

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 5  
RIO DE JANEIRO, DEZ 2022  
ISSN 0103-1104

Saúde da criança:  
integração entre  
ensino, pesquisa,  
serviço e gestão

## SAÚDE EM DEBATE

A revista Saúde em Debate é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

### EDITORA-CHEFE | EDITOR-IN-CHIEF

Maria Lucia Frizon Rizzotto – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3152-1362> – [marialuciarizzotto@gmail.com](mailto:marialuciarizzotto@gmail.com))

### EDITORES CIENTÍFICOS | SCIENTIFIC EDITORS

Flávia Cristina Silveira Lemos – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-4951-4435> – [flaviaclemos@gmail.com](mailto:flaviaclemos@gmail.com))  
Karol Veiga Cabral – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-5678-7859> – [karolveigacabral@gmail.com](mailto:karolveigacabral@gmail.com))  
Luiz Marques Campelo – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0439-2403> – [luiz.marquess@yahoo.com.br](mailto:luiz.marquess@yahoo.com.br))  
Maria Lúcia Chaves Lima – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3062-2399> – [marialuciacl@gmail.com](mailto:marialuciacl@gmail.com))  
Nelson José de Souza Junior – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1257-2001> – [nelsonjosedesouzajunior363@gmail.com](mailto:nelsonjosedesouzajunior363@gmail.com))  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – [pttarso@gmail.com](mailto:pttarso@gmail.com))  
Roseneide dos Santos Tavares – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-4556-2683> – [roseneidestavares7@gmail.com](mailto:roseneidestavares7@gmail.com))  
Thereza Maria Magalhães Moreira – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-1424-0649> – [tmmmoreira@gmail.com](mailto:tmmmoreira@gmail.com))

### EDITORES ASSOCIADOS | ASSOCIATE EDITORS

Ana Maria Costa – Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1931-3969> – [dotorana@gmail.com](mailto:dotorana@gmail.com))  
Helena Rodrigues Corrêa Filho – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-8056-8824> – [helenocorrea@uol.com.br](mailto:helenocorrea@uol.com.br))  
Leda Aparecida Vanelli Nabuco de Gouvêa – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel (PR), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6641-7114> – [ledavanelli@gmail.com](mailto:ledavanelli@gmail.com))  
Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-2646-9523> – [lenaualobato@uol.com.br](mailto:lenaualobato@uol.com.br))  
Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6778-2834> – [pauloamarante@gmail.com](mailto:pauloamarante@gmail.com))

### CONSELHO EDITORIAL | PUBLISHING COUNCIL

Ademar Arthur Chioro dos Reis – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-7184-2342> – [arthur.chioro@unifesp.br](mailto:arthur.chioro@unifesp.br))  
Alicia Stolkner – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-9372-7556> – [astolkner@gmail.com](mailto:astolkner@gmail.com))  
Angel Martinez Hernaez – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España (<https://orcid.org/0000-0002-5122-7075> – [angel.martinez@urv.cat](mailto:angel.martinez@urv.cat))  
Breno Augusto Souto Maior Fontes – Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7285-9012> – [brenofontes@gmail.com](mailto:brenofontes@gmail.com))  
Carlos Botazzo – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8646-1769> – [cbotazzo@hotmail.com](mailto:cbotazzo@hotmail.com))  
Cornelis Johannes van Stralen – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0921-098X> – [stralen@medicina.ufmg.br](mailto:stralen@medicina.ufmg.br))  
Debora Diniz – Universidade de Brasília, Brasília (DF), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6987-2569> – [d.diniz@anis.org.br](mailto:d.diniz@anis.org.br))  
Eduardo Luis Menéndez Spina – Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Mexico (DF), Mexico (<https://orcid.org/0000-0003-1483-0390> – [emenendez1@yahoo.com.mx](mailto:emenendez1@yahoo.com.mx))  
Eduardo Maia Freese de Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Recife (PE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8995-6089> – [freese@cpqam.fiocruz.br](mailto:freese@cpqam.fiocruz.br))  
Elias Kondilis – Queen Mary University of London, London, England (<https://orcid.org/0000-0001-9592-2830> – [kondilis@qmul.ac.uk](mailto:kondilis@qmul.ac.uk))  
Hugo Spinelli – Universidad Nacional de Lanús, Lanús, Argentina (<https://orcid.org/0000-0001-5021-6377> – [hugospinelli09@gmail.com](mailto:hugospinelli09@gmail.com))  
Jairnilson Silva Paim – Universidade Federal da Bahia, Salvador (BA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-0783-262X> – [jairnil@ufba.br](mailto:jairnil@ufba.br))  
Jean Pierre Unger – Institut de Médecine Tropicale, Anvers, Belgique (<https://orcid.org/0000-0001-5152-6545> – [contact@jeanpierreunger.com](mailto:contact@jeanpierreunger.com))

José Carlos Braga – Universidade Estadual de Campinas, Campinas (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1961-557X> – [bragajcs@uol.com.br](mailto:bragajcs@uol.com.br))  
Jose da Rocha Carvalho – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3745-4802> – [jrcarval@fiocruz.br](mailto:jrcarval@fiocruz.br))  
Kenneth Rochel de Camargo Jr – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-3606-5853> – [kenneth@uerj.br](mailto:kenneth@uerj.br))  
Ligia Giovannella – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-6522-545X> – [ligiagiovannella@gmail.com](mailto:ligiagiovannella@gmail.com))  
Luiz Augusto Facchini – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-5746-5170> – [luizfacchini@gmail.com](mailto:luizfacchini@gmail.com))  
Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-3335-0619> – [odorico@saude.gov.br](mailto:odorico@saude.gov.br))  
Maria Salete Bessa Jorge – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-6461-3015> – [maria.salete.jorge@gmail.com](mailto:maria.salete.jorge@gmail.com))  
Mario Esteban Hernández Álvarez – Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia (<https://orcid.org/0000-0002-3996-7337> – [mariohernandez62@gmail.com](mailto:mariohernandez62@gmail.com))  
Mario Roberto Rovere – Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina (<https://orcid.org/0000-0002-6413-2120> – [roveremario@gmail.com](mailto:roveremario@gmail.com))  
Paulo Marchiori Buss – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-9944-9195> – [paulo.buss@fiocruz.br](mailto:paulo.buss@fiocruz.br))  
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Belém (PA), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1969-380X> – [pttarso@gmail.com](mailto:pttarso@gmail.com))  
Rubens de Camargo Ferreira Adorno – Universidade de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-8772-3222> – [radorno@usp.br](mailto:radorno@usp.br))  
Sonia Maria Fleury Teixeira – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-7678-7642> – [profsoniafleury@gmail.com](mailto:profsoniafleury@gmail.com))  
Sulamis Dain – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-4118-3443> – [sulamis@uol.com.br](mailto:sulamis@uol.com.br))  
Walter Ferreira de Oliveira – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1808-0681> – [wfolive@terra.com.br](mailto:wfolive@terra.com.br))

### EDITORA EXECUTIVA | EXECUTIVE EDITOR

Mariana Chastinet – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0003-2652-3435> – [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br))

### EDITORA ASSISTENTE | ASSISTANT EDITOR

Carina Munhoz – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), Brasil (<https://orcid.org/0000-0002-1615-9177> – [carina.revisao@cebes.org.br](mailto:carina.revisao@cebes.org.br))

### DIAGRAMAÇÃO E EDITORAÇÃO ELETRÔNICA | LAYOUT AND DESKTOP PUBLISHING

Rita Loureiro (<http://www.apoioacultura.com.br> – [rita.loureiro@apoioacultura.com.br](mailto:rita.loureiro@apoioacultura.com.br))

### DESIGN DE CAPA | COVER DESIGN

Alex I. Peirano Chacon

### NORMALIZAÇÃO, REVISÃO E TRADUÇÃO DE TEXTO | NORMALIZATION, PROOFREADING AND TRANSLATION

Ana Luísa Moreira Nicolino (inglês/english)  
Carina Munhoz (normalização/normalization)  
Mariana Acorse (normalização/normalization)  
Wanderson Ferreira da Silva (português e inglês/portuguese and english)

### INDEXAÇÃO | INDEXATION

Directory of Open Access Journals (Doaj)  
História da Saúde Pública na América Latina e Caribe (Hisa)  
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs)  
Periódica – Índice de Revistas Latinoamericanas en Ciencias  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (Redalyc)  
Scientific Electronic Library Online (SciELO Brasil e SciELO Saúde Pública)  
Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (Latindex)  
Sumários de Revistas Brasileiras (Sumários)

# saúde

EM DEBATE

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE  
VOLUME 46, NÚMERO ESPECIAL 5  
RIO DE JANEIRO, DEZEMBRO 2022

---

**ÓRGÃO OFICIAL DO CEBES**

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

ISSN 0103-1104

## APRESENTAÇÃO | PRESENTATION

- 5 **O Multicampi Saúde e os desafios à constituição de novas práticas de gestão do trabalho, interprofissionalidade e cuidado em saúde na Amazônia brasileira**

*Multicampi Saúde and the challenges to the constitution of new practices of work management, interprofessionalism and health care in the Brazilian Amazon*

Flávia Cristina Silveira Lemos, Karol Veiga Cabral, Luiz Marques Campelo, Maria Lúcia Chaves Lima, Nelson José de Souza Junior, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Roseneide dos Santos Tavares, Thereza Maria Magalhães Moreira

## ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

- 13 **A Caderneta da Criança e a terapia ocupacional na atenção básica à saúde**  
*The Child's Handbook and occupational therapy in Primary Health Care*

Glenda Miranda da Paixão, Nilzelene Cavalheiro da Costa, Adrine Carvalho dos Santos Vieira

- 22 **Profile and knowledge of Brazilian Amazon Primary Health Care professionals on maternal and child health**  
*Perfil e conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde da Amazônia brasileira sobre saúde materno-infantil*

Bruna Melo Amador, Emanuele Rocha da Silva, Víctor Almir Leão Fortunato, Raissa Lorrana Bronze Coelho, Katiane da Costa Cunha, Aurimery Gomes Chermont

- 34 **Fatores associados ao registro da alimentação infantil e intercorrências clínicas na Caderneta da Criança**  
*Factors associated with the registration of infant feeding and clinical complications in the Children's Handbook*

Altamira Pereira da Silva Reichert, Isla Carolina Alves de Lima, Iolanda Carlli da Silva Bezerra, Paloma Karen Holanda Brito, Anna Tereza Alves Guedes, Anniely Rodrigues Soares

- 45 **Estratégias de promoção da saúde na primeira infância: tecendo redes locais**  
*Health promotion strategies in early childhood: weaving local networks*

Camila Sighinolfi de Moura, Rute Grossi-Milani, Fernanda de Freitas Mendonça, Mathias Roberto Loch

- 57 **Tendência da Cobertura Vacinal em crianças de zero a 12 meses – Piauí, Brasil, 2013-2020**  
*Trend in Vaccination Coverage in children aged zero to 12 months – Piauí, Brazil, 2013-2020*

Antoniedo Araújo de Freitas, Frankeline Gonçalves de Arêa Leão Moreira, José Wicto Pereira Borges, Carlos Eduardo Batista de Lima, Malvina Thais Pacheco Rodrigues, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas

- 67 **Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação**  
*Interprofessionalism, training, and collaborative work in the context of family health: action-research*

Ailma de Souza Barbosa, Barbara Rachelli Farias Teixeira, Ayla Miranda Oliveira, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa, Elenice Maria Cecchetti Vaz, Franklin Delano Soares Forte

- 80 **Uso do genograma e do ecomapa na avaliação das relações familiares de crianças em situação de vulnerabilidade e violência**  
*Use of the genogram and ecomap in the assessment of family relationships of children in situations of vulnerability and violence*

Jeferson de Souza Sá, Catherine Menegaldi, Lucas França Garcia, Rute Grossi-Milani

- 
- 91 Vulnerabilidade de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde: implicações para a enfermagem**  
*Vulnerability of Children with Special Health Needs: implications for nursing*  
Brendo Vitor Nogueira Sousa, Claudiana Ribeiro da Silva Araújo, Elenilda Farias de Oliveira, Kananda Karla Andrade Freitas, Polyana D'arc Rezende Costa, Valéria Batista da Silva
- 104 Influência de determinantes socioeconômicos no desenvolvimento motor de lactentes acompanhados por programa de follow-up em Manaus, Amazonas**  
*Influence of socioeconomic determinants on the motor development of infants accompanied by follow-up program in Manaus, Amazonas*  
Ana Beatriz da Costa Lameira, Michelle Alexandrina dos Santos Furtado, Renato Campos Freire Júnior, Tiótrefis Gomes Fernandes, Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça
- 114 Práticas e conhecimentos parentais: um estudo associativo sobre as aquisições motoras infantis**  
*Parental practices and knowledge: an associative study on children's motor skills acquisitions*  
Sara Caroline Fontoura Dall'Alba, Larissa Wagner Zanella, Nadia Cristina Valentini
- 125 Análise quantitativa de frenectomias realizadas no contexto do SUS após obrigatoriedade do teste da linguinha**  
*Quantitative analysis of frenectomies performed in the context of the SUS after mandatory tongue test*  
Mônica Guimarães Macau-Lopes, Ana Daniela Silva da Silveira, Clélia Maria Nolasco Lopes, Pedro Augusto Thiene Leme, Daniel Demétrio Faustino-Silva
- 136 Efeito da intervenção motora domiciliar centrada na família para a funcionalidade de indivíduos com Duchenne**  
*Effect of family-centered home motor intervention on the functioning of individuals with Duchenne*  
Leonardo de Carvalho Brandão, Michelle Alexandrina dos Santos Furtado, Victória Natália de Sá Oliveira, Guilherme Peixoto Tinoco Arêas, Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça
- 148 Repercussões da pandemia da Covid-19 em crianças do Ensino Fundamental**  
*Repercussions of the COVID-19 pandemic on Elementary School children*  
Andréia Vedana Romanzini, Letícia Thomasi Jahnke Botton, Aline Groff Vivian
- 164 Perfil sociodemográfico e farmacoepidemiológico de crianças infectadas pelo HIV**  
*Sociodemographic and pharmacoepidemiology profile of HIV infected children*  
Letícia Mara Marca, Frederico Alves Dias, Débora Bauer Schultz, Doroteia Aparecida Höfelmann, Yanna Dantas Rattmann
- 178 Características das prescrições de metilfenidato em ambulatório de neuropediatria**  
*Characteristics of methylphenidate prescriptions in a pediatric neurology outpatient clinic*  
Carlos Henrique de Lima, Giordano Carlo Paiola, Alessandra Maria Rocha Rodrigues Maier, Lucas França Garcia, Ely Mitie Massuda
- 193 O corpo da criança como receptáculo da violência física: análise dos dados epidemiológicos do Viva/Sinan**  
*The child's body as a receptacle of physical violence: analysis of epidemiological data from VIVA/SINAN*  
Aline Conegundes Riba, Fabiola Zioni

