nurses and family members (mothers). For professionals, the categories identified were “Growth and development,” “Criteria and parameters,” “Referral and counter-referral,” and “Professional performance.” For the family group, the categories were “Birth experiences,” “Necessary care,” and “Safe pregnancy.”

Conclusion: Nurses play a fundamental role in monitoring the development of children with risk factors; however, their practice is limited by structural constraints of the health system, including service organization, referral processes, and availability of care. Mothers reported feeling welcomed and guided during high-risk pregnancy and after childbirth; however, they did not mention health education strategies focused on child development.

Keywords: Development; nursing; mother; health education; at-risk child.

INTRODUÇÃO

Por muitos anos, as crianças foram tratadas como adultos em miniatura, sem a devida valorização do crescimento e desenvolvimento. Na década de 1920, já havia preocupação com o adoecimento infantil, porém os cuidados em saúde eram generalistas. As elevadas taxas de mortalidade infantil, associadas à crise econômica e ao desemprego, impulsionaram, nas décadas de 1930 e 1940, a criação de programas de proteção à maternidade, infância e adolescência, ainda com caráter curativista e hospitalocêntrico (Justino et al., 2019).

Durante o Estado Novo (1937–1945), foi instituído o primeiro Programa de Proteção à Maternidade, Infância e Adolescência, seguido por propostas de organização das ações de saúde materno-infantil até a década de 1970, diante dos altos índices de mortalidade infantil (120,7/1000 nascidos vivos). Posteriormente, avanços importantes ocorreram com a

Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, promovendo mudanças no modelo de atenção à saúde (Araújo et al., 2014).

Nas últimas décadas, houve redução significativa da mortalidade infantil no Brasil, com destaque para o Nordeste, alcançando a meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Entre os fatores associados a essa redução estão a ampliação da vacinação, o aleitamento materno, a escolaridade materna e o acesso à atenção básica (Brasil, 2016; Nobre et al., 2022). Em contrapartida, emergem novos desafios, como o aumento da obesidade infantil, das doenças crônicas, das deficiências, além de acidentes e violências (Brasil, 2016; Nobre et al., 2022). Nesse contexto, foram implementadas políticas como o Plano Nacional pela Primeira Infância (2010), a Rede Cegonha (2011) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que prioriza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na primeira infância, com foco na redução da morbimortalidade e na promoção de um ambiente saudável (Brasil, 2011; Brasil, 2016).

A Atenção Integral à Saúde da Criança é um dos eixos da Estratégia Saúde da Família, porém enfrenta entraves estruturais, organizacionais e de recursos humanos. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento constitui uma linha central de cuidado, envolvendo aspectos biológicos, psíquicos, afetivos e sociais, além de ações de promoção da saúde, alimentação, imunização e prevenção de agravos (Munhoz Gaíva et al., 2018).

A consulta de enfermagem destaca-se como instrumento fundamental nesse processo, abrangendo histórico clínico, exame físico, diagnóstico, plano terapêutico e orientações à família. No entanto, apesar das políticas existentes, observa-se, na prática, fragilidade na cobertura e no acompanhamento de crianças com fatores de risco, em desacordo com as diretrizes da PNAISC. A intervenção precoce nesse grupo é essencial, atuando como fator protetor ao desenvolvimento, especialmente frente aos riscos vivenciados na gestação, parto e pós-parto.

Diante disso, questiona-se quais cuidados são realizados pela enfermagem na Atenção Primária à Saúde voltados a crianças com fatores de risco ao desenvolvimento e como ocorre a percepção materna sobre esse acompanhamento. Assim, este estudo tem como objetivo analisar os cuidados de enfermagem em crianças com fatores de risco ao desenvolvimento e compreender a percepção das mães sobre esse cuidado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com 20 participantes, sendo 10 enfermeiros da Atenção Primária à Saúde e 10 mães de crianças com fatores de risco biológico para o desenvolvimento. O estudo foi desenvolvido no interior da Bahia, entre 2021 e 2023.

A seleção dos participantes foi precedida por levantamento junto à Secretaria de Saúde de Jequié, que identificou 6.147 nascimentos no período, dos quais 493 apresentaram fatores de risco biológico. A amostra foi definida por conveniência.

Os critérios de inclusão para os enfermeiros foram: atuação na Atenção Primária, contato direto com crianças em acompanhamento no Programa de Crescimento e Desenvolvimento e estar em atividade no período da coleta. Foram excluídos aqueles que não aceitaram participar, não foram encontrados após três tentativas ou não atuavam diretamente no programa.

Para as genitoras, incluíram-se mães primigestas, vinculadas a unidades de saúde da família e residentes na zona urbana, cujos filhos apresentaram fatores de risco, como prematuridade, baixo peso ao nascer, macrosomia ou malformações congênitas. Foram excluídas aquelas que não aceitaram participar ou não foram localizadas.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas entre janeiro e abril de 2024, gravadas mediante consentimento e posteriormente transcritas com dupla conferência.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise textual lexicográfica no software IRAMUTEQ, utilizando Classificação Hierárquica Descendente e análise de similitude, associadas ao método de Bardin. A interpretação foi fundamentada na literatura e no referencial teórico de Wallon.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob parecer nº 6.266.884 e CAAE 69196623.6.0000.0055.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Após a leitura e análise dos discursos, foram identificadas categorias relacionadas à atuação da equipe de enfermagem e à percepção materna sobre o acompanhamento do

desenvolvimento de crianças com fatores de risco. Foram analisados 20 discursos, sendo 10 de enfermeiros e 10 de mães.