- 208** **Abuso sexual contra crianças: construindo estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife**  
*Sexual abuse against children: building coping strategies in Primary Health Care in a municipality in the metropolitan region of Recife*  
Mitlene Kaline Bernardo Batista, Wanessa da Silva Gomes, João Augusto Machado Villacorta
- 221** **O cuidado à criança no contexto prisional: percepções dos profissionais de saúde**  
*Child care in the prison context: perceptions of health professionals*  
Denise Santana Silva dos Santos, Climane Laura de Camargo
- ENSAIO | ESSAY**
- 236** **A puericultura no SUS: o cuidado da criança na perspectiva da atenção integral à saúde**  
*Childcare in the SUS: childcare from the perspective of comprehensive health care*  
Antonio Luiz Goncalves Albernaz, Maria Cristina Ventura Couto
- RELATO DE EXPERIÊNCIA | CASE STUDY**
- 249** **O estudante em campo: uma experiência de formação em saúde da criança na Amazônia brasileira**  
*The student in the field: an experience in child health training in the Brazilian Amazon*  
Maria Lúcia Chaves Lima, Roseneide dos Santos Tavares, Melina Navegantes Alves, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira, Luiz Marques Campelo, Karol Veiga Cabral, Nelson José de Souza Junior
- 260** **Multicampi Saúde da Criança: contribuições extensionistas na formação médica no Norte do Brasil**  
*Multicampi Saúde da Criança: extension contributions to medical training in Northern Brazil*  
Lídia Dias Gonçalves, Sílvia Helena Arias Bahia
- 270** **Oficina educativa para profissionais da Atenção Primária à Saúde como estratégia para promover alimentação complementar saudável no Acre, Amazônia brasileira**  
*Educational workshop for Primary Health Care professionals as a strategy to promote healthy complementary feeding in Acre, Brazilian Amazon*  
Rafaela Machado, Joanna Manzano Strabeli Ricci, Isabel Giacomini, Ana Alice de Araújo Damasceno, Bárbara Hatzlhofer Lourenço, Marly Augusto Cardoso, Priscila de Moraes Sato
- 284** **'A gente não quer só comida': integralidade na atuação interprofissional no cuidado da obesidade infantil**  
*'We don't want only food': integrality in the interprofessional performance in the care of childhood obesity*  
Claudia Carneiro da Cunha
- 297** **Promoção ao Aleitamento Materno nos Centros de Educação Infantil do município de São Paulo**  
*Breastfeeding promotion actions at daycare centers in the city of São Paulo*  
Lúcia Cardoso dos Reis, Kátia Iared Sebastião Romanelli, Giovanna Luisi Serra
- 310** **Almanaque das Emoções para crianças e adolescentes, em época de pandemia**  
*Almanac of Emotions for children and adolescents in times of pandemic*  
Daniella Teixeira Dantas Gouget, Joanna D'Arc Barbosa Bastos

# O Multicampi Saúde e os desafios à constituição de novas práticas de gestão do trabalho, interprofissionalidade e cuidado em saúde na Amazônia brasileira

Flávia Cristina Silveira Lemos<sup>1</sup>, Karol Veiga Cabral<sup>1</sup>, Luiz Marques Campelo<sup>2</sup>, Maria Lúcia Chaves Lima<sup>1</sup>, Nelson José de Souza Junior<sup>1</sup>, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira<sup>1</sup>, Roseneide dos Santos Tavares<sup>1</sup>, Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E500

Somos culpados de muitos erros e faltas  
porém nosso pior crime é o abandono das crianças  
negando-lhes a fonte da vida  
Muitas das coisas de que necessitamos podem esperar.  
A criança não pode  
Agora é o momento em que seus ossos estão se formando  
seu sangue também o está  
e seus sentidos estão se desenvolvendo  
A ela não podemos responder 'amanhã'  
Seu nome é hoje.

'Seu nome é hoje', de Gabriela Mistral<sup>1</sup>

**A POESIA DA GANHADORA DO PRÊMIO NOBEL DE LITERATURA** de 1945 clama pela emergência de cuidar das crianças. Era premente em meados do século passado; é urgente hoje. Não à toa, uma das primeiras medidas anunciada pela equipe de transição do presidente eleito (em 2022) Luiz Inácio Lula da Silva foi a prioridade na recuperação dos índices de cobertura vacinal das crianças – temática fortemente negligenciada nos últimos quatro anos no Brasil.

O significado de ser criança passou por muitas transformações, como nos mostrou a pesquisa de Ariès<sup>2</sup> ao afirmar que, até por volta do século XII, não existia a compreensão de infância como a temos atualmente. A criança era ignorada. A transformação de 'infante' (aquele/a que não pode falar) para sujeito social com características particulares, como concebemos hoje, é fruto de um processo histórico de demandas e lutas<sup>3</sup>.

A edição desta publicação sobre saúde infantil vem ao encontro desse processo e se torna uma voz que atende a este clamor: 'Seu nome é hoje', principalmente se colocarmos em evidência a saúde da criança, área que passou por muitos desafios. Desde a política de aleitamento materno da década de 1920 até o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc) de 1984, foram várias as estratégias de promoção da saúde da criança, especialmente aquelas voltadas para sua sobrevivência, o que tem produzido efeitos positivos, como a redução das taxas de mortalidade infantil, que caíram de 85,6 por mil nascidos vivos na década de 1980 para 13,8

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.  
pttarso@gmail.com

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece), Fortaleza (CE), Brasil.



em 2015; embora dados recentes (2019) demonstrem divergências entre as regiões brasileiras, reiteradamente apresentando as regiões Norte (16,6) e Nordeste (15,2) acima da média nacional<sup>4</sup>.

No entanto, mesmo diante desse bom desempenho, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer, pois a taxa de mortalidade continua alta quando comparada com a de países desenvolvidos. Se compararmos aos países integrantes dos BRICS, de 2015 a 2020, está à frente da Índia (32,0) e da África do Sul (27,2) e próximo da China (9,9), contudo, aquém da Rússia, que apresenta taxa de 5,8 por mil nascidos vivos. Nosso país apresenta uma taxa seis vezes maior quando comparado com Japão (1,7) e Finlândia (1,8)<sup>5</sup>, ambos com uma taxa de mortalidade infantil abaixo de duas crianças para cada mil novos nascimentos.

Os pesquisadores do Projeto Brasil Saúde Amanhã, uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS), por intermédio do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), prospectam cenários em saúde para a década que se inicia em 2030. Os dados apresentados, inicialmente para o grupo de causas de mortalidade de forma geral, evidenciaram que as doenças infectoparasitárias tendem a reduzir sua relevância em contraposição a Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o que, certamente, mantidas as condições socioambientais em que se referenciaram, tem forte impacto na mortalidade de crianças de zero a 4 anos de idade. Como vimos, o surgimento do Sars-CoV-2/Covid-19 desafiou a tendência geral que estava em curso, assim como o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) na década 1980<sup>6</sup>.

Como ter a fotografia do futuro das crianças nesse contexto? O que vimos, nos últimos seis anos, foi a destruição, sem precedentes, de políticas públicas para a área da infância e da adolescência a partir de iniciativas do Estado. Se os indicadores, referentes a esse conjunto de políticas, mostraram fortes evidências de que ocorreu um processo de inclusão social no período de 2003 a 2015, que possibilitou a erradicação da pobreza extrema, tal fato não ocorreu no período imediatamente posterior, de 2016-2022, pois o que aconteceu foi exatamente o contrário<sup>7</sup>.

Recentemente, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstraram que aproximadamente 33 milhões de brasileiros e brasileiras estão em situação de insegurança alimentar, ou seja, com fome. Esses dados estão em consonância com os que apontam um processo relevante de carência nutricional entre as crianças brasileiras, no qual formas graves de desnutrição voltaram a aparecer e a ser diagnosticadas no SUS, o que pode ocasionar danos irreversíveis em crianças de até 5 anos de idade. Mesmo com a alta de casos, há contrassenso: para 2023, pois o MS previu para a área de segurança alimentar e nutricional, no Projeto de Lei Orçamentária Anual (Ploa), apenas R\$ 25.576.805 contra os R\$ 66 milhões orçados para o ano de 2022<sup>8</sup>. Os cenários para o próximo período dependerão da expansão da temática às agendas e das alocações orçamentárias e financeiras no período a partir de 2023.

Entendendo a complexidade da temática, a presente edição nos convoca a pensar sobre os desafios à promoção da saúde da criança a partir dos três pilares fundamentais da universidade brasileira: ensino, pesquisa e extensão. A esse tripé, garantido pelo art. 207 da Constituição Brasileira de 1988<sup>9</sup>, somam-se as experiências de profissionais e usuários(as) nos serviços abarcados pela Atenção Primária à Saúde (APS). Portanto, o objetivo foi dar visibilidade a iniciativas que tragam, em seu bojo, a integração ensino-serviço na saúde da criança, especialmente na Região Amazônica, onde há as piores taxas de diversos indicadores da saúde no Brasil, além das práticas inovadoras e interdisciplinares na atenção à saúde da criança, principalmente na atenção básica, e o planejamento, o monitoramento e a avaliação em saúde da criança, tendo a Caderneta da Criança como instrumento privilegiado.

Apesar da impossibilidade de abarcar o colossal campo da saúde da criança, as temáticas apresentadas nesta publicação estão entre as mais diversas. Desde iniciativas de inserção de

estudantes de diferentes áreas da saúde nos serviços da APS, passando pela análise do preenchimento da Caderneta da Criança até a avaliação da cobertura vacinal dessa população. Outros artigos abordam o aleitamento materno e a alimentação infantil. Crianças com necessidades especiais de saúde, crianças vivendo com HIV e em contexto prisional, assim como a obesidade infantil, também são alvo de debate. O tema da violência contra crianças é tratado como problema de saúde pública, com artigos que abordam violência física e abusos sexuais notificados nos serviços.

A Covid-19 também é trazida para a discussão, especialmente para pensar as repercussões da pandemia em crianças do ensino fundamental, bem como no relato de experiência sobre a construção de um almanaque das emoções como estratégia de enfrentamento das adversidades causadas pela grave crise sanitária ainda (em novembro de 2022) vivida por todos(as) nós.

Que esta publicação, portanto, possa ser um instrumento político-acadêmico de voltar nossos olhares a essa parcela tão fundamental da população, uma vez que, como dito no poema da abertura, “muitas das coisas de que necessitamos podem esperar. A criança não pode”<sup>1</sup>.

## Colaboradores

Lemos FCS (0000-0003-4951-4435)\*, Cabral KV (0000-0001-5678-7859)\*, Campelo LM (0000-0003-0439-2403)\*, Lima MLC (0000-0003-3062-2399)\*, Souza Junior NJ (0000-0002-1257-2001)\*, Oliveira PTR (0000-0002-1969-380X)\*, Tavares RS (0000-0003-4556-2683)\* e Moreira TMM (0000-0003-1424-0649)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Mistral G. Seu nome é hoje. Pina MTA, tradutora. [acesso em 2022 de nov 11]. Disponível em: [www.blogs.utopia.org.br/poesialatina/seu-nome-e-hoje-gabriela-mistral](http://www.blogs.utopia.org.br/poesialatina/seu-nome-e-hoje-gabriela-mistral).
2. Ariès P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
3. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014 [acesso em 2022 de nov 11]; 67(6):1000-1007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade para o Brasil: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil, Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
5. Alves TF, Coelho AB. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2022 nov 11]; 26(4):1259-1264. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.04022019>.
6. Silva-Junior JB, Ramalho WM. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. (Série Saúde Amanhã Textos para Discussão n. 17). [acesso em 2022 nov 11]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52036>.
7. Cifali AC, Benedito B, Martinelli C, et al. Dossiê infância e covid-19: os impactos da gestão da pandemia sobre crianças e adolescentes. São Paulo: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA); Instituto Alana; 2022. [acesso em 2022 nov 12]. Disponível em: <https://alana.org.br/wp-content/uploads/2022/03/DOSSIE-INFANCIAS-E-COVID-19.pdf>.
8. Nobre V. Agenda Mais SUS - Boletim n. 1/2022 Monitoramento do Orçamento da Saúde. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS); UMANE. 2022 out. [acesso em 2022 nov 12]. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/10/boletim-1-ieps-monitoramento-orcamento-saude-cortes.pdf>.
9. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 2016. [acesso em 2022 nov 13]. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC9L\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC9L_2016.pdf).

# Multicampi Saúde and the challenges to the constitution of new practices of work management, interprofessionality and health care in the Brazilian Amazon

Flávia Cristina Silveira Lemos<sup>1</sup>, Karol Veiga Cabral<sup>1</sup>, Luiz Marques Campelo<sup>2</sup>, Maria Lúcia Chaves Lima<sup>1</sup>, Nelson José de Souza Junior<sup>1</sup>, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira<sup>1</sup>, Roseneide dos Santos Tavares<sup>1</sup>, Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E5001

We are guilty of many mistakes and faults  
but our worst crime is the abandonment of children  
denying them the source of life  
Many of the things we need can wait.  
The child cannot  
Now is the time when their bones are forming  
their blood is too  
and their senses are developing  
To them, we cannot answer 'tomorrow'  
Their name is today.

'Seu nome é hoje', by Gabriela Mistral<sup>1</sup>

**THE POETRY OF THE 1945 NOBEL PRIZE WINNER FOR LITERATURE CALLS** for the emergence of caring for children. It was pressing in the middle of the last century; it is urgent today. No wonder, one of the first measures announced by the transition team of president-elect (in 2022) Luiz Inácio Lula da Silva was the priority in the recovery of children's vaccination coverage rates – a topic that has been heavily neglected in the last four years in Brazil.

The meaning of being a child has undergone many transformations, as shown by Ariès<sup>2</sup> when he states that, until around the twelfth century, there was no understanding of childhood as we have it today. The child was ignored. The transformation from an 'infant' (one who cannot speak) to a social subject with particular characteristics, as we conceive it today, is the result of a historical process of demands and struggles<sup>3</sup>.

The issue of this publication on children's health meets this process and becomes a voice that responds to the cry: 'Their name is today', especially if we highlight children's health, an area that has gone through many challenges. From the breastfeeding policy of the 1920s to the Comprehensive Child Health Assistance Program (PAISC) of 1984, there were several strategies to promote children's health, especially those aimed at their survival, which have produced positive effects, such as the reduction in infant mortality rates,

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.  
[pttarso@gmail.com](mailto:pttarso@gmail.com)

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Estadual do Ceará (Uece), Fortaleza (CE), Brasil.



which fell from 85.6 per thousand live births in the 1980s to 13.8 in 2015; although recent data (2019) show divergences between Brazilian regions, repeatedly presenting the North (16.6) and Northeast (15.2) regions above the national average<sup>4</sup>.

However, despite this good performance, Brazil still has a long way to go, as the mortality rate remains high when compared to developed countries. If we compare the member countries of the BRICS, from 2015 to 2020, it is ahead of India (32.0) and South Africa (27.2) and close to China (9.9), however, behind Russia, which presents a rate of 5.8 per thousand live births. Our country has a rate six times higher when compared to Japan (1.7) and Finland (1.8)<sup>5</sup>, both with an infant mortality rate below two children for every thousand new births.

The researchers of the Brasil Saúde Amanhã Project, an initiative of the Ministry of Health (MS), through the Department of Monitoring and Evaluation of the Unified Health System (SUS), with the Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz), prospect health scenarios for the decade that begins in 2030. The presented data, initially for the group of causes of mortality in general, showed that infectious and parasitic diseases tend to reduce their relevance as opposed to Noncommunicable Diseases, which, given the maintenance of the socio-environmental conditions in which they are referred, certainly has a strong impact on the mortality of children from zero to 4 years of age. As we have seen, the emergence of SARS-CoV-2/COVID-19 challenged the general trend that was underway, as did the emergence of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the 1980s<sup>6</sup>.

How to have a picture of the future of children in this context? What we have seen in the last six years is the unprecedented destruction of public policies in the area of childhood and adolescence based on State initiatives. If the indicators referring to this set of policies showed strong evidence that a process of social inclusion took place in the period from 2003 to 2015, which made it possible to eradicate extreme poverty, this did not occur in the immediately subsequent period, from 2016 to 2022, when what happened was exactly the opposite<sup>7</sup>.

Recently, data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) showed that approximately 33 million Brazilians are in a situation of food insecurity, that is, hungry. These data are in line with those that point to a relevant process of nutritional deficiency among Brazilian children, in which severe forms of malnutrition reappear and are diagnosed in the SUS, which can cause irreversible damage to children up to 5 years of age. Even with the increase in cases, there is contradiction: for 2023, as the MS predicted for the area of food and nutrition security, in the Annual Budget Law Project (PLOA), only R\$ 25,576,805 *versus* the R\$ 66 million budgeted for the year 2022<sup>8</sup>. The scenarios for the next period will depend on the expansion of the theme to the agendas and budgetary and financial allocations in the period from 2023 onwards.

Understanding the complexity of the subject, this issue invites us to think about the challenges to the promotion of children's health from the three fundamental pillars of the Brazilian university: teaching, research, and extension. To this tripod, guaranteed by art. 207 of the Brazilian Constitution of 1988<sup>9</sup>, the experiences of professionals and users in the services covered by Primary Health Care (PHC) are added. Therefore, the objective was to give visibility to initiatives that bring, in their core, the teaching-service integration in children's health, especially in the Amazon region, where are the worst rates of several health indicators in Brazil, in addition to innovative and interdisciplinary practices in child health care, especially in Primary Care, and in child health planning, monitoring, and evaluation, with the Child's Handbook as a privileged instrument.

Despite the impossibility of covering the colossal field of child health, the themes presented in this issue are among the most diverse. From initiatives to insert students from different areas

of health in PHC services, through the analysis of filling in the Child's Handbook, to the evaluation of the vaccination coverage of this population. Other articles address breastfeeding and infant feeding. Children with special health needs, children living with HIV and in prison, as well as childhood obesity, are also the subject of debate. The issue of violence against children is treated as a public health problem, with articles that address physical violence and sexual abuse reported in the services.

COVID-19 is also brought into the discussion, especially to think about the repercussions of the pandemic on elementary school children, as well as in the experience report on the construction of an almanac of emotions as a strategy to face the adversities caused by the serious health crisis still (in November 2022) lived by us all.

May this publication, therefore, be a political-academic instrument to turn our eyes to this very fundamental part of the population, since, as stated in the opening poem, "many of the things we need can wait. The child cannot"<sup>1</sup>.

## Collaborators

Lemos FCS (0000-0003-4951-4435)\*, Cabral KV (0000-0001-5678-7859)\*, Campelo LM (0000-0003-0439-2403)\*, Lima MLC (0000-0003-3062-2399)\*, Souza Junior NJ (0000-0002-1257-2001)\*, Oliveira PTR (0000-0002-1969-380X)\*, Tavares RS (0000-0003-4556-2683)\*, and Moreira TMM (0000-0003-1424-0649) have equally contributed to the elaboration of the manuscript. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## References

1. Mistral G. Seu nome é hoje. Pina MTA, tradutora. [acesso em 2022 de nov 11]. Disponível em: [www.blogs.utopia.org.br/poesialatina/seu-nome-e-hoje-gabriela-mistral](http://www.blogs.utopia.org.br/poesialatina/seu-nome-e-hoje-gabriela-mistral).
2. Ariès P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1981.
3. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014 [acesso em 2022 de nov 11]; 67(6):1000-1007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Tábua completa de mortalidade para o Brasil: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil, Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
5. Alves TF, Coelho AB. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2022 nov 11]; 26(4):1259-1264. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.04022019>.
6. Silva-Junior JB, Ramalho WM. Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015. (Série Saúde Amanhã Textos para Discussão n. 17). [acesso em 2022 nov 11]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/52036>.
7. Cifali AC, Benedito B, Martinelli C, et al. Dossiê infância e covid-19: os impactos da gestão da pandemia sobre crianças e adolescentes. São Paulo: Centro de Estudos e Pesquisas de Direito Sanitário (CEPEDISA); Instituto Alana; 2022. [acesso em 2022 nov 12]. Disponível em: <https://alana.org.br/wp-content/uploads/2022/03/DOSSIE-INFANCIAS-E-COVID-19.pdf>.
8. Nobre V. Agenda Mais SUS - Boletim n. 1/2022 Monitoramento do Orçamento da Saúde. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (IEPS); UMANE. 2022 out. [acesso em 2022 nov 12]. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/10/boletim-1-ieps-monitoramento-orcamento-saude-cortes.pdf>.
9. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 2016. [acesso em 2022 nov 13]. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC9L\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC9L_2016.pdf).

# A Caderneta da Criança e a terapia ocupacional na atenção básica à saúde

## *The Child's Handbook and occupational therapy in Primary Health Care*

Glenda Miranda da Paixão<sup>1</sup>, Nilzelenne Cavalheiro da Costa<sup>1</sup>, Adrine Carvalho dos Santos Vieira<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E501

**RESUMO** A Caderneta da Criança (CC) é um instrumento essencial para a vigilância do desenvolvimento infantil, temática presente nos currículos dos Cursos de Terapia Ocupacional (TO), profissão que tem na infância uma importante área de atuação. Porém, poucos estudos descrevem ações da profissão na atenção primária à saúde da criança. Esta pesquisa objetivou descrever e analisar as ações e as atividades de estudantes de TO participantes do Projeto Multicampi Saúde da Criança à clientela de mães e crianças, pautadas na CC no contexto da atenção básica. É quantitativa, descritiva e retrospectiva, com dados extraídos de 37 diários de campo. As ações mais encontradas foram consultas de vigilância do desenvolvimento (27,4%), orientação (23,6%), educação em saúde e visita domiciliar (12,3% cada). Mapeamento dos serviços, Programa Saúde na Escola, grupos terapêuticos, apoio matricial e reuniões de equipe aparecem com menor expressividade. Os dados corroboram pesquisas que descrevem ações desenvolvidas por terapeutas ocupacionais da atenção básica e indicam que a CC proporcionou uma gama importante de ações nesse contexto. Observa-se ainda a importância do terapeuta ocupacional na equipe multiprofissional de atenção à saúde da criança e a relevância do Projeto Multicampi Saúde da Criança no percurso formativo do discente.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Desenvolvimento infantil. Saúde da criança. Terapia ocupacional.

**ABSTRACT** *The Child Handbook (CH) is an essential instrument for monitoring child development, a theme present in the curricula of Occupational Therapy (OT) courses, a profession that has childhood as an important area of activity. However, few studies describe the profession's actions in primary care for children's health. This research aims to describe and analyze the actions and activities of OT students participating in the 'Projeto Multicampi Saúde da Criança' with mothers and children, based on the CH in the context of primary care. It is a quantitative, descriptive, and retrospective study, with data extracted from 37 field diaries. The most common actions were developmental surveillance consultations (27.4%), guidance (23.6%), health education, and home visits (12.3% each). Mapping of services, the School Health Program, therapeutic groups, matrix support, and team meetings appear to be less expressive. The data corroborate research that describes actions developed by occupational therapists in primary care and indicate that the CH provided an important range of actions in this context. It is also observed the importance of the occupational therapist in the multiprofessional team of attention to children's health and the relevance of the 'Projeto Multicampi Saúde da Criança' in the formative path of the student.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Child development. Child health. Occupational therapy.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.  
gmiranda@ufpa.br



## Introdução

A Caderneta da Criança (CC) é um instrumento de comunicação, educação, vigilância integral e promoção da saúde infantil; e seu uso e registro correto e completo devem ser feitos por todos os profissionais que assistem a criança<sup>1</sup>.

Implantada pelo Ministério da Saúde, em 2005, em substituição ao Cartão da Criança, a CC (denominada de Caderneta de Saúde da Criança) é destinada a todos os cidadãos nascidos em território brasileiro, devendo ser entregue às famílias ainda nas maternidades. A partir de 2019, após 12 edições, ela passou por mais uma modificação no conteúdo, adotando a denominação atual, uma vez que apresenta um caráter intersetorial. A primeira edição da CC permitiu o registro de informações sobre as demais políticas sociais, especialmente assistência social e educação. A sua segunda edição, foi publicada somente na versão digital com alguns ajustes de formatação e atualizações. Em 2021, foi publicada a terceira e edição vigente da CC<sup>2</sup>.

A CC traz informações sobre os marcos de desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento afetivo e cognitivo/linguagem da criança para acompanhamento dos profissionais que atendem a criança. Além disso, permanecem os espaços para registro das vacinas para proteção da saúde da criança. Conta, ainda com informações sobre aleitamento materno, alimentação saudável, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, sobre direitos dos pais e da criança, alertas sobre o uso de aparelhos eletrônicos e orientações para o estímulo ao desenvolvimento infantil com afeto, buscando fortalecer o papel da família no cuidado, entre outros assuntos importantes para o desenvolvimento e o crescimento da criança<sup>2</sup>.

É possível fazer o registro, também, de informações sobre Programas de Assistência Social, educação e vida escolar. A versão mais recente conta com a inclusão do instrumento Checklist M-CHAT-R/F, para auxiliar na identificação de sinais do transtorno do espectro autista. Além

disso, inseriram-se orientações para cuidadores sobre sinais de albinismo, bem como foram ressaltadas algumas sugestões de dinâmicas que contribuem para integração de pais e filhos, como o estímulo à leitura em família<sup>2</sup>.

Os serviços de Atenção Básica (AB) são aqueles que mais geram informações para preenchimento, assim como as maternidades, porém, todos os cenários de atenção à saúde devem se responsabilizar pela verificação e o preenchimento da CC. O que se observa, entretanto, é a precária utilização desse documento, reforçando a necessidade de investimentos em capacitação dos profissionais e organização dos serviços<sup>3-5</sup>.

No entanto, a CC é essencial para a vigilância do desenvolvimento e crescimento infantil, que é um dos pilares da redução da mortalidade infantil nos primeiros anos de vida. No mundo, cerca de 5,9 milhões de crianças com até 5 anos morreram por doenças evitáveis em 2015, com previsão de mais 6,9 milhões de óbitos infantis até 2030. No Brasil, em 2016, morreram 35.619 crianças com até 5 anos, sendo 58% de causas preveníveis pela vigilância sistemática da saúde materno-infantil<sup>5</sup>.

Considerando a importância da vigilância do desenvolvimento infantil para a saúde coletiva, o Projeto Multicampi Saúde da Criança foi criado em 2018 com o objetivo de integrar discentes de dez cursos da Universidade Federal do Pará (UFPA) aos serviços de atenção à saúde da criança. São eles: enfermagem, nutrição, odontologia, fisioterapia, medicina, biomedicina, farmácia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

A vigilância do desenvolvimento está presente nos currículos de diferentes Cursos de Terapia Ocupacional (TO). No projeto pedagógico do Curso de TO da UFPA, por exemplo, há previsão de aplicação do conhecimento básico em semiologia da clínica materno-infantil nas ações da AB<sup>6</sup>. A isso, soma-se o fato de a atenção terapêutica ocupacional à infância ser uma das áreas de atuação mais bem estruturadas e desenvolvidas da profissão<sup>7</sup>. Terapeutas

ocupacionais, ao avaliar o desenvolvimento infantil global e ao promover a participação em ocupações infantis, contribuem para o desenvolvimento físico, cognitivo, social e afetivo da criança, o que influencia diretamente na saúde e no bem-estar infantil e da família<sup>7</sup>. Logo, a presença desse profissional em contexto de AB se faz valiosa para promoção do pleno desenvolvimento infantil e desenvolvimento ocupacional.

Um estudo com objetivo de fomentar ações voltadas ao desenvolvimento infantil na AB, por meio da formação de alunos do Curso de TO, indicou que o processo ensino-aprendizagem nesse contexto contribuiu para a interação dos estudantes com os usuários do serviço e com as equipes. Essa interação facilitou a compreensão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e potencializou as discussões sobre a atuação da TO na comunidade<sup>8</sup>. Esse estudo adotou como estratégia metodológica a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e das famílias usuárias de Unidades Básicas de Saúde (UBS), realizada pelos discentes a partir do uso de dinâmicas de grupo. Não foram relatadas ações voltadas para o uso da CC.

Apenas um estudo relatou a participação de estudantes de TO, com estudantes de outros cursos da saúde, em avaliação do desenvolvimento psicomotor com o suporte da CC<sup>9</sup>. Além disso, não foram encontrados estudos que relataram outras atividades desenvolvidas por terapeutas ocupacionais ou estudantes de TO no contexto da atenção primária à saúde da criança, tampouco com o suporte da CC, apenas estudos acerca da atuação de terapeutas ocupacionais em equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf) foram encontrados<sup>10</sup>.

Para suprir essa lacuna, esta pesquisa tem como objetivo descrever e analisar as ações e as atividades realizadas pelos estudantes de TO participantes do Projeto Multicampi Saúde da Criança à clientela de mães e crianças, pautadas na CC no contexto da AB.

## Metodologia

Pesquisa de caráter quantitativo, descritivo e retrospectivo, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, por meio do parecer de número 5.137.471, e realizada a partir dos diários de campo dos discentes do curso de TO que participaram do Projeto Multicampi Saúde da Criança, no período de junho de 2019 a dezembro de 2021.