A análise textual, realizada por meio do software IRAMUTEQ, permitiu a identificação de categorias e subcategorias a partir da semelhança dos vocabulários, organizadas por meio da Classificação Hierárquica Descendente. O corpus textual apresentou 11.743 ocorrências de palavras, com 1.832 formas distintas.

As categorias identificadas estão apresentadas na Tabela 1, distribuídas entre a atuação profissional da equipe de enfermagem e a percepção materna acerca das orientações recebidas.

Tabela 1. Dendograma resultante da Classificação Hierárquica Descendente do corpus textual. Jequié - BA, 2024

Repartição	Categoria	Análise lexográfica		
		Subcategoria	X ²	%
Conduta profissional e orientações realizados pela equipe de enfermagem	Crescimento e Desenvolvimento (14,34%)	Acompanhamento	30.73	48.28
		Intercorrência	24.28	100
		Avaliar	17.41	53.85
	Critérios e parâmetros (13,55%)	Parâmetros	32.56	100
		Estimular	32.56	100
		Orientação	20.6	71.43
	Referência e contrarreferência (15.94%)	Encaminhar	35.57	53.33
		Referência	26.17	85.71
		Pediatra	18.35	44.44
	Atuação profissional (11,55%)	Unidade	49.64	75
Diferente		23.39	80	
Encaminhar		21.03	36.67	
Percepção materna a cerca as orientações das equipes de enfermagem	Atos do nascer (13,28%)	UTI	66.24	81.82
		Gestação	50.54	72.73
		Peso	14.13	41.67
	Cuidados necessários (14,08%)	Hospital	63.14	66.67
		Amamentar	42.14	85,71
		USF	30.4	66.67
	Gestar com segurança (17.28%)	Enfermeiro	21.77	37.04
		Celular	37.94	100
		Ajudar	33.13	72.73
		Mãe	15.5	29.82

Fonte: Dados da pesquisa

A Tabela 1 evidencia que, no âmbito profissional, as categorias “Crescimento e desenvolvimento”, “Critérios e parâmetros”, “Referência e contrarreferência” e “Atuação profissional” refletem as práticas rotineiras da equipe de enfermagem. Na perspectiva materna, destacam-se as categorias “Atos do nascer”, “Cuidados necessários” e “Gestar com segurança”, relacionadas à experiência vivenciada durante a gestação, nascimento e cuidado com a criança. A seguir, as categorias são discutidas de acordo com a perspectiva de cada grupo.

Categoria profissional de enfermagem

A partir da Tabela 1, identificou-se a atuação da equipe de enfermagem e as estratégias de educação em saúde desenvolvidas, especialmente por meio de orientações às genitoras, fundamentadas nos critérios de desenvolvimento infantil preconizados pelo Ministério da Saúde. Para cada categoria, foram definidas três subcategorias, organizadas conforme a relevância para o estudo e os valores de associação (X^2).

Na Estratégia Saúde da Família, o enfermeiro configura-se como um dos primeiros profissionais a ter contato com a criança após a alta hospitalar, desempenhando papel central na avaliação inicial e no acompanhamento do desenvolvimento infantil. Embora os avanços na assistência neonatal tenham contribuído para a redução da mortalidade, a continuidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde e em serviços especializados permanece essencial (Brasil, 2012).

No âmbito da prática profissional, destaca-se o acompanhamento sistemático do crescimento, com registro de peso, estatura e Índice de Massa Corporal (IMC), permitindo a identificação de alterações no estado nutricional e outros agravos. As ações de educação em saúde e a inserção da família no cuidado, por meio de orientações sobre alimentação, vacinação, higiene, prevenção de acidentes, aleitamento materno e introdução alimentar, constituem elementos centrais da Atenção Primária à Saúde (Higarashi e Malaquias, 2020).

Neste estudo, as categorias “Atuação profissional”, “Referência e contrarreferência”, “Crescimento e desenvolvimento” e “Critérios e parâmetros” representaram os principais eixos da atuação da equipe de enfermagem na Atenção Básica.

01: Atuação profissional

Para a categoria “Atuação profissional”, foram consideradas as subcategorias “Unidade”, “Diferente” e “Encaminhar”. A “Unidade” foi compreendida como o espaço de atuação profissional, onde ocorrem a avaliação, o acompanhamento da criança e as orientações à família, incluindo ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, como grupos educativos, visitas domiciliares e atividades na Estratégia Saúde da Família (Santos et al., 2019).

Observou-se que há comunicação e troca de saberes entre os profissionais da própria unidade; no entanto, existem dificuldades na articulação com outros níveis de atenção, especialmente para encaminhamentos e continuidade do cuidado, como evidenciado nos relatos:

Aqui, a gente trabalha muito em conjunto com o médico, que passa as orientações necessárias, mas enquanto enfermeira da unidade neh, sou eu que atendo geralmente esses programas, certo, que tenho mais contato com os pacientes, a gente sempre orienta a questão do estímulo, primeiro ponto, da criança, viu que não é somente isso, que em casa tá funcionando, a gente vai encaminhar para os profissionais devidos, mas não deixando de dizer o que ele deve estar fazendo em casa... (Enf 03)

...é difícil conversar com outros setores, tanto para atendimento especializado, quanto para o hospital, tá todo mundo sobrecarregando, não tem vaga, e as vezes não conseguimos retorno sobre a situação de um paciente... (Enf 07)

A subcategoria “Diferente” refere-se à identificação de alterações no desenvolvimento infantil, que motivam encaminhamentos para avaliação especializada:

Quando eu olho algo diferente o meu procedimento é esse, encaminho para a pediatra, tenho uma vaga reservada para essa criança no turno da tarde, encaminho para a pediatra e aí a mamãe vai lá relata tudo o que está acontecendo com a criança, o que está sentindo. Eu mesma tenho crianças que foram encaminhadas pela pediatra para a neuropediatra...(Enf 04)

Em relação à subcategoria “Encaminhar”, verificou-se que o fluxo para especialistas, como pediatra e neuropediatra, é parte central do cuidado, porém marcado por limitações estruturais, como restrição de vagas e necessidade de deslocamento para outros municípios:

...se tiver qualquer anormalidade diferente da nossa consulta, encaminhamos ou para a nossa médica clínica ou para o pediatra da rede para ter uma consulta mais assertiva, não temos dificuldade para fazer esse encaminhamento para o pediatra na nossa rede... (Enf 02)

...Fazemos o encaminhamento, mas só temos uma unidade de referência, e não aceita todo o tipo de solicitação para o encaminhamento, na maioria das vezes a criança precisa ir para outro município ou falamos para a mãe correr atrás de outra forma também, para conseguir algo...(Enf 05)

Os achados evidenciam fragilidades na continuidade do cuidado, com dificuldades no sistema de referência e contrarreferência, o que compromete a integralidade da assistência, conforme apontado na literatura (Pereira e Machado, 2016; Aires et al., 2017; Andrade e Franchicheti, 2019; Santos et al., 2021).

Além disso, emergem questões sociais relevantes, como a vulnerabilidade econômica e a insegurança alimentar, que impactam diretamente o cuidado e o desenvolvimento infantil:

... por que as vezes eu pergunto assim oh mãe, comeu hoje. E a mãe fala que não teve nada para dar. Para mim isso é muito constrangedor sabe, ficar perguntando assim, com toda a sinceridade, se comeu carne, se comeu não sei o que, se comeu fígado, está entendendo, umas coisas ali que se você vê está difícil, se você vê uma verdura aqui está difícil pelo preço das coisas. ... Aquilo ali é só para constar para número, ou para ser feito alguma providência em cima daquilo ali? (Enf 04)

Essas condições reforçam que fatores sociais influenciam significativamente o desenvolvimento da criança e limitam a efetividade das ações de saúde (UNICEF, 2002; Moura et al., 2022).

Por fim, observa-se um distanciamento entre as diretrizes da Estratégia Saúde da Família e a prática cotidiana, evidenciando limitações estruturais e sociais que interferem na qualidade e na integralidade do cuidado (Pereira e Oliveira, 2018).

02: referência e contrarreferência.

Na categoria “Referência e contrarreferência”, foram identificadas as subcategorias “Encaminhar”, “Referência” e “Pediatra”, relacionadas à articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde na primeira infância .

A referência e contrarreferência configuram-se como mecanismos essenciais para a integralidade do cuidado, possibilitando o fluxo de informações e o acesso do usuário aos diferentes serviços de saúde (Andrade e Franchettini, 2019). No entanto, os relatos evidenciam fragilidades nesse processo.

Após a identificação de fatores de risco, a criança é inicialmente avaliada pela equipe da unidade e, quando necessário, encaminhada para o pediatra, neuropediatra ou serviços especializados, como o NUPREJ:

Tem no caso, de alguma criança que apresente alguma situação, alguma doença, se é prematuro, a gente encaminha para o NUPREJ por que lá tem o acompanhamento não só de um profissional, mas de vários, uma equipe multidisciplinar que vai atender a criança por conta dessa situação.(Enf 03)

Apesar da existência desse fluxo, destacam-se dificuldades relacionadas à limitação de vagas, critérios restritivos e necessidade de deslocamento para outros municípios:

A maior dificuldade é de estarmos encaminhando, devido a quantidade de crianças que são encontradas com alguma necessidade, é que seja motora, neurológica entendeu, e aí a gente sabe que tem que mandar de maneira imediata, por que quanto antes souber qualquer informação e mais cedo tratar, a criança vai se desenvolver melhor. Se a criança não consegue aqui, estão mandando para Salvador, via SERAJE (Enf 03)

Tem o NUPREJ como já te falei, mas encontramos essa dificuldade por não atender tudo o que se espera, talvez não seja uma coisa nossa e a gente tem percebido que a gente encaminha, mas eles precisam de outro fator, outra doença associada para que possa fazer o acompanhamento dessa criança, e mesmo assim não tem vaga para todo mundo (Enf 05)

Essas limitações comprometem o acesso ao acompanhamento especializado e ao follow-up, resultando em ações predominantemente curativistas e tardias.

A descontinuidade da assistência e a fragilidade na comunicação entre os níveis de atenção também foram evidenciadas, com ausência de retorno sobre os encaminhamentos realizados, conforme descrito na literatura (Moraes et al., 2023).