Cada diário de campo foi lido por dois pesquisadores, buscando-se extrair dos documentos as ações/atividades realizadas pelos estudantes durante o tempo de participação no projeto. Os dados foram organizados em planilhas eletrônicas, e as ações/atividades foram categorizadas segundo os procedimentos:

1. Orientação: instrução, explicação ou aconselhamento a gestantes ou mães, pais e familiares da criança.
2. Consulta de vigilância do desenvolvimento: avaliação do crescimento e do desenvolvimento da criança durante a consulta.
3. Educação em saúde: ações educativas direcionadas à população geral frequentadora dos serviços de saúde.
4. Visita domiciliar: atendimento à criança e à família realizada em domicílio.
5. Mapeamento dos serviços: busca e descrição dos serviços de saúde vinculados à UBS ou à Estratégia Saúde da Família (ESF) nas quais as atividades eram desenvolvidas.
6. Programa Saúde na Escola: atividades de vigilância do desenvolvimento infantil e de educação em saúde realizadas nas escolas vinculadas aos serviços de saúde nos quais as atividades eram desenvolvidas.

7. Grupos terapêuticos: atendimentos voltados a um grupo de pessoas com características ou problemáticas semelhantes.

8. Apoio matricial: atividades voltadas ao processo de educação permanente dos profissionais da AB (ACS e equipe da ESF).

9. Reuniões de equipe: participação em reuniões com a equipe de saúde para planejamento.

Os dados foram analisados durante o período de abril a maio de 2022. Utilizou-se

estatística simples para identificar a frequência da ocorrência de cada categoria de ações/atividades realizadas.

## Resultados

Foram analisados 37 diários de campo dos discentes de TO que participaram do Projeto Multicampi em 5 municípios (Belém, Cametá, Castanhal, Abaetetuba e Bragança) do estado do Pará. A maioria dos diários de campo foi de alunos da capital, Belém, conforme pode ser visualizado no *quadro 1*.

Quadro 1. Quantidade de diários de campo por município

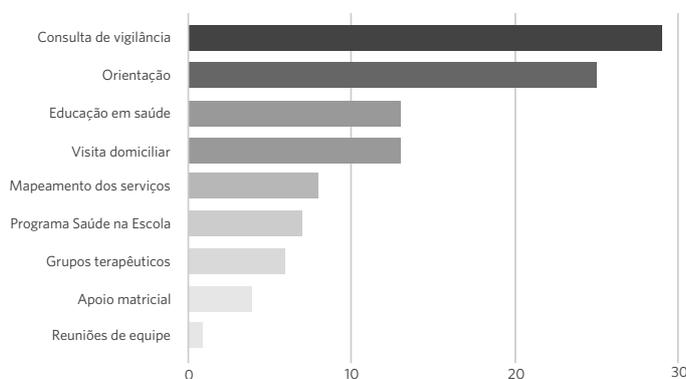
Município	Quantidade de diários de campo
Belém	30
Castanhal	3
Cametá	2
Bragança	1
Abaetetuba	1

Fonte: elaboração própria.

Para fins de identificar os principais procedimentos realizados durante a execução do projeto, contabilizou-se a quantidade de

diários de campo que registraram os procedimentos descritos anteriormente. O *gráfico 1* apresenta os dados de registro.

Gráfico 1. Procedimentos registrados nos diários de campo



Fonte: elaboração própria.

Observou-se que o procedimento mais citado pelos discentes foi a consulta de vigilância do desenvolvimento, sendo relatado em 29 diários de campo, responsável por 27,4% dos procedimentos registrados. O segundo procedimento mais realizado foi o de orientação aos pais e familiares, com 25 registros (23,6%). As principais temáticas abordadas nessas orientações eram: cuidados do pré-natal; aleitamento materno; cuidados básicos com a criança; marcos do desenvolvimento infantil; importância das consultas de vigilância do desenvolvimento; importância do vínculo entre a mãe e a criança e dos laços familiares e sociais para o desenvolvimento saudável; importância do brincar para o desenvolvimento infantil; tipos de violência contra a criança e consequências para o desenvolvimento infantil; e principais tipos de acidentes que ocorrem na infância e como evitá-los.

As ações de educação em saúde e de visita domiciliar apresentaram 13 registros cada (12,3% cada). As ações de educação abordaram os seguintes temas: principais agravos prevalentes na infância; serviços e vitaminas; qualidade de vida durante a gestação; desenvolvimento infantil; alimentação e suplementação; direitos da gestante; aleitamento materno; e prevenção de acidentes na infância.

O procedimento de mapeamento dos serviços que compõem a rede de atenção à saúde da criança esteve presentes em 8 diários de campo (7,5%), seguido do Programa Saúde na Escola com 7 (6,6%) e dos grupos terapêuticos com 6 relatos (5,7%).

Por fim, o apoio matricial no processo de educação permanente dos profissionais da AB e a reunião de equipe foram os procedimentos com menores registros, apenas, 4 (3,8%) e 1 (0,9%) respectivamente.

## Discussão

O Projeto Multicampi Saúde da Criança visava à experiência dos alunos em serviços de AB em seis municípios: Abaetetuba, Belém, Bragança,

Cametá, Castanhal e Soure. Houve a participação de discentes de TO em cinco desses municípios, com maior concentração em Belém, capital do estado do Pará, devido às suas atividades acadêmicas. Entretanto, a presença de discentes desse curso em quatro cidades do interior do estado mostra-se relevante quando se observa a ausência de profissionais terapeutas ocupacionais na atenção básica à saúde nesses municípios. Dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde indicam que, em Abaetetuba, não há terapeuta ocupacional em nenhuma das 19 UBS; o dado se repete em Cametá e suas 26 UBS. Em Bragança, que apresenta 31 Unidades de Saúde da Família (USF) e 3 Nasf, foi encontrado apenas um terapeuta ocupacional; e em Castanhal, que conta com 37 USF, 3 USB e 2 Nasf, há apenas dois terapeutas ocupacionais<sup>11</sup>.

Esses dados podem ser reflexo da legislação acerca da AB que, apesar de prever a participação de terapeutas ocupacionais nos serviços<sup>12</sup>, não os garante enquanto membros da equipe mínima<sup>13</sup>. Porém, em uma revisão de literatura acerca da atuação terapêutica ocupacional na AB, apontou-se que o papel desse profissional é visto como indispensável nesse contexto, já que atua diretamente no cotidiano dos sujeitos, ressignificando vidas, favorecendo o desenvolvimento humano e comunitário<sup>10</sup>. O Projeto Multicampi Saúde da Criança, portanto, apresenta relevância formativa e, também, social ao permitir a interiorização de discentes desse curso.

Com relação aos procedimentos, observa-se que a maior parte foi de consultas de vigilância do desenvolvimento, seguidos de orientação, educação em saúde e visita domiciliar. O mapeamento dos serviços, o programa saúde na escola, os grupos terapêuticos e o apoio matricial aparecem em menor proporção. Já a participação em reuniões de equipe foi coletada em apenas um diário de campo. Como citado anteriormente, não foram encontradas pesquisas anteriores que relatassem a atuação terapêutica ocupacional na AB no contexto específico da saúde da criança, entretanto,

diferentes estudos acerca da atuação desse profissional em Nasf e ESF apontam que ele desenvolve papéis específicos, bem como atribuições de apoio à equipe multiprofissional<sup>10,14,15</sup>. Entre as ações mais observadas por Chagas e Andrade<sup>15</sup>, estão: visita domiciliar, sala de espera, participação em reuniões com a equipe e atendimentos em grupo, corroborando, parcialmente, os achados desta pesquisa. Correa et al.<sup>10</sup> citam a realização de avaliações, orientações, adaptação no domicílio, prescrição de acessórios de Tecnologia Assistiva (TA), e treino de Atividades de Vida Diária (AVD), sendo as orientações e as avaliações de desenvolvimento infantil (nas consultas de vigilância) também encontradas nesta pesquisa em grande quantidade.

Uma ação de destaque diz respeito à consulta de vigilância do desenvolvimento infantil, procedimento de maior ocorrência nesta pesquisa, na qual, ao avaliar se o crescimento e o desenvolvimento se encontram dentro dos marcos esperados, é possível acompanhar o processo saúde-doença em nível individual (ou clínico) e coletivo (epidemiológico)<sup>16</sup>. Em países de baixa renda, como o Brasil, as ações de vigilância se tornam ainda mais importantes, pois “investimentos eficazes de desenvolvimento na primeira infância podem reduzir as desigualdades perpetuadas pela pobreza, má nutrição e acesso à educação”<sup>17(955)</sup>. Terapeutas ocupacionais têm amplo conhecimento acerca do desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo, social e ocupacional das crianças, e têm atuado no campo da infância, sendo essa uma das áreas de maior desenvolvimento da profissão<sup>7</sup>. Além disso, também têm contribuído para a elaboração de instrumentos de vigilância do desenvolvimento infantil<sup>18</sup>, colocando esse profissional em uma posição de conhecimentos estratégicos no contexto da atenção primária à saúde das crianças, o que ainda não se reflete na oferta de serviços terapêuticos ocupacionais nesse contexto. Refletir acerca da inserção desse profissional torna-se ainda mais relevante quando se observa que a vigilância do desenvolvimento infantil no Brasil

ainda é negligenciada pela gestão central e pelas unidades locais de assistência<sup>16</sup>. Portanto, inserir estudantes de graduação nesse contexto, estimulando reflexões e ações nesse campo, contribui para a formação de profissionais atentos para os riscos ao desenvolvimento e para a prevenção de agravos.

Destaca-se, igualmente, que a orientação familiar é um importante atributo na atenção primária à saúde; e, especialmente quando se refere à atenção à saúde da criança, estudos apontam que a qualidade do cuidado foi significativamente mais bem avaliada em crianças que recebiam o cuidado com esse enfoque quando comparada às crianças que não recebiam o cuidado associado à orientação familiar<sup>19</sup>.

Ainda entre as atividades mais citadas, encontram-se aquelas relacionadas com a educação em saúde, também encontrada em outros estudos e com ampla utilização (70%)<sup>14,15,20,21</sup>. As ações de educação em saúde nas salas de espera foram descritas como potencializadoras de um vínculo maior entre os profissionais/serviço de saúde e a comunidade; e, quando realizadas pelos discentes, proporcionaram a aplicação dos conceitos de saúde coletiva<sup>15,20,21</sup>.

As visitas domiciliares também foram bastante referidas pelos discentes participantes do Projeto Multicampi Saúde da Criança. Essa estratégia de atenção, similarmente, foi observada em outros estudos<sup>10,14</sup>, apontada como 80% das ações de terapeutas ocupacionais<sup>14</sup>, sendo a mais citada. Esses autores indicam que o domicílio do usuário configura-se como um local potencial para obter melhores resultados, uma vez que é o contexto no qual se encontram os fatores e as condições reais do usuário. Correa et al.<sup>10</sup> destacam a presença de terapeutas ocupacionais nas visitas domiciliares, pois esses profissionais são aqueles que reorganizam hábitos, rotinas, papéis sociais e atividades de vida diária, para assim promover atividades significativas no contexto real e manutenção da saúde, o que mais uma vez reforça a importância desse profissional nas equipes de AB.

Embora o mapeamento dos serviços, o Programa Saúde na Escola, os grupos terapêuticos, o apoio matricial e a participação em reuniões de equipe tenham sido observados em menor número, tais estratégias também são encontradas em outros estudos. Os terapeutas ocupacionais que participaram do estudo de Chagas e Andrade<sup>15</sup> apontam que o matriciamento está ganhando mais espaço, e sendo mais efetivo e articulado com a equipe de saúde; além disso, destacam que é possível estabelecer práticas específicas de TO dentro de grupos desenvolvidos com outros profissionais. Correa et al.<sup>10</sup> apontam para o desenvolvimento de atividades em grupos que auxiliam na organização da vida e atuam na rotina de grávidas e crianças autistas, assim como foi possível observar nessa pesquisa grupos cujas populações eram grávidas e mães. Embora as ações nas escolas tenham sido citadas em outros estudos<sup>10,15</sup>, elas não são descritas de forma clara. Nos diários de campo utilizados nesta pesquisa, foram observadas avaliações do crescimento e desenvolvimento infantil e palestras para o público infantil e adolescente.

Ainda que apenas um discente tenha relatado a participação em reuniões de equipe, essa ação foi encontrada como uma das mais citadas em outros estudos<sup>10,15</sup>. A reunião em equipe é descrita como fundamental, pois nela ocorrem o planejamento e a definição das ações e atividades. Infere-se que, pelo fato de os discentes não fazerem parte da equipe efetiva dos dispositivos nos quais o projeto foi realizado, e terem sua prática limitada em um período específico, estes não participaram das reuniões de equipe.

Observa-se que, com exceção da participação em reuniões de equipe, os discentes de TO desenvolveram ações que corroboram aquelas desenvolvidas por terapeutas ocupacionais da AB descritas na literatura da área, e que a CC proporcionou uma gama importante de ações nesse contexto.

Dessa forma, os dados aqui inseridos permitiram categorizar as ações de TO (isoladas ou em equipe interdisciplinar) à população

infantil no campo da AB, fechando um importante hiato na literatura nacional da profissão conforme apontado anteriormente. Os dados também sugerem que a variedade de ações possíveis aponta para diferentes formas de inserção da TO no contexto da AB, combinando conhecimentos exclusivos e práticas multi e interdisciplinares.

## Considerações finais

Os discentes de TO participantes do Projeto Multicampi Saúde da Criança puderam desenvolver ao menos nove categorias de ações de saúde à clientela de mães e crianças, pautadas na CC. A oportunidade de participar das estratégias de AB, na capital e no interior, somaram conhecimentos teóricos à experiência prática ao percurso formativo do aluno, em um contexto de inserção do território e de prática multi e interdisciplinar, cerne desse nível de atenção à saúde, embora não seja possível inferir o efeito da participação neste projeto nas competências profissionais dos discentes participantes. Verifica-se que as ações, mesmo quando multidisciplinares, possibilitam a interface com os conhecimentos específicos da profissão, bem como se observa a importância dessa área do conhecimento dentro da equipe multiprofissional no que tange à atenção à saúde da criança. Sugere-se que estudos futuros busquem examinar o impacto desse tipo de projeto na formação dos discentes a partir de instrumentos avaliativos.