No que se refere à subcategoria “Pediatria”, observa-se que esse profissional é central no processo de diagnóstico e acompanhamento. Em casos sem alterações evidentes, o acompanhamento permanece na Atenção Primária, enquanto situações mais complexas demandam avaliação especializada:

A gente faz essa avaliação, mas ele não fica só na consulta de enfermagem a gente faz todo esse acompanhamento, faz a busca familiar, o histórico. e geralmente encaminha para a primeira consulta com pediatra ali, faz essa parceria. (Enf 07)

Aqui avaliamos em conjunto, eu e a médica clínica. Tenho visto, há pelo menos uns 2 anos, um aumento, devemos ter uns 10% de crianças com autismo do nascimento, tem que fazer uma estatística depois. Mas realmente observamos tudo, nossa médica é bem preocupada com isso, do desenvolvimento, psicológicos ela está bem atenta. (Enf 09)

Entretanto, a dificuldade de acesso ao neuropediatra foi recorrente nos relatos, limitando o seguimento adequado dos casos:

O neuropediatra é difícil para marcar, a gente encaminha e é difícil de conseguir, assim muitas mães deixam de lado porque não consegue neuropediatra, eu sempre falo era bom a gente ter, um exemplo que se uma criança precisar fazer esse tratamento, já ter os neuropediatras na secretaria de saúde disponíveis (Enf 08)

Além disso, observa-se que o encaminhamento para serviços especializados ocorre, majoritariamente, após a identificação de atraso no desenvolvimento, e não de forma preventiva para crianças com fatores de risco:

Eu já peguei aqui algumas crianças, no decorrer do tempo, 2 anos a gente foi notando, um ano e meio por aí foi notando que tinha uma coisa alterada, alguma coisa errada e em conjunto com pediatra, é uma luta. Eu falo com as mães, agiliza porque você vai ter que andar bastante, porque tem que andar, não desista, mas a gente vai ter que correr atrás, junto a SERAJE, para fazer exame, correr atrás para conseguir um neuropediatra e para fazer o acompanhamento dessa criança é luta, eu não tenho, não tenho uma referência, infelizmente não tem, se tivesse seria muito mais fácil. (Enf 01)

Embora as diretrizes nacionais e internacionais enfatizem a importância da intervenção precoce em crianças com fatores de risco, antes da instalação de atrasos no desenvolvimento (Brasil, 2016; WHO, 2018), os achados deste estudo indicam que, na prática, o cuidado ainda se concentra em ações reativas, sendo o encaminhamento para serviços especializados predominantemente realizado após a identificação de alterações no desenvolvimento (Moreira et al., 2017).

03: Crescimento e Desenvolvimento.

Para a categoria “Crescimento e Desenvolvimento”, foram consideradas as subcategorias “Acompanhamento”, “Intercorrências” e “Avaliar”, com nível de significância $<0,001$. Os relatos evidenciam que o acompanhamento da criança ocorre desde o período neonatal, com realização de consultas iniciais e seguimento contínuo na Atenção Primária:

...a gente acompanha desde o parto, então, a primeira consulta, com 7 dias a gente acompanha essa criança, no primeiro dia já vai fazer o teste do pezinho e já vai fazer também o teste da Linguinha que é um novo é indicativo que a gente tá preconizando agora que a gente já traz o dentista também para essa primeira consulta se o bebê vem com alguma indicação ou a gente já faz o encaminhamento tanto para o CAT quando é caso de sífilis ou já para o Clínico aqui mesmo antes de encaminhar para o pediatra porque o nosso médico aqui ele avalia primeiro e depois faz as encaminhamento, certo...” Percebe-se que há a necessidade de uma rede de atenção funcionante e organizada. Porém com esse fluxo poderá aumentar o tempo para um diagnóstico. (ENF 05)

Esse acompanhamento envolve a avaliação das condições gestacionais, do parto e das possíveis intercorrências neonatais, orientando a frequência das consultas conforme a necessidade da criança::

E nessa primeira consulta a gente avalia toda a criança, então a gente pesquisa desde a gravidez, como foi a gravidez, como foi o parto, se houve intercorrência nesse parto, se essa criança precisou fazer uso de UTI, de incubadora, se essa criança teve um bom desenvolvimento no nascimento, e a partir disso ela fica fazendo as consultas mensais no programa que já sai daqui agendado, no caso de uma criança prematura que precisa de um acompanhamento, digo assim, mais detalhado a gente até consegue fazer o agendamento por menos de um mês, daí a mãe vem e fica fazendo o acompanhamento, mas no geral sempre é consulta mensal. (ENF 05)

Observa-se que a prática avaliativa é guiada, em grande parte, pelos instrumentos e diretrizes do Ministério da Saúde, sem a utilização de protocolos específicos adicionais:

Não temos um questionário específico de avaliação do desenvolvimento não, seguimos o manual do Ministério da Saúde, que já tem as informações e as perguntas relacionadas a idade... (ENF 09)

Os achados indicam que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento está estruturado na rotina da Atenção Primária, incluindo avaliação clínica, monitoramento antropométrico e orientações à família. No entanto, evidencia-se que esse acompanhamento ocorre de forma padronizada, independentemente da presença de fatores de risco.

De acordo com as diretrizes nacionais, a Atenção Primária deve garantir acompanhamento contínuo, com ações de vigilância do desenvolvimento e cuidado integral à

criança (Brasil, 2012). Contudo, os resultados sugerem que, na prática, há limitação na diferenciação do cuidado para crianças com maior vulnerabilidade.

Estima-se que uma parcela significativa de crianças em países em desenvolvimento não atinja seu potencial pleno, reforçando a importância do acompanhamento sistemático e de intervenções oportunas no desenvolvimento infantil (Bombarda Muller e Consi, 2021; Figueiredo e Pedraza, 2023).

Apesar da existência de acompanhamento sistemático, observa-se ausência de diferenciação no cuidado de crianças com fatores de risco, indicando uma prática ainda centrada em protocolos gerais, com limitada individualização da assistência.

04: Critérios e parâmetros

Na categoria “Critérios e Parâmetros”, foram identificadas as subcategorias “Parâmetros”, “Estimular” e “Orientação”, relacionadas às estratégias de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento infantil .

Os relatos evidenciam que a Caderneta da Criança e o Prontuário Eletrônico (PEC) são os principais instrumentos utilizados na prática profissional, servindo como referência para o acompanhamento dos marcos do desenvolvimento e orientação às famílias:

A gente usa como parâmetro, a caderneta da criança, que já vem os gráficos de acompanhamento, do peso, estaturas e perímetro cefálico. Algumas, já vêm com orientações do desenvolvimento a cada mês. A gente sempre pede que as mães sempre leiam aquela caderneta neh e que se observe se a criança está fazendo o que se orienta, lógico que não é uma receita de bolo, mas ali pelo menos já dá um parâmetro para ver se a criança, está seguindo, se desenvolvendo de acordo com cada mês, cada fase dela. (Enf 05).

Geralmente o que que eu falo com a mãe eu vou mostrando como é que funciona no meu atendimento a gente tem o caderneta da criança que faz todo no nosso acompanhamento, ali a gente vai se baseando, não é um parâmetro Tão correto, mas a gente usa ali para ficar mais tranquilo em relação ao gráfico, mas em relação ao desenvolvimento eu vou falar uma mãe isso aqui geralmente nessa idade já era para estar fazendo isso aí eu explico para ela, lógico que tem algumas crianças que não são todas iguais, umas se desenvolve mais cedo outras mais tarde (Enf 08).

A gente tem dentro do nosso sistema, o PEC, tem algumas avaliações que a gente pode ver os marcos, tem uns gráficos que dá para a gente saber, ter uma conduta mais precisa para essa criança, dentro desses marcos, tem algumas perguntas, dentro da idade desse bebê, se tiver alguma coisa que não tá condizendo, o sistema mesmo nos dá essa ferramenta em dizer que tá em atraso no momento, se tiver qualquer anormalidade diferente da nossa consulta, encaminhamos ou para a nossa médica ou para a pediatra da rede (ENF 02).

Observa-se que a avaliação do desenvolvimento baseia-se predominantemente nos parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, associados à observação clínica e à escuta das mães:

...Por exemplo, esse paciente está sorrindo quando é estimulado, abre as mãos, já está emitindo sons, está movimentando os membros, entendeu, qualquer diferença nesses quesitos, situações que a gente já começa a sinalizar, por que ela já deveria estar sendo estimulada dessa forma e não está e se não estiver. Fora também a fala da mãe, por que não é somente aqui, conversando com a própria genitora, no caso, com quem fica com a criança a maior parte do tempo, ela também vai me dizer algumas coisas (ENF 03)

No que se refere às orientações em saúde, estas concentram-se, principalmente, em cuidados básicos, como alimentação, higiene, aleitamento materno e prevenção de acidentes:

As orientações que damos as mães, são as orientações de rotina de cuidados com o bebe, cuidado com queda, banho, limpeza da criança, a troca de fralda, até a gente observa, a mãe tirando a roupinha da criança, a gente percebe algumas práticas errôneas, ai nesse momento a gente já orienta entendeu, a questão do cuidado, da alimentação dessa criança, que só mamam no peito, a gente orienta essa mãe e o porquê disso... Depois disso orienta a questão da introdução da alimentação, como nós temos o formulário no PEC, marcador de consumo alimentar, tem uma avaliação de crianças de 0 a 5 meses, que a gente fala do aleitamento, 6 meses a 23 meses e a partir de 2 anos de idade... Com relação ao desenvolvimento, quando elas referem, eu percebo que o filho chora muito, quer se morder. Subentende-se que esse não seja o comportamento de um bebê, então a gente orienta que a mãe observe essa criança veja se teve alguma situação que desencadeou, se for o autismo, principalmente depois da pandemia temos muitíssimos casos. (ENF 05)

Além disso, os profissionais destacam a necessidade de cautela na comunicação sobre possíveis atrasos no desenvolvimento, devido ao risco de afastamento da família do acompanhamento:

Damos as orientações sobre o desenvolvimento, mas as vezes é difícil por que se você não tem um trato, para explicar bem, ter aquele papo, essa família meio que desaparece. A gente tenta orientar que o desenvolvimento esperado para a criança não foi alcançado e que tem esses encaminhamentos para passar, realmente quando está na consulta aqui comigo a gente encaminha para a médica, ela avalia e solicita ou NUPREJ ou avaliação com o neuropediatra e sai com o pedido de avaliação com a equipe multidisciplinar. A gente não faz diagnostico, só que está com um atraso e a gente acompanha essa família junto com o ACS para a gente não perder essa família, e as vezes a gente perde. (ENF 09)

Embora o uso do prontuário eletrônico contribua para a padronização das avaliações e melhoria na comunicação entre profissionais, ainda existem limitações relacionadas à integração entre os serviços e ao funcionamento do sistema (Igarashi et al., 2022; Brondani et al., 2016).

De modo geral, os achados indicam que a prática profissional está baseada em parâmetros padronizados e orientações generalistas, com pouca individualização do cuidado para crianças com fatores de risco, mantendo-se próxima de um modelo assistencial ainda centrado em ações rotineiras (Bombarda Muller e Consi, 2021).