## Colaboradoras

Paixão GM (0000-0001-9479-2659)\* contribuiu para supervisão da pesquisa de campo, elaboração do texto, análise de dados e revisão do texto. Costa NC (0000-0002-0110-507X)\* contribuiu para análise dos dados. Vieira ACS (0000-0002-7134-9926)\* contribuiu para supervisão da pesquisa de campo, elaboração e revisão do texto. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Blanco e Silva F, Gaíva MAM, Mello DF. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(2):407-14.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Nova versão da Caderneta da Criança será enviada para todo o Brasil. [acesso em 2022 maio 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/janeiro/nova-versao-da-caderneta-da-crianca-sera-enviada-para-todo-o-brasil>.
3. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(3):583-595.
4. Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS, et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(2):585-597.
5. Freitas JLG, Pereira PPS, Moreira KFA, et al. Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. *Rev Bras Promoç Saúde.* 2019; (32):1-10.
6. Universidade Federal do Pará. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. [acesso em 2022 maio 3]. Disponível em: <https://www.ffto.ufpa.br/index.php/projeto-pedagogico>.
7. Folha DRSC, Barba PCSD. Produção de conhecimento sobre terapia ocupacional e ocupações infantis: uma revisão de literatura. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* 2020; 28(1):227-245.
8. Barba PCSD, Barros VM, Luiz EAM, et al. A Terapia Ocupacional em um processo de capacitação sobre vigilância do desenvolvimento infantil na atenção básica em saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar.* 2017; 25(1):223-233.
9. Oliveira LL, Costa VMR, Requeijo MR, et al. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. *Rev. paul. pediatr.* 2012; 30(4):479-85.
10. Correa RFO, Mendes ALR, Medeiros SB, et al. Atuação do terapeuta ocupacional no núcleo de apoio à saúde da família. *Res., Soc. Dev.* 2021; 10(10):1-8.
11. Cadastro Nacional de Estabelecimentos da Saúde. Home. [acesso em 2022 maio 3]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. [acesso em 2022 maio 3]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html).
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 18/2019. Estabelece regras para o cadastramento das equipes da Atenção Básica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica. [acesso em 2022 maio 3]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018\\_10\\_01\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2019/prt0018_10_01_2019.html).
14. Lima ACS, Falcão IV. A formação do terapeuta ocupacional e seu papel no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do Recife, PE. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar.* 2014; 22(1):3-14.
15. Chagas MF, Andrade MFLO. Atuação do terapeuta ocupacional no NASF: reflexões sobre a prática. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* 2019; 3(4):569-583.
16. Caminha MFC, Silva SL, Lima MC, et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Rev. paul. pediatr.* 2017; 35(01):102-109.
17. Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: estudo de intervenção

- com enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(5):954-62.
18. Moreira RS, Magalhães LC, Siqueira CM, et al. Adaptação Transcultural do instrumento de vigilância do desenvolvimento infantil “Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)” no contexto brasileiro. J Hum Growth Dev. 2019; 29(1):28-38.
19. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à saúde da criança. Ciênc. Saúde Colet. 2016; 21(1):119-127.
20. Feitosa ALF, Silva RL, Santos KSO, et al. Sala de espera: estratégia de educação em saúde no contexto da atenção básica. Rev. Bra. Edu. Saúde. 2019; 9(2):67-70.
21. Flexa NS, Camargo RBI, Nogueira SP, et al. A terapia ocupacional no contexto da educação em saúde: um relato de experiência. Temas em Educ. e Saúde. 2021; (17):1-8.
- 

Recebido em 06/05/2022

Aprovado em 24/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Profile and knowledge of Brazilian Amazon Primary Health Care professionals on maternal and child health

## *Perfil e conhecimento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde da Amazônia brasileira sobre saúde materno-infantil*

Bruna Melo Amador<sup>1</sup>, Emanuele Rocha da Silva<sup>2</sup>, Víctor Almir Leão Fortunato<sup>2</sup>, Raissa Lorrana Bronze Coelho<sup>2</sup>, Katiane da Costa Cunha<sup>3</sup>, Aurimery Gomes Chermont<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E502

**ABSTRACT** This study aimed to evaluate the social and professional profile and knowledge of Primary Care professionals on maternal and child health. Cross-sectional descriptive study, from May to July 2018. It included 30 nurses and 73 Community Health Workers (CHW) from the municipality of Bragança, Pará. The form had three phases: participants' profile; close-ended questions on their profile, knowledge and resourcefulness on the First Week of Integral Care guideline; and four open-ended questions. Quantitative data was analyzed through Microsoft Office Excel<sup>TM</sup> 2016, as qualitative data was arranged through word clouds and similarity trees in IRaMuTeQ<sup>TM</sup>. The majority of nurses and CHW were female (70.9%) and worked in urban areas (60.2%), as 40% of nurses were graduated recently, with an 80% specialization courses, and 83.6% CHW had completed high school. On both categories, 82.5% did not know the First Week of Integral Health guideline, although the word clouds and similarity trees had shown that several national standardized orientations were provided. First Week of Integral Care guidelines' insufficient knowledge by nurses and CHW in the municipality points to fragility in Primary Care on maternal and child health. Although basic orientations are provided, improvement is necessary.

**KEYWORDS** Primary Health Care. Family Health Strategy. Postpartum period. Newborn.

**RESUMO** Este estudo buscou avaliar o perfil socioprofissional e o conhecimento de profissionais da atenção primária sobre saúde materno-infantil. É um estudo transversal descritivo, realizado de maio a julho de 2018. Incluiu 30 enfermeiros e 73 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Bragança, Pará. O formulário possuiu três fases: perfil dos participantes; perguntas fechadas sobre perfil, conhecimento e habilidade sobre a diretriz Primeira Semana de Saúde Integral; e quatro perguntas abertas. Os dados quantitativos foram analisados por meio do Microsoft Office Excel<sup>TM</sup> 2016, enquanto os dados qualitativos foram organizados por meio de nuvens de palavras e árvores de similaridades no IRaMuTeQ<sup>TM</sup>. A maioria dos enfermeiros e ACS eram mulheres (70.9%) e trabalhavam em áreas urbanas, enquanto 40% dos enfermeiros formaram-se recentemente, sendo 80% por cursos de especialização; 83% dos ACS possuíam ensino médio completo. Em ambas as categorias, 82.5% não conheciam a diretriz da Primeira Semana de Saúde Integral, embora as nuvens de palavras e as árvores de similaridade tenham mostrado que várias orientações padronizadas nacionalmente eram fornecidas. O conhecimento insuficiente da diretriz Primeira Semana de Saúde Integral por parte dos ACS e enfermeiros do município indica a fragilidade da atenção básica na saúde materno-infantil. Ainda que sejam fornecidas orientações básicas, há necessidade de melhora na qualidade do serviço.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Período pós-parto. Recém-nascido.

<sup>1</sup>Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (Santa Casa PA) - Belém (PA), Brazil  
bruna.amador@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) - Belém (PA), Brazil.

<sup>3</sup>Universidade do Estado do Pará (Ueapa) - Belém (PA), Brazil.

## Introduction

Maternal and child mortality is a major public health problem, notoriously severe in developing countries, where 94% of maternal deaths were reported by the World Health Organization, from 2000 to 2017<sup>1</sup>. Brazilian mortality data indicate higher rates related to black women, low-income, and low access to assistance, elucidating that there is a discrepancy among the affected populations<sup>2</sup>. The Northern region has one of the highest maternal and infant mortality rates, with highlights to the state of Pará, in which there were 15.4 infant deaths per thousand live births in 2018 – higher than the national rate, which was 12.35<sup>3</sup>.

In this sense, the Ministry of Health proposes actions that compose the First Week of Integral Health (PSSI) guideline, a protocol of attention that aims to provide integral and multiprofessional care to the puerperal mother and the newborn during the first week after birth, in order to identify signs of risk that may compromise the growth and healthy development of the newborn. It also guides the mother on the care with the newborn, encouraging breastfeeding, offering support to difficulties, checking vaccination and scheduling consultation, thus contributing to the reduction of child morbidity and mortality<sup>4</sup>.

Therefore, to provide such relevant assistance, each Primary Care team member's continuing training and education plays an essential role in these individuals' follow-up success, ensuring both physical and emotional comfort and preventing complications for both the mother and the child<sup>5,6</sup>. However, there are flaws in the quality of the attention provided by these professionals during the first week after birth, with very low or even non-existent home visit indicators<sup>7-10</sup>. In this context, Community Health Workers (CHW) tend to adopt their judgment to define risks, without the proper orientation of the nursing professional, who is responsible for leading the nursing team and has the attribution of supervising the CHW<sup>11,12</sup>.

Thereby, considering that it is important to intensify the studies about the particularities of the Primary Care professionals involved in maternal and child health, especially because Brazil is a developing country with high maternal and neonatal death rates, this study aimed to evaluate primary health professionals' social and professional profile, as well as their knowledge on maternal and child health, in the municipality of Bragança, state of Pará, in the Brazilian Northern region.

## Material and methods

### Study design and ethical aspects

A cross-sectional descriptive study, with a qualitative-quantitative approach, was carried out from May to July 2018. The Guide to Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) adapted to Portuguese was used for methodological procedures of the study<sup>13</sup>. This research complies with the requirements established in the Nuremberg Code and the Declaration of Helsinki<sup>14,15</sup> and was based on the basic principles of bioethics present in Brazilian Resolution No. 466/12 from the National Health Council<sup>16</sup>, which provides for research involving human beings. It has started after its approval by the Ethics and Research Committee of the Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, under code 2.568.908/2018 and Ethical Appreciation Presentation Certificate 84239918.2.0000.5171, and every participant signed the research informed consent form.

### Setting

The study occurred in the Basic Health Units (BHU) of the urban and rural areas from the municipality of Bragança, Pará, with an estimated population of 127,686 inhabitants, and located in the Northeast of the state, 210 kilometers from the state capital, Belém. The

municipality is territorially divided into six districts: Bragança, Vila do Conde, Caratateua, Nova Mocajuba, Tijoca, and Vila do Treme<sup>17</sup>.

Bragança and other 16 municipalities belong to the 4th Pará state's Regional Health Center, entitled Caetés' Health Region. The Municipal Health Department of Bragança offers 22 BHU, including 30 Family Health Strategy (FHS), of which 17 are in the urban area and 13 in the rural area. As established by the Ministry of Health, the municipality has 58 health teams, however, only 30 are registered and implemented, corresponding to a 60% coverage of the population.

As determined by the Ministry of Health, the municipal Primary Health Care (PHC) includes 43 nurses, from which 30 are active in the FHS. There is a team of generalists among the medical doctors in the FHS, from the Brazilian federal government program entitled 'Mais Médicos' (More Doctors Program). Also, there are 335 CHW, of which 306 are active in the municipality. Bragança also has five teams from the Community Health Workers Program (PACS), with five nurses and 53 CHW.

The municipality has one philanthropic and two private hospitals, all of them affiliated to the Unified Health System (SUS), two of which with a Neonatal Intermediate Care Unit (NIMCU) with 10 beds each, and one with a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) with 10 hospital beds. The high-risk prenatal clinic includes all the municipalities in Caetés' Health Region.

### Participants' selection and approach

A quantitative survey of nurses and CHW was performed through the National Register of Health Establishments<sup>18</sup>. To define the number of nurses and CHW who would participate in the research, the sample size was calculated using the Epi Info<sup>®</sup> software version 7.2.1.0. Considering a total population of 43 nurses and 306 CHW, a 95% confidence level, and a sample error of 10%, the software indicated a sample size of 30 nurses and 73 CHW for the study.

The research participants were 30 nurses and 73 CHW, which answered the research form, including active nurses linked to the Municipal Health Department and active CHW linked to any FHS in the municipality. Exclusion criteria were professionals who were not present at the service during the data collection period, nurses linked to any program or sector other than the FHS, and CHW linked to the researcher's PACS or FHS.

The research was presented to the nurses during a Primary Care team's usual professional meeting and they were invited by the researcher in person right after, through telephone contact or through cell phone application, afterward followed by scheduling for the form answering. As for the CHW, the nurse responsible for the FHS was asked to schedule a meeting between them and the researcher, during which the purpose of the study was explained and the participants were recruited.

### Data collection procedures

The research took place at the participants' BHU workplace and the Municipal Health Secretariat, after accepting and signing the informed consent form. It occurred using a semi-structured form for the nurses and CHW, in a place that maintained the participant's privacy and that did not interfere with the data collection.

The research form had three phases: the first phase corresponded to the participants' profile, presenting the variables gender, age group, graduation, academic background, length of service in PHC, and location of the FHS they worked. The second phase included their knowledge and resourcefulness of the PSSI, and the third phase contained four open-ended questions that changed whether the participant was a nurse or a CHW.

The open-ended questions applied to nurses included: "When you have the opportunity to assist the puerperal woman, what care do you examine, evaluate, and guide?", "When you have the opportunity to provide assistance to the

newborn, which care do you evaluate, examine and guide?”. The ones directed to CHWs form included: “When you have the opportunity to make the home visit to the puerperal woman, what care do you advise her to?”, “When you have the opportunity to make home visits to the newborns, what care do you check, record, guide and encourage the Family to?”.

## Data analysis

The data obtained were put in a Microsoft Office Excel™ 2016 dataset, as well as tabulated and analyzed using its statistical program. Closed questions were analyzed through the same software and presented as tables. The open-ended questions were categorized and quantified according to their frequencies using the IRaMuTeQ (Interface of R pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) software,

which generated word clouds and similarity trees.

## Results

According to the survey, most nurses (66.7%/n = 20) and CHW (57.5%/n = 42) works in urban areas. Women were the majority among the healthcare workers, corresponding to 66.7% (n = 20) of the total. For both genders, nurses showed to be younger, with the most prevalent age group between 25 and 30 years old (30%/n = 9), and the CHW (34.2%/n = 25) were 45 years of age or older. However, the majority of both categories declared one to five years of service time (79.6%/n = 86). In relation to academic background, 40% (n = 12) of nurses are recently graduates and 80% (n = 24) of the total have a specialization courses, as 83.6% (n = 61) CHW reported complete high school (table 1).

Table 1. Characterization of nurses and community health workers profile included. Bragança-PA municipality, Brazil, 2018

Identification	Nurses		CHW		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Area</b>						
Urban	20	66.7	42	57.5	62	60.2
Countryside	10	33.3	31	42.5	41	39.8
Total	30	100.0	73	100.0	103	100.0
<b>Gender</b>						
Female	20	66.7	53	72.6	73	70.9
Male	10	33.3	20	27.4	30	29.1
Total	30	100.0	73	100.0	103	
<b>Age Group (years)</b>						
20 to 24	0	0.0	0	0.0	0	0.0
25 to 29	9	30.0	6	8.2	15	14.6
30 to 34	6	20.0	12	16.4	18	17.5
35 to 39	7	23.3	12	16.4	19	18.4
40 to 44	3	10.0	18	24.7	21	20.4
45 years or older	5	16.7	25	34.2	30	29.1
Total	30	100.0	73	100.0	103	

Table 1. (cont.)

Identification	Nurses		CHW		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Time of service (years)</b>						
1 to 5	14	46.7	68	93.2	82	79.6
6 to 10	6	20.0	3	4.1	9	8.7
11 to 15	6	20.0	1	1.4	7	6.8
Over 15	4	13.3	1	1.4	5	4.9
Total	30	100.0	73	100.0	103	
<b>Academic Background</b>						
Undergraduate	6	20.0	-	-	-	-
Specialization courses	24	80.0	-	-	-	-
Master degree	0	0.0	-	-	-	-
Doctorate degree	0	0.0	-	-	-	-
Total	30	100.0	-	-	-	-
<b>Schooling</b>						
Primary School	-	-	1	1.4	-	-
High School	-	-	63	86.3	-	-
Undergraduate	-	-	9	12.3	-	-
Postgraduate	-	-	0	0.0	-	-
Total	-	-	73	100.0	-	-

Source: Data survey.