Apesar da utilização de instrumentos padronizados, observa-se predominância de uma prática centrada em orientações gerais, com limitada incorporação de estratégias específicas para crianças com fatores de risco ao desenvolvimento.

Categoria Família

A percepção familiar, especialmente das genitoras, sobre a equipe de saúde e o acompanhamento de crianças com fatores de risco ao desenvolvimento evidencia a relação estabelecida entre os profissionais e a comunidade, bem como o acolhimento e a participação no processo de cuidado.

A partir da análise dos discursos, foram identificadas as categorias “Atos do nascer”, “Cuidados necessários” e “Gestar com segurança”. Essas categorias refletem a importância da equipe de saúde no apoio à família, tanto na orientação quanto no cuidado ao longo da gestação, nascimento e acompanhamento da criança.

01: Atos do nascer

Na categoria “Atos do nascer”, foram consideradas as subcategorias “UTI”, “gestação”, “nascer” e “peso”, que abrangem a trajetória gestacional, as complicações do parto e a vivência do internamento neonatal. Observou-se predominância de baixo peso ao nascer entre os participantes, associado a intercorrências gestacionais.

Os relatos evidenciam a atuação da enfermagem na identificação de riscos e encaminhamento para o parto:

Minha gestação foi conturbada, tive pressão alta, quase morri, foi já no final, no 7º mês, teve que tirar antes, foi com 8 meses, 34 semanas, a pressão estava de 17 x 8, eu chorava, ficava com medo, uma sensação de medo. Tive um parto cesárea, fui no posto de saúde, a enfermeira viu a pressão alta, me encaminhou para o hospital, e tive meu bebê lá...(Fam 07)

Meus pêis ficaram inchados, senti muita dor de cabeça e dor na nuca. Fui algumas vezes para o hospital a pressão alta, os enfermeiros me medicaram algumas vezes e me mandavam para casa... No dia do parto teve descolamento de placenta, as 3 horas fui ao banheiro e sangrei, a enfermeira, chamou a médica, ela não me examinou, chamou

outro enfermeiro e quando fez o toque, ele viu que era descolamento, fui direto para a sala da cirurgia. (Fam 05)

Além disso, destacam-se complicações como hipertensão e descolamento de placenta, reforçando a importância da assistência qualificada no período gestacional.

A associação entre prematuridade, baixo peso e necessidade de internação em UTI neonatal foi recorrente, evidenciando maior vulnerabilidade dessas crianças:

Meu parto foi normal, demorou, as enfermeiras falavam para eu andar, fazer movimento para ele nascer logo, ele demorou muito para nascer. Quando nasceu, elas falaram que ele engoliu cocô e precisou ficar na UTI. Ficou por 25 dias, usou um tubo para respirar, depois um caninho no nariz. Quando ele já estava mamando, teve alta e eu trouxe ele para casa. As enfermeiras me falaram como cuidar dele em casa (Fam 10).

Bebês com fatores de risco biológicos, principalmente associados ao parto prematuro, necessitam normalmente de hospitalização prolongada e internamento em terapia intensiva. Devido à imaturidade imunológica e ao internamento, são mais propensos a infecções e à interrupção do aleitamento materno. Como consequência, há maior propensão a alterações neurológicas, oftalmológicas ou pulmonares e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (Martins et al., 2016; Carvalho e Oliveira, 2023).

Após o parto só veio o G1 que é o maior, só que o G2 ficou na incubadora, que se passasse um dia não nascia, morria, se fosse normal, não aguentava nascer pelo canal vaginal. Ele engoliu o líquido amniótico e estava com a boca espumando, também era muito pequeno, nasceu com 1320gr, o médico foi rápido, colocou ele em um capacete e colocou um cano para tirar o líquido todo. (Fam 02)

Tais condições estão relacionadas a maior risco de alterações no desenvolvimento, exigindo acompanhamento contínuo e cuidado ampliado (Martins et al., 2016; Carvalho e Oliveira, 2023).

Os achados também evidenciam a importância do apoio e das orientações da equipe de saúde durante gestação, parto e internação, contribuindo para a segurança materna e o cuidado com o recém-nascido (Leal et al., 2021; Elias et al., 2021).

.02: Cuidados necessários.

Na categoria “Cuidados necessários”, as subcategorias “Hospital”, “Amamentar”, “USF” e “Enfermagem” evidenciam a continuidade do cuidado e a relação entre os serviços de saúde.

Os relatos indicam fragilidade na articulação entre os níveis de atenção, com assistência percebida como segmentada pelas genitoras:

... fui no posto de saúde, a enfermeira viu a pressão alta, me encaminhou para o hospital, no pré natal de risco, fiquei aguardando me chamarem, mas nunca fui chamada lá, foi que comecei a falar com a agente comunitária e fui no posto de saúde, falei com a enfermeira daqui, e nesse dia após passar pela médica, ela me mandou para o hospital, falar que eu estava passando mal, fizeram exame, e viram que neném estava abaixo do peso, aí fiquei internada.(Fam 07)

Meu filho ficou 3 meses na UTI, foi intubado, usou um caninho no nariz, oxigênio. Com tanto tempo meu leite secou, não consegui amamentar. Quando ele saiu da UTI fez as avaliações do centro de reabilitação, no posto de saúde, não consegui vaga para fazer o acompanhamento no NUPREJ, tentei fisioterapia na UESB, mas não consegui, aí tive que fazer no privado... (Fam 03)

A dificuldade no aleitamento materno foi recorrente, especialmente em casos de prematuridade e internação prolongada. Observa-se que a atuação da enfermagem é fundamental no apoio ao aleitamento e no cuidado domiciliar, porém limitada por fatores estruturais e condições clínicas do recém-nascido (Elias et al., 2021; Barbosa et al., 2020).

Quando eu voltei para casa com ela, não estava conseguindo amamentar, nesse período de 15 dias ela só perdia peso, foi prematura. Tive que levar no hospital às pressas, quando cheguei a glicemia dela estava de 50 e perdeu 1.3 de peso... (Fam 04)

Além disso, dificuldades de acesso aos serviços especializados levam as famílias a buscar atendimento no setor privado:

A enfermeira me falou que tive sífilis, mas fiz exame no particular e deu negativo, então não tive. Tive os meninos com 37 semanas, foi cesáreo, e vinha conversando com a enfermeira daqui ela falou, vá para o hospital. (Fam 03)

A vulnerabilidade socioeconômica também emerge como fator que interfere no seguimento do cuidado e no desenvolvimento infantil (Grantham-McGregor et al., 2007; Oliveira et al., 2020).

03: Gestar com segurança.

A categoria “Gestar com segurança” abrange as subcategorias “Ajuda”, “Mãe” e “Celular”, relacionadas ao suporte recebido durante a gestação e cuidado com a criança.

Os relatos evidenciam a importância do apoio institucional e da equipe multiprofissional no acompanhamento do desenvolvimento:

Ele faz acompanhamento no ambulatório do hospital e no posto de saúde. As meninas estão ajudando muito ele. Hoje ele está bem porque os dois locais me ajudam muito.

Ele já teve quer ir para o hospital por causa de uma gripe e as enfermeiras tudo me ajudaram, se não fossem elas e do hospital seria difícil.(Fam 10)

O suporte familiar também se destaca como elemento essencial no cuidado:

Quando chegamos em casa foi bom, foi minha mãe que me ajudou, ela que me ensinou tudo, que cuidou da menina, mas também não lembro muita coisa, ela que cuidava mais que eu...(Fam 08).

Por outro lado, o uso excessivo de tecnologias, especialmente o celular, foi apontado como fator que pode interferir negativamente no desenvolvimento infantil:

Ele é uma criança muito amorosa, carinhosa, mas o lado das coisas dele ou tipo se ele quiser uma coisa e não der aí ele fica agitado e ele é movido a celular tudo dele é celular se ele tiver chorando aqui agora eu pegar o celular, e dá, ele parar de chorar. E a gente não consegue mais controlar esse vício do celular dele... (Fam 01).

Apesar disso, as tecnologias também se apresentam como ferramentas de comunicação entre profissionais e usuários, facilitando o acesso à orientação em saúde (Santos et al., 2021; Toquetto et al., 2021).

Os achados reforçam que o desenvolvimento infantil está diretamente relacionado ao contexto familiar, social e afetivo, sendo a família elemento central no processo de cuidado (Ferreira et al., 2020; Azevedo, 2020).

Os achados evidenciam que o cuidado à criança com fatores de risco se organiza de forma fragmentada entre os níveis de atenção, sendo a família elemento central na sustentação desse processo, muitas vezes suprindo lacunas do sistema de saúde

ANÁLISE DE SIMILITUDE

A Análise de Similitude, ao correlacionar as condutas dos enfermeiros com a percepção das famílias, evidenciou o termo “gente” como núcleo central, indicando a dimensão relacional e humana no processo de cuidado. Esse achado reforça a importância do vínculo entre profissionais e usuários no acompanhamento da criança.

A associação com o termo “falar”, embora mais periférica, destaca a comunicação como elemento estruturante da educação em saúde, evidenciando uma interação bidirecional entre enfermeiros e famílias, especialmente no contexto da gestação, parto e hospitalização.

O termo “criança” aparece como eixo articulador do cuidado, representando tanto a avaliação técnica realizada pela equipe quanto o envolvimento afetivo da família no desenvolvimento infantil. Já o termo “mãe” evidencia seu papel central no acompanhamento e na continuidade do cuidado, desde o período gestacional até o desenvolvimento da criança.

Os achados evidenciam que o cuidado à criança com fatores de risco ocorre de forma fragmentada, com baixa cobertura de serviços especializados. Observa-se que o encaminhamento para acompanhamento multiprofissional ocorre, majoritariamente, após a identificação de atraso no desenvolvimento, enquanto crianças em situação de risco, sem sinais evidentes, permanecem restritas ao acompanhamento na Atenção Primária.