CHW: Community Health Workers.

Regarding their knowledge about the PSSI, most nurses and CHW did not know the guidelines. The majority (56.7%/n = 17) provided postpartum assistance to the puerperal patients and the newborns within 15

days, only 56.7% (17) ensuring ambulatory care. Nevertheless, CHWs home care performed assistance was lower, with 43.8% (n = 32) occurring up to seven days after the childbirth, alone (table 2).

Table 2. Nurses' and Community Health Workers' knowledge about the First Week of Integral Health in the city of Bragança-PA/Brazil, 2018

Knowledge about the First Week of Integral Health guideline	Nurses		CHW		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>Do you know about the PSSI guidelines?</b>						
Yes	5	16.7	13	17.8	18	17.5
No	25	83.3	60	82.2	85	82.5
Total	30	100.0	73	100.0	103	100.0

Table 2. (cont.)

Knowledge about the First Week of Integral Health guideline	Nurses		CHW		Total	
	N	%	N	%	N	%
<b>How long after childbirth can you assist the puerperal patient and the newborn?</b>						
Up to 7 days after	2	6.7	32	43.8	34	33.0
7 to 10 days	3	10.0	12	16.4	15	14.6
Up to 15 days after	17	56.7	26	35.6	43	41.7
30 days	7	23.3	3	4.1	10	9.7
42 days or more	1	3.3	0	0.0	1	1.0
Total	30	100.0	73	100.0	103	100.0
<b>Which is your assistance category?</b>						
Home care	3	10.0	-	-	-	-
Ambulatory care	17	56.7	-	-	-	-
Both	10	33.3	-	-	-	-
Total	30	100.0	-	-	-	-
<b>Which professionals share the care of the puerperal patient and the newborn with you?</b>						
Only CWH	11	36.7	2	2.7	13	12.6
CWH and other	2	6.7	1	1.4	3	2.9
Physicians, CHW and others	1	3.3	1	1.4	2	1.9
Nurses	0	0.0	7	9.6	7	6.8
None	16	53.3	62	84.9	78	75.7
Total	30	100.0	73	100.0	103	100.0

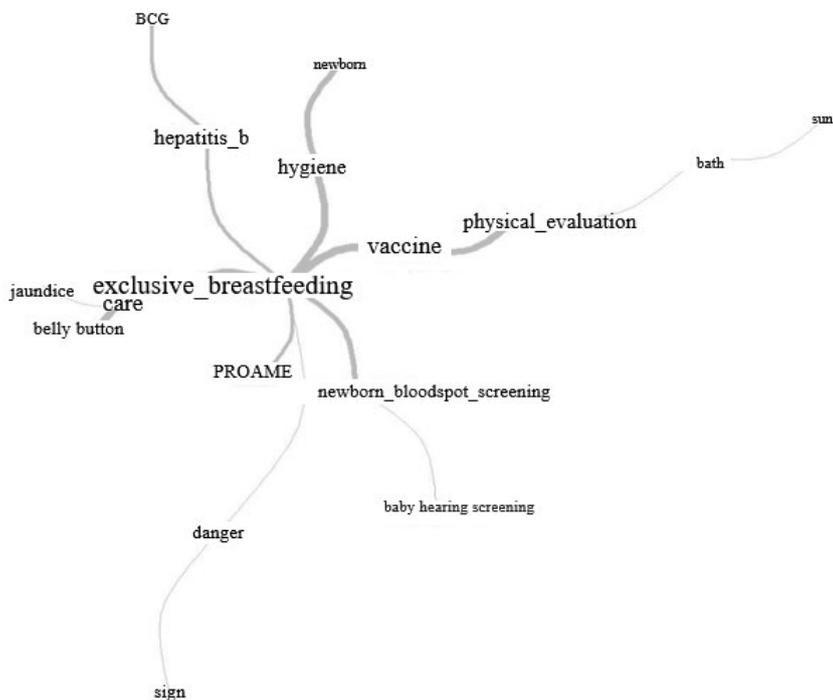
Source: Data survey.

PSSI: First Week of Integral Health; CHW: Community Health Workers.

When it comes to the word clouds, the one derived from the nurses' destined question: "When you have the opportunity to assist the puerperal woman, what care do you examine, evaluate, and guide?" the most mentioned words were: feeding (n = 22), care (n = 18), breast (n = 16), exclusive breastfeeding (n = 15), hygiene (n = 13), surgical wound (n = 12), lochia (n = 11), and reproductive period (n =

10). As for the similarity tree to the question "When you have the opportunity to provide assistance to the newborn, what care do you examine, measure, and guide the Family to?", exclusive breastfeeding was the center of the picture (n = 22), interconnected to: vaccine, care and hygiene (n = 17), physical exam (n = 15), navel (n = 13), and newborn screening test (n = 11) (figure 1).

Figure 1. Similarity tree designed by the IRaMuTeQ platform, based on the answers given by the Primary Health Care nurses to the question: “When you have the opportunity to provide assistance to the newborn, what care do you examine, evaluate, and advise the Family to?”



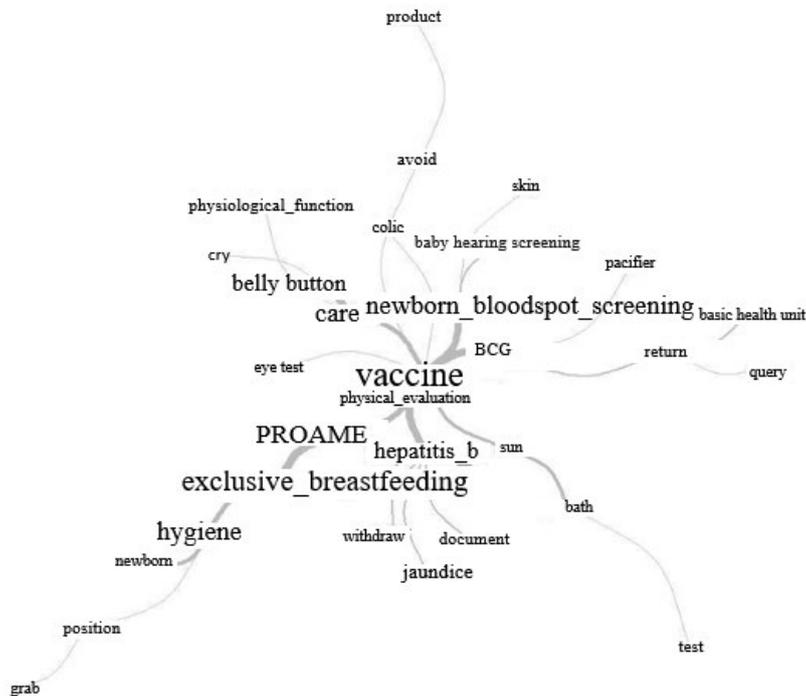
Source: The authors.

BCG: Bacille Calmette-Guerin vaccine; PROAME: Program to Encourage Exclusive Breastfeeding.

As for the CHWs answers to the question “When you have the opportunity to make the home visit to the puerperal woman, what care do you advise her to?” were: care (n = 41), nutrition (n = 38), hygiene (n = 37), BHU appointment and return (n = 35), exclusive breastfeeding and Program to Encourage Exclusive Breastfeeding (PROAME) (n = 31), postpartum period (n = 17), bleeding (n = 16), surgical wound (n = 14), position

and ideal position for breastfeeding (n = 11). Also, their replies to the question “When you have the opportunity to give home care to the newborn, what care do you suggest to the family?” were: vaccine (n = 52) in the center, connecting the other words: exclusive breastfeeding (n = 51), PROAME, newborn screening test and BCG (n = 50), Hepatitis B (n = 49), care, navel and hygiene (n = 40) (figure 2).

Figure 2. Similarity tree designed by the IRaMuTeQ platform, based on the answers given by the CHWs to the question: "When you have the opportunity to give home care to the newborn, what care do you advise?"



Source: The authors.

BCG: Bacille Calmette-Guerin vaccine; PROAME: Program to Encourage Exclusive Breastfeeding.

## Discussion

There was a greater quantity of family health strategy professionals working in the municipality' urban area, which can be justified due to the 17,200 households located in it following the Brazilian Ordinance No. 2,436 of September 21, 2017, which approves the National Primary Care Policy and recommends that the FHS functioning must follow the population profile, vulnerabilities, risks, and the community dynamics<sup>19</sup>. Furthermore, in the last decades, an inversion in the proportion of household situation of Bragança population has happened, when urban zone residency started to prevail, although the majority of the population of the state of Pará resides in rural areas<sup>20,21</sup>.

The elements that make up the sociodemographic and educational profile of this sample are consistent with those characteristics found among health professionals in other studies<sup>22-27</sup>. When observing the CHW and nurses work time of one to five years, the PSSI unfamiliarity was unexpected, as it is a health policy implemented since 2004, and active search and health care activities for mothers and their newborns must be carried out. Furthermore, the survey measured the frequency of the CHWs' and nurses' home care in the first week after discharge, and showed lower frequency of nurses visit, although the PSSI recommends attributing a strategic nature to these programme actions. However, the qualitative data of the research showed they can provide several orientations on the subject to the family.

Thereby, in a study developed by Silva et al.<sup>28</sup> in the city of Recife, Brazil, women's care during home visits and the participation of physician and/or nurse with CHW in the visits resulted in a significantly higher accomplishment of breast examination, abdomen, and stitches exam. Such find opposes the present research result, in which the biggest part of home care is done only by CHW, bringing losses for the women's health during the period.

It is notorious that ambulatory care cannot get the better possible results as home care would, since home care must be understood as an important educational method<sup>29</sup>. Besides, this supports the fact that the CHWs, as part of the community, approximate their communities with the formal health system, persuading community members of the value of the clinic<sup>28</sup>. However, researchers suggested<sup>1,2</sup> the nurses' choice to perform outpatient care was due to the fact that they consider it is possible to guarantee postpartum care in ambulatory care<sup>29,30</sup>.

Amongst the cares proposed to the puerperal patient, there are: physical exam and general condition, complaints, besides presence of danger signs such as: fever, purulent secretions, bleeding assessment, aspect of surgical scar, breastfeeding, emotional condition, hygiene, family planning, healthy eating, and appointment scheduling at the BHU after one month postpartum<sup>29</sup>. Considering the fact that 17.5% of the professionals in the study knew the PSSI guidelines, and through the word clouds method used in this study, it was possible to notice that the answers of some nurses and CHW are in line with the PSSI. However, these cares need to be put into practice by the healthcare professionals at the PHC.

When providing care to the puerperal woman and the newborn, especially in the first week of life, the risk factors for infant mortality in the early neonatal period should be considered, among which are low birth weight, prematurity and post-term, age, and low maternal education<sup>28,31</sup>. Furthermore, the municipality has an 18.01% birth rate and a total number of perinatal deaths in the historical series

from 2011 to 2016 of 454 cases in the Caetés' Health Region, of which 119 (26.2%) were in Bragança<sup>32</sup>. Regarding maternal deaths, according to records from Brazil (2018), 46 deaths were reported from 2011 to 2016 in the region, ten of which (21.7%) occurred in Bragança<sup>33</sup>. Within the postpartum period of up to 42 days, 21 deaths were recorded in the region in the period, with seven (33.3) in the municipality<sup>34</sup>. In this context, these data point to the importance of training and continuing education of the professionals responsible for the binomial in the locality<sup>28</sup>.

Therefore, in line with the necessity to reverse the exposed problem, it can be inferred that there is a high concern about the orientation of puerperal on the topic, fact proven by the presence of the expression 'exclusive breastfeeding', often linked to the word 'PROAME', as the core of the nurses similarity tree. The finding was consistent with studies<sup>4,29</sup> which point out the importance of frequent orientation to the puerperal and family members on breastfeeding, the nurses performance in raising awareness of the illustrated problem is ratified.

However, the mention of some topics related to physical evaluation in the PSSI guidelines, such as 'bloodspot test', 'hygiene', 'care', and 'navel', indicates superficial knowledge about the subject. Therefore, there are gaps in the performance of CHW, mainly regarding a complete and consistent theoretical formation for the physical evaluation of the newborn during home visits<sup>36</sup>. In this scenario, the lack of knowledge of the guidelines by Primary Care professionals points to an assistance model with weaknesses and points to the need to strengthen the continuing education process, both as a form of theoretical and technical support during healthcare, as well as for strengthening health education actions for the public served<sup>37,38</sup>. This finding is also evidenced in other studies, which point out that the academic formation and training of health professionals interfere in the practice of health education and in the care service<sup>37,39</sup>.

Therefore, greater involvement of professionals in practices of education, prevention, promotion, and group approaches should be encouraged and incorporated into the daily life of the FHS, enabling the qualification of care through interprofessionality<sup>37</sup>. The adoption of these practices would also provide more resolute assistance, with a potential impact on avoidable maternal and perinatal deaths in the studied region<sup>40</sup>.

Limitation can be cited on this study, such as the single centered experience and the qualitative data analysis procedure, that unabled to present the speeches of professionals in their entirety.

## Conclusions

Despite having an executable nationally standardized practical application, the First Week of Integral Care guideline shows insufficient application by nurses and CHW, in the Amazon municipality of Bragança. It occurred due to multifactorial reasons, such as age, gender, work environment, academic background, graduation format, worktime, and socioprofessional profile. It is understood that most nurses and CHW work in urban areas, are women newly graduated from professional courses, that have been in the labour market just for one to five years, configuring recent professionals in the job market. The insufficient application of the guideline shows not only the lack of healthcare in the community, but also the absence of continuing training of these professionals, which ends up perpetuating

inadequate care practices and maintaining a cycle of erroneous learning for the new generation of professionals that are emerging. Several reasons contributed to the results found in the study, such as age, gender, work environment, academic background, graduation format, work time, and socio-professional profile. The provision of continuing education to these professionals could improve these data, and greater monitoring of their workflow statistics is necessary since effective assistance would have an impact on the public health, considering the ongoing high maternal and neonatal mortality rates in the region.

## Collaborators

Amador BM (0000-0001-6441-7399)\* contributed to the design and planning of the study, collection, analysis and interpretation of data, preparation of the draft and critical review of the content, and participated in all versions of the manuscript. Silva ER (0000-0002-9109-4158)\*, Fortunato VAL (0000-0002-3597-7634)\* and Coelho RLB (0000-0001-6431-7988)\* contributed to the collection, analysis and interpretation of data, preparation of the draft and critical revision of the content, as well as participating in all versions of the manuscript. Cunha KC (0000-0001-5361-5090)\* and Chermont AG (0000-0001-8715-3576)\* contributed to the design and planning of the study, critical review of the content, as well as participating in all versions of the manuscript. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## References

- World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division: executive summary. *Who.int*. [accessed 2019 Mar 25]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327596>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2004.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Taxa de mortalidade infantil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
- Lucena DBA, Guedes ATA, Cruz TMAV, et al. Primeira semana de saúde integral do recém-nascido: ações de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha de Enferm.* 2018; (39):e2017-0068.
- Lopes GA, Pfaffenbach G, Castro CP. Consulta de enfermagem no puerpério na atenção básica: uma revisão de literatura. *Ciênc. Inovação.* 2021; 6(1).
- Ferreira Júnior AR, Albuquerque RAS, Moreira DG, et al. Atuação do enfermeiro na visita domiciliar puerperal: perspectivas sobre o papel profissional. *Rev. Baiana de Saúde Pública.* 2021; 43(3).
- Oscar MCB, Simão DAS, Ribeiro GC, et al. Neonatal visits in the first week of life in primary care: low prevalence and related factors. *Rev. Bras. Enferm.* 2022; 75(4).
- Pinto IR, Martins VE, Oliveira JF, et al. Adesão à consulta puerperal: facilitadores e barreiras. *Escola Anna Nery.* 2021; 25(2).
- Genovesi FF, Canario MA dos SS, Godoy CB, et al. Maternal and child health care: adequacy index in public health services. *Rev. Bras. Enferm.* 2020; 73(4).
- Baratieri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(11).
- Barros MMA, Mendes MLC, Frota LMA, et al. Acolhimento em unidade de atenção primária à saúde: potencialidades e desafios. *SANARE – Rev. Polít. Públicas.* 2018; 17(2).
- Nascimento FTM, Amaral IBDST, Souza TO. Guia de Trabalho para o Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Colet.* (Barueri). 2021; 9(50).
- Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enferm.* 2021; 34.
- Mainetti JA. Código de Nuremberg 1947. [accessed 2022 Jan 12]. Available at: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/codigo\\_nuremberg.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/codigo_nuremberg.pdf).
- Gandevia B, Tovell A. Declaração de Helsinki. [accessed 2022 Jan 12]. Available at: [https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/declaracao\\_de\\_helsinki.pdf](https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/declaracao_de_helsinki.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde. Resolução No. 466 de 12 de Dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União.* 12 Dec 2012.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: panorama - Bragança. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [accessed 2022 Jan 12]. Available at: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/braganca/panorama>.
- Fundação da Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisa. Radar de indicadores das regiões de integração. Pará: FAPESPA; 2017.
- Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília, DF: CNES; 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436. 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). *Diário Oficial da União.* 22 Sept 2017.

21. Brasil. Instituto de Desenvolvimento Econômico, Social e Ambiental do Pará. Estatística Municipal de Bragança. Pará: IDESA; 2011.
22. Garnelo L, Lima JG, Rocha ESC, et al. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde debate*. 2018; 42(esp1):81-99.
23. Queiroz DM, Oliveira LC, Araújo Filho PA, et al. Challenges and potentials of the production of comprehensive care in Primary Health Care in Brazil. *Rev. Bras. de Enferm.* 2021; 74(5).
24. Biff D, Pires DEP, Forte ECN, et al. Cargas de trabalho de enfermeiros: luzes e sombras na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020; 25(1).
25. Grossman Kahn R, Schoen J, Mallett JW, et al. Challenges facing community health workers in Brazil's Family Health Strategy: A qualitative study. *The Inter. J. Health Plann. Manag.* 2017; 33(2).
26. Siqueira VCA, Marques MAR, Cesario EMS, et al. Avaliação do processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma revisão da literatura / Evaluation of the work process in the family health strategy: a literature review. *Braz. J. Health Rev.* 2021; 4(1).
27. Gonçalves CS, Cesar JA, Marmitt LP, et al. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. *Rev Bras. Saúde Materno Infant.* 2019; 19(1).
28. Silva LLB, Feliciano KVO, Oliveira LNFP, et al. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da "Primeira Semana de Saúde Integral". *Rev Gaúcha Enferm.* 2016; 37(3):e59248.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: MS; 2004.
30. Garcia NP, Viana AL, Santos F, et al. The nursing process in postpartum consultations at Primary Health Care Units. *Rev. Esc. Enferm. da USP.* 2021; (55).
31. Paixão ES, Blencowe H, Falcao IR, et al. Risk of mortality for small newborns in Brazil, 2011-2018: A national birth cohort study of 17.6 million records from routine register-based linked data. *The Lancet - Am.* 2021; (3).
32. Brasil. Ministério da Saúde. Dados epidemiológicos – Pré-natal. Brasília, DF: DATASUS; 2020.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Óbitos fetais – Pará. Brasília, DF: DATASUS; 2020.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Óbitos em mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Pará. Brasília, DF: DATASUS; 2020.
35. Cheffer MH, Nenevê DA, Oliveira BP. Assistência de enfermagem frente às mudanças biopsicossociais da mulher no puerpério: uma revisão da literatura. *Ciênc. Saúde.* 2021; 6(2).
36. Mukunya D, Nankabirwa V, Ndeezi G, et al. Key Decision Makers and Actors in Selected Newborn Care Practices: A Community-Based Survey in Northern Uganda. *Inter. J. Env. Res. Public Health.* 2019; 16(10).
37. Ramos CFV, Araruna RC, Lima CMF, et al. Education practices: research-action with nurses of Family Health Strategy. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71(3).
38. Brito GEG, Mendes ACG, Santos Neto PM. O trabalho na estratégia saúde da família e a persistência das práticas curativistas. *Trab. Educ. Saúde.* 2018; 16(3).
39. Santos ROM, Romano VF, Engstrom EM. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpersonais e organização dos serviços. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2018; 28(2).
40. Freitas-Júnior RAO. Avoidable maternal mortality as social injustice. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.* 2020; 20(2).

---

Received on 04/22/2022

Approved on 09/22/2022

Conflict of interests: non-existent

Financial support: non-existent

# Fatores associados ao registro da alimentação infantil e intercorrências clínicas na Caderneta da Criança

*Factors associated with the registration of infant feeding and clinical complications in the Children's Handbook*

Altamira Pereira da Silva Reichert<sup>1</sup>, Isla Carolina Alves de Lima<sup>1</sup>, Iolanda Carlli da Silva Bezerra<sup>1</sup>, Paloma Karen Holanda Brito<sup>1</sup>, Anna Tereza Alves Guedes<sup>1</sup>, Anniely Rodrigues Soares<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E503

**RESUMO** Este artigo teve como objetivo analisar os fatores associados ao registro da alimentação infantil e intercorrências clínicas na caderneta de crianças menores de 3 anos, residentes em João Pessoa, Paraíba, Brasil. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 424 cadernetas de crianças menores de 3 anos, cadastradas em Unidades de Saúde da Família de João Pessoa, Paraíba. Os dados foram coletados no período de maio a novembro de 2019 e analisados a partir da estatística descritiva e inferencial, com os testes Qui-quadrado e Exato de Fisher. Constatou-se que apenas 1,9% das cadernetas analisadas apresentavam dados relacionados com a alimentação e que 0,9% tinha registrado algum dado acerca das intercorrências clínicas da criança. Ademais, as características sociodemográficas dos responsáveis/cuidadores e das crianças não apresentaram associação estatística significativa com os registros da alimentação e das intercorrências clínicas na Caderneta da Criança. Conclui-se que é precário o registro sobre alimentação infantil e intercorrências clínicas na Caderneta da Criança. Esta realidade representa uma lacuna à continuidade do cuidado à criança e poderá prejudicar os esforços para a redução da morbimortalidade infantil.

**PALAVRAS-CHAVE** Nutrição da criança. Vigilância em saúde pública. Registros de saúde pessoal. Saúde da criança.

**ABSTRACT** *This article aims to analyze the factors associated with the registration of infant feeding and clinical complications in the handbook of children under three years of age living in João Pessoa, Paraíba, Brazil. This is a cross-sectional study, carried out with 424 handbooks of children under three years old registered in Family Health Units in João Pessoa, Paraíba. Data were collected from May to November 2019 and were analyzed using descriptive and inferential statistics, using Chi-square and Fisher's Exact tests. In this investigation, it was found that only 1.9% of the handbooks analyzed had data related to food and 0.9% had recorded some data about the child's clinical complications. Furthermore, the sociodemographic characteristics of those guardians/caregivers and the children did not present a statistically significant association with the records of food and clinical complications in the Child's Handbook. It is concluded that the record on infant feeding and clinical complications in the Child's Handbook is precarious. This reality represents a gap in the continuity of child care and may hamper efforts to reduce child morbidity and mortality.*

**KEYWORDS** *Child nutrition. Public Health Surveillance. Health records, personal. Child health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.  
iolandacarlli@gmail.com



## Introdução

As ações voltadas para a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil constituem a base para a organização do cuidado à criança. Em busca de qualificar o cuidado e a saúde da população infantil, foi instituída, em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), promovendo o cuidado integral, sobretudo na primeira infância<sup>1</sup>.

A PNAISC organiza-se em sete eixos estratégicos, entre eles, o Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável<sup>1</sup>. Ambos são importantes determinantes de saúde, haja vista que a nutrição adequada potencializa o alcance dos marcos do desenvolvimento e minimiza o risco de intercorrências clínicas na criança<sup>2,3</sup>.

No que se refere às intercorrências clínicas, as crianças são mais vulneráveis para interações e complicações que podem levar ao óbito, sendo as menores de 1 ano o grupo mais acometido por Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)<sup>4,5</sup>. Quanto às intercorrências infantis entre os menores de 5 anos, destaca-se que o Nordeste é a região que lidera a alta taxa de ocorrências<sup>6</sup>.

Nesse sentido, a alimentação e a ocorrência de intercorrências clínicas na infância são importantes informações que devem ser registradas e acompanhadas ao longo desse período de vida. Para tanto, é fundamental que os profissionais que assistem à criança realizem os registros na Caderneta da Criança (CC).

A CC se destaca como o principal instrumento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, pois apresenta informações mais detalhadas sobre o estado de saúde-doença da criança. Os registros na caderneta são essenciais para auxiliar os profissionais na identificação de agravos<sup>7</sup>, bem como para a promoção da saúde infantil<sup>8</sup>.

Contudo, pesquisas comprovam falhas dos registros na CC relacionadas com a falta ou a incompletude de dados acerca da alimentação, das intercorrências clínicas e do crescimento e desenvolvimento da criança<sup>9,10</sup>. Entre os possíveis

motivos, encontram-se o conhecimento limitado dos profissionais quanto à forma correta de preencher os dados e a ausência de orientações às famílias para sua utilização.

É importante enfatizar que a literatura é escassa ao tratar do preenchimento dos dados relacionados com a alimentação e as intercorrências clínicas na criança na CC. Sobre isso, um estudo realizado com 420 crianças na região norte do Brasil apontou que apenas 8,3% das cadernetas tinham registros sobre a alimentação infantil e 3,3% delas possuíam intercorrências registradas<sup>10</sup>. Outro estudo que observou 284 CC em um município paulista evidenciou que apenas 6,3% delas tinham o registro da alimentação e nenhuma apresentava registros acerca das intercorrências clínicas<sup>11</sup>.

A escassez dos dados registrados na CC acerca das intercorrências clínicas contrapõe-se à alta prevalência de internações infantis nos primeiros anos de vida<sup>12,13</sup>, evidenciando a desvalorização dos registros e o monitoramento ineficaz da saúde infantil. Estudo realizado no Rio de Janeiro evidenciou a subutilização da CC nos serviços hospitalares e a subnotificação dos registros das intercorrências infantis, fragilizando a vigilância em saúde<sup>14</sup> e o cuidado intersetorial.

Destarte, é necessário modificar essa realidade e reconhecer a potencialidade da CC na vigilância da saúde da criança, com ênfase na alimentação e possíveis intercorrências clínicas, a fim de possibilitar, também, a valorização e a apropriação pelos envolvidos no cuidado à criança e a coordenação do cuidado em saúde<sup>11,15,16</sup>.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar os fatores associados ao registro da alimentação e intercorrências clínicas na caderneta de crianças menores de 3 anos residentes em João Pessoa, Paraíba.

## Metodologia

Estudo transversal, descritivo, desenvolvido nas Unidades de Saúde da Família (USF) de João Pessoa, Paraíba, Brasil. O município

contém 200 equipes de Saúde da Família (eSF) distribuídas territorialmente em cinco Distritos Sanitários (DS), o que corresponde a 83% de cobertura, responsável, no ano de 2018, pela assistência de 170.444 famílias cadastradas, sendo 252.417 crianças menores de 5 anos<sup>17</sup>.

A população estudada correspondeu a mães e/ou cuidadores legais de crianças que contemplavam os seguintes critérios de inclusão: mães e/ou cuidadores de crianças menores de 3 anos de idade cadastradas na USF, maiores de 18 anos e que portavam a CC no momento da coleta de dados. Não participaram aqueles que apresentavam limitações de entendimento e comunicação, como incompreensão das perguntas e da leitura, bem como do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para realização do cálculo amostral, considerou-se o quantitativo de nascidos vivos dos anos de 2016, 2017 e 2018 (14.850 crianças), por amostragem estratificada conforme o método de alocação ótima, utilizado quando a distribuição da amostra total depende do custo de coleta de cada estrato, da variabilidade e do seu tamanho<sup>18</sup>. Para o tamanho da amostra, foi admitido um nível de confiança de 95%, resultando em 354 crianças de zero a 3 anos de idade. Considerando o acréscimo de 20% para possíveis perdas na pesquisa, a amostra final foi composta por 424 cadernetas das crianças atendidas nas USF dos cinco DS do referido município.

Esse quantitativo amostral foi dividido proporcionalmente entre os DS, de forma que aquele com maior número de crianças cadastradas obteve um maior número de instrumentos coletados. Posteriormente, foram selecionadas cinco USF de cada distrito com o maior número de crianças cadastradas, totalizando 25 USF. Cabe ressaltar que foi considerado como USF o espaço físico, podendo ter uma, duas ou quatro eSF, no caso de Unidades Integradas de Saúde da Família.

Os participantes foram selecionados a partir da abordagem sistemática na fila de espera da USF, por conveniência, conforme convite à última mãe e/ou ao cuidador legal presente. Em caso de recusa, o anterior da

fila era convidado, e assim sucessivamente, até concluir a cota amostral de cada unidade.

A coleta de dados ocorreu no período de maio a novembro de 2019, por meio de perguntas à mãe e/ou ao cuidador e pela consulta direta na CC. Para isso, um questionário tipo *checklist* foi utilizado. O instrumento foi elaborado de acordo com manuais do Ministério da Saúde e a CC<sup>19,20</sup> com o intuito de identificar o preenchimento dos itens relacionados com a alimentação da criança e intercorrências clínicas, sendo registrado ‘Sim’, valor 1, quando o preenchimento presente, e ‘Não’, valor 0, quando ausente.

Os dados foram digitados em dupla entrada, a partir do *software* estatístico Open Source, e analisados por meio de estatística descritiva, calculando a frequência absoluta ( $n$ ) e a relativa (percentual) das variáveis, média, desvio-padrão. Na análise inferencial, foram utilizados os testes Qui-quadrado e exato de Fisher conforme os objetivos do estudo. Os dados foram apresentados por meio de representações gráficas e tabelas confeccionadas por intermédio do programa Microsoft Office Excel® e discutidos conforme literatura pertinente ao estudo.

O presente trabalho está vinculado ao projeto universal ‘Vigilância do desenvolvimento e a caderneta de saúde da criança: caminhos para a promoção da saúde infantil’, aprovado no Edital Universal nº 407850/2018-0, que possui parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa de Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, número 3.156.449; e seguiu as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a realização de pesquisas envolvendo seres humanos. Destaca-se que todos os participantes da pesquisa leram e assinaram o TCLE.

## Resultados

Os dados sociodemográficos das crianças e dos respectivos responsáveis mostram que 88,4% das mães estavam na faixa etária maior ou

igual a 20 anos, 78,5% viviam com o parceiro estável, 62,7% afirmaram ter dois filhos, 73,6% trabalhavam no lar e 75,2% declararam ter mais de 8 anos de estudo. Em relação ao quantitativo de residentes no domicílio, 95,3% moravam com 3 ou mais crianças menores de 5 anos. A renda familiar prevalecente foi inferior a 1 salário mínimo vigente. No que diz respeito às

crianças, 53,5% tinham entre zero e 11 meses, com predomínio do sexo feminino (52,1%).

No tocante aos registros da alimentação e intercorrências clínicas na CC, ambos não obtiveram registros considerados satisfatórios, com ausência desses registros em 95,1% e 99,1%, respectivamente, nas cadernetas analisadas. A *tabela 1* traz em detalhes esses dados descritivos.

Tabela 1. Distribuição das características sociodemográficas infantis e maternas e os registros de alimentação e intercorrências clínicas na Caderneta da Criança. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019 (N = 424)

Características	N (424)	%
<b>Idade dos responsáveis</b>		
< 20 anos	49	11,6
> ou = 20 anos	375	88,4
<b>Situação conjugal</b>		
Sem companheiro	91	21,5
Tem companheiro	333	78,5
<b>Número de filhos vivos</b>		
1 filho	158	37,3
2 filhos	266	62,7
<b>Local de trabalho</b>		
Fora do lar	112	26,4
Lar	312	73,6
<b>Anos de estudo</b>		
< 8 anos	105	24,8
> ou = 8 anos	319	75,2
<b>Quantidade de crianças menores de 5 anos que moram na residência</b>		
1 ou 2	20	4,7
3 ou mais	404	95,3
<b>Renda</b>		
< 1 salário mínimo	267	63,0
> ou = 1 salário mínimo	157	37,0
<b>Idade da criança</b>		
0 a 11 meses	227	53,5
12 a 36 meses	197	46,5
<b>Sexo da criança</b>		
Feminino	221	52,1
Masculino	203	47,9
<b>Registro de alimentação na Caderneta da Criança</b>		
Não	416	98,1
Sim	8	1,9

Tabela 1. (cont.)

Características	N (424)	%
<b>Registro de alguma intercorrência clínica na Caderneta da Criança</b>		
Não	420	99,1
Sim	4	0,9

Fonte: elaboração própria.

Em relação à associação das características sociodemográficas dos responsáveis e das crianças com os registros da alimentação

na CC, observa-se que não houve associação estatística significativa, considerando  $p < 0,05$  (tabela 2).

Tabela 2. Análise bivariada entre as características sociodemográficas dos responsáveis/cuidadores e das crianças segundo registro de alimentação na Caderneta da Criança. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019 (N = 424)

Características	Registro de alimentação na Caderneta			P-valor
	Total (%)	Não (%)	Sim (%)	
<b>Idade dos responsáveis</b>				
< 20 anos	49 (11,56)	49 (100)	0 (0)	0,61*
> ou = 20 anos	375 (88,44)	367 (97,9)	8 (2,1)	
<b>Situação conjugal</b>				
Sem companheiro	91 (21,46)	89 (97,8)	2 (2,2)	0,68*
Tem companheiro	333 (78,54)	327 (98,2)	6 (1,8)	
<b>Número de filhos vivos</b>				
2 filhos	266 (62,74)	260 (97,7)	6 (2,3)	0,72*
1 filho	158 (37,26)	156 (98,7)	2 (1,3)	
<b>Local de trabalho</b>				
Fora do lar	112 (26,42)	110 (98,2)	2 (1,8)	1,00*
Lar	312 (73,58)	306 (98,1)	6 (1,9)	
<b>Anos de estudo</b>				
< 8 anos	105 (24,76)	104 (99,0)	1 (1,0)	0,69*
> ou = 8 anos	319 (75,24)	312 (97,8)	7 (2,2)	
<b>Quantidade de crianças menores de 5 anos que moram na residência</b>				
3 ou mais	404 (95,28)	396 (98,0)	8 (2,0)	1,00*
1 ou 2	20 (4,72)	20 (100)	0 (0,0)	
<b>Renda</b>				
< 1 salário mínimo	267 (62,97)	263 (98,5)	4 (1,5)	0,48*
> ou = 1 salário mínimo	157 (37,03)	153 (97,5)	4 (2,5)	
<b>Idade da criança</b>				
12 a 36 meses	197 (46,46)	193 (98,0)	4 (2,0)	1,00*
0 a 11 meses	227 (53,54)	223 (98,2)	4 (1,8)	
<b>Sexo da criança</b>				
Masculino	203 (47,88)	200 (98,5)	3 (1,5)	0,73*
Feminino	221 (52,12)	216 (97,7)	5 (2,3)	

Fonte: elaboração própria.

\*Teste exato de fisher.

Os dados da *tabela 3* revelam que também não houve associação estatística significativa, considerando  $p < 0,05$ , entre as características sociodemográficas dos responsáveis/cuidadores e das crianças e o registro de intercorrência clínica na CC.

Tabela 3. Análise bivariada entre as características sociodemográficas dos responsáveis/cuidadores e das crianças segundo registro de intercorrência clínica na Caderneta da Criança. João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2019 (N = 424)

Características	Registro de intercorrência clínica na Caderneta			P-valor
	Total (%)	Não (%)	Sim (%)	
<b>Idade dos responsáveis</b>				
< 20 anos	49 (11,56)	49 (100)	0 (0,0)	1,00*
> ou = 20 anos	375 (88,44)	371 (98,9)	4 (1,1)	
<b>Situação conjugal</b>				
Sem companheiro	91 (21,46)	90 (98,8)	1 (1,1)	1,00*
Tem companheiro	333 (78,54)	330 (99,1)	3 (0,9)	
<b>Número de filhos vivos</b>				
2 filhos	266 (62,74)	262 (98,5)	4 (1,5)	0,30*
1 filho	158 (37,26)	158 (100)	0 (0,0)	
<b>Local de trabalho</b>				
Fora do lar	112 (26,42)	112 (100)	0 (0,0)	0,58*
Lar	308 (72,64)	304 (98,7)	4 (1,3)	
<b>Anos de estudo</b>				
< 8 anos	105 (24,76)	104 (99,0)	1 (1,0)	1,00*
> ou = 8 anos	319 (75,24)	316 (99,1)	3 (0,9)	
<b>Quantidade de crianças menores de 5 anos que moram na residência</b>				
3 ou mais	404 (95,28)	400 (99,0)	4 (1,0)	1,00*
1 ou 2	20 (4,72)	20 (100)	0 (0,0)	
<b>Renda</b>				
< 1 salário mínimo	267 (62,97)	265 (99,3)	2 (0,7)	0,63*
> ou = 1 salário mínimo	155 (37,03)	153 (98,7)	2 (1,3)	
<b>Idade da criança</b>				
12 a 36 meses	197 (46,46)	195 (99,0)	2 (1,0)	1,00*
0 a 11 meses	227 (53,54)	225 (99,1)	2 (0,9)	
<b>Sexo da criança</b>				
Masculino	203 (47,88)	202 (99,5)	1 (0,5)	0,63*
Feminino	221 (52,12)	218 (98,6)	3 (1,4)	

Fonte: elaboração própria.

\*Teste exato de Fisher.

## Discussão

Os dados do presente estudo revelam um elevado percentual de falta de registro acerca

da alimentação e intercorrências clínicas nas cadernetas de crianças menores de 3 anos, portanto, dificultando a continuidade dos cuidados infantis. Além disso, o preenchimento

dessas informações na CC não está associado às características sociodemográficas da criança e do responsável/cuidador.

Os resultados deste estudo são corroborados por pesquisas que analisaram a CC nas regiões Nordeste e Sudeste, os quais também constataram fragilidades nos registros da alimentação e das intercorrências clínicas na infância. O primeiro estudo revelou que o registro dos dados alimentares foi inferior a 20% das 204 cadernetas analisadas<sup>9</sup>, já o segundo, não encontrou nenhum registro das intercorrências clínicas nas 284 cadernetas analisadas<sup>11</sup>.

A literatura destaca a existência de alto grau de desnutrição infantil e intercorrências clínicas nas crianças<sup>12-22</sup>, por isso a importância do registro desses dados nas cadernetas. Neste estudo, é baixo o percentual de registros alimentares e intercorrências, o que significa quebra na continuidade do cuidado, assim como a impossibilidade de promover a solução de tais problemas por meio de um melhor acompanhamento profissional com todas as informações das crianças e recomendações profissionais documentadas na CC. Tal conjuntura viabiliza a existência de diversos problemas na comunicação entre os setores de saúde multiprofissional, bem como dificuldades no diálogo e participação familiar.

Evidências internacionais também revelam fragilidades no preenchimento dos instrumentos de acompanhamento à criança e trazem como fatores associados a falta de investimentos e a inadvertência dos profissionais e familiares nos registros dos dados<sup>23,24</sup>, ressaltando a má utilização do instrumento ao redor do mundo, negligenciando sua função na continuidade da assistência ofertada.

Em países como Indonésia e Angola, o instrumento de acompanhamento da saúde da criança está associado ao da saúde da mulher, criando um único instrumento de acompanhamento e educação em saúde, facilitando o manuseio e a utilização correta desses instrumentos. Isso colaborou para a continuidade dos cuidados prestados à saúde

materno-infantil, tornando-se uma recomendação da Organização Mundial da Saúde para a melhoria do acompanhamento das gestantes e a promoção da assistência qualificada ao binômio mãe-filho<sup>25,26</sup>.

No Brasil, a fim de minimizar problemas voltados para a alimentação infantil, a PNAISC apresenta o Eixo Estratégico II que contempla a nutrição na primeira infância e suas vulnerabilidades, buscando minimizar as chances de adoecimento e o alcance do crescimento e desenvolvimento adequados na infância<sup>1</sup>. Nessa política, a CC é destacada como um importante instrumento para a vigilância da saúde infantil.

Embora os registros dos dados da criança na caderneta seja uma das atribuições dos profissionais da saúde, estudo relata o desconhecimento desses acerca da importância da caderneta para qualificação dos serviços direcionados à criança<sup>8</sup>. Outras pesquisas constataram que além da visão tecnicista dos profissionais acerca da CC, esses ainda se referem ao instrumento como Cartão da Criança, limitando-o apenas ao calendário vacinal e ao gráfico de acompanhamento do crescimento infantil<sup>27,28</sup>, reduzindo a funcionalidade da caderneta, bem como sua importância na integralidade do cuidado à criança. Ademais, alguns profissionais relatam que a subutilização da CC também se deve a grande demanda, sobrecarga no trabalho e falta de capacitação ofertada<sup>10,29</sup>.

Quanto às características sociodemográficas das crianças e seus responsáveis, os resultados encontrados neste estudo não apresentaram associação significativa das variáveis estudadas com os registros da alimentação e intercorrências clínicas na CC, talvez devido à grande quantidade de ausência de registros, que pode ter prejudicado a aplicação de testes estatísticos. No entanto, outras pesquisas puderam constatar associação entre grau de escolaridade e situação econômica com a ausência de registros na caderneta, entre eles, os dados relacionados com a alimentação e intercorrências clínicas<sup>10,11,30,31</sup>.

## Conclusões

O registro da alimentação infantil e intercorrências clínicas na caderneta de crianças menores de 3 anos, na realidade pesquisada, estão sendo negligenciados pelos profissionais de saúde, pois quase a totalidade das cadernetas analisadas não possuía tais registros, fato este que dificulta a longitudinalidade do cuidado a criança, bem como um cuidado integral e promoção do desenvolvimento infantil saudável.

Não foi possível observar os fatores associados à falta desses registros, e isso pode ser explicado pelo percentual consideravelmente baixo dos registros, tendo em vista que os testes estatísticos testam hipóteses com os números de registro e não registro; e como quase o total das cadernetas não possuía esses dados, isso pode ter afetado a aplicação e o resultado destes.

Ressalta-se a importância da realização de capacitações acerca do preenchimento da CC, a fim de minimizar problemas relacionados com o desconhecimento do instrumento, além da incompletude nos registros dos dados. Espera-se que os resultados contribuam para reflexão

dos gestores, profissionais de saúde e comunidade científica, a fim de melhorar e reorganizar as ações e as estratégias utilizadas nos serviços de saúde, de modo que as especificidades da atenção integral à criança sejam atendidas e valorizadas. Os achados refletem a realidade local, entretanto, os dados podem possibilitar reflexões acerca do tema e possíveis mudanças, tendo em vista que sua abrangência foi uma capital do nordeste brasileiro.

## Colaboradoras

Reichert APS (0000-0002-4295-6698)\* contribuiu para a concepção e delineamento do estudo. Bezerra ICS (0000-0002-7948-8074)\* contribuiu para a coleta de dados. Reichert APS, Lima ICA (0000-0002-8467-4330)\*, Bezerra ICS, Brito PKH (0000-0003-2662-1449)\*, Guedes ATA (0000-0002-9495-4942)\* e Soares AR (0000-0002-3382-671X)\* contribuíram igualmente para a análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2022 nov 26]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.
2. Lassi ZS, Rind F, Irfan O, et al. Impact of Infant and Young Child Feeding (IYCF) Nutrition Interventions on Breastfeeding Practices, Growth and Mortality in Low- and Middle-Income Countries: Systematic Review. *Nutrients*. 2020 [acesso em 2021 abr 20]; 12(3):722. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/nu12030722>.
3. Lima RDCS, Xavier JMV, Olinda RA, et al. Avaliação da influência do estado nutricional