Esse cenário indica uma lacuna entre as diretrizes preconizadas e a prática assistencial, especialmente no que se refere à intervenção precoce. Embora os documentos oficiais orientem o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, ainda há limitações na implementação de estratégias preventivas voltadas às crianças com fatores de risco.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de fortalecimento das políticas públicas e da organização dos serviços de saúde, garantindo o acesso ao acompanhamento precoce e contínuo, com foco na prevenção de atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 6, p. 1000–1007, 2014.
- ANDRADE, S.; FRANCISCHETTI, R. Referência e contrarreferência: compreensões e práticas. *Saúde & Transformação Social*, v. 10, n. 1-3, p. 54–64, 2020. Disponível em: <https://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/5281>. Acesso em: 22 set. 2024.
- AZEVEDO, C. et al. Repercussões emocionais no contexto da gestação de alto risco. *International Journal of Development Research*, v. 10, n. 9, p. 40216–40220, 2020.
- BARBOSA, T. A. et al. Support network and social support for children with special health care need. *Revista Rene*, v. 17, n. 1, p. 60–66, 2016.
- BARBOSA, D. J.; VASCONCELOS, T. C.; GOMES, M. P. Fatores que interferem no aleitamento materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida do bebê. *Revista Pró-UniverSUS*, v. 11, n. 1, p. 80–87, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Brasília, 2016.
- BRONDANI, J. E. et al. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. *Cogitare Enfermagem*, v. 21, n. 1, p. 1–8, 2016.
- BOMBARDA MÜLLER, A.; CONSI, B. M. Caracterização e perfil do desenvolvimento de crianças em puericultura de uma Estratégia de Saúde da Família. *APS em Revista*, v. 3, n. 3, p. 182–193, 2021. DOI: 10.14295/aps.v3i3.162.
- BURIOL, V. C. S. et al. Temporal evolution of the risk factors associated with low birth weight rates in Brazilian capitals (1996-2011). *Population Health Metrics*, v. 14, n. 1, p. 15, 2016.
- CARVALHO, R. M. S.; OLIVEIRA, M. A. S. Baixo peso ao nascer associado a fatores de risco maternos e neonatais. *Revista Sustinere*, v. 11, n. 1, p. 251–262, 2023.

- DESALE, M. et al. Ending preventable maternal and newborn deaths due to infection. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, v. 36, p. 116–130, 2016.
- ELIAS, E. A.; PINHO, J. P.; OLIVEIRA, S. R. Expectativas e sentimentos de gestantes sobre o puerpério. *Enfermagem em Foco*, v. 12, n. 2, 2021.
- FERREIRA, F. A. et al. Puericulture consultation: problems found in children under two years old. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 13, 2019.
- FREITAS JÚNIOR, S. R. Qualidade dos registros de enfermagem em unidade de terapia intensiva. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 12, n. 12, 2020.
- GRANTHAM-MCGREGOR, S. Early child development in developing countries. *The Lancet*, v. 369, n. 9564, p. 824–828, 2007.
- HIGARASHI, I. H.; MALAQUIAS, T. S. M. A assistência à criança e a puericultura no contexto histórico. *Revista Eletrônica Polidisciplinar Voos*, v. 16, n. 1, 2023.
- IGARASHI, M. K. W.; RODRIGUES, M. S.; RICCI, G. P. Contribuições do prontuário eletrônico para a assistência de enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 14, 2022.
- JUSTINO, D. C. P. et al. Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil. *Revista Ciência Plural*, v. 5, n. 1, p. 71–88, 2019.
- LEAL, S. L. S.; OLIVEIRA, E. R.; PESSOA, M. L. F. Uso da caderneta de saúde da criança no acompanhamento do crescimento. *Revista de APS*, v. 24, 2022.
- MARTINS, C. B. G. et al. Crescimento e desenvolvimento frente à prematuridade e baixo peso ao nascer. *Avances en Enfermería*, v. 33, n. 3, p. 401–411, 2016.
- MORAES et al. Estratégia Saúde da Família e a saúde da criança no extremo sul da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 47, n. 2, p. 144–162, 2023.
- MOREIRA, M. C. N. et al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças com condições crônicas complexas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 11, 2017.
- MOURA, C. S. et al. Estratégias de promoção da saúde na primeira infância. *Saúde em Debate*, v. 46, n. spe5, p. 45–56, 2022.
- MUNHOZ GAÍVA, M. A. et al. Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem. *Avances en Enfermería*, v. 36, n. 1, 2018.
- OLIVEIRA, J. S. et al. Facilidades e dificuldades no seguimento ambulatorial de crianças de risco. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 3, p. 4160–4174, 2020.
- ORTEGA, M. A. F. et al. Sistemas de referência e contrarreferência na América Latina. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 11, n. 2, p. 37–45, 2016.
- PEDRAZA, D. F.; LINS, A. C. Complicações clínicas na gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, supl. 3, p. 5329–5350, 2021.
- PEREIRA, J. S.; MACHADO, W. C. Referência e contrarreferência na reabilitação. *Physis*, v. 26, n. 3, p. 1033–1051, 2016.
- PEREIRA, J. G.; OLIVEIRA, M. A. Autonomia da enfermeira na Atenção Primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 31, n. 6, p. 627–635, 2018.
- SANTOS, G. et al. Contribuições da primeira infância para o desenvolvimento infantil. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, v. 11, n. 1, p. 67–73, 2019.
- SANTOS, J. C. et al. Uso do WhatsApp na saúde: revisão integrativa. *REME*, v. 25, 2021.
- SILVA, M. E. A. et al. Doença crônica na infância e vínculos familiares. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 27, n. 2, 2018.
- SILVA, M. C. L.; BOUSSO, R. S. Abordagem à família na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 5, p. 1250–1255, 2011.
- SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; MOCHEL, E. G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 20, n. spe, p. 263–271, 2011.

- SOUSA, L. L.; CARVALHO, J. B. Uso abusivo de telas na infância. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 23, n. 2, 2023.
- TOQUETTO, V. et al. WhatsApp como recurso para educação em saúde. *Brazilian Journal of Development*, v. 7, n. 12, p. 118496–118509, 2021.
- UNICEF; WHO. *Children in the new millennium: environmental impact on health*. Nairobi: UNEP, 2002.
- VAICHULONIS, C. et al. Avaliação da assistência pré-natal. 2021.
- WHO. *Global Nutrition Targets 2025: Low birth weight policy brief*. Geneva, 2014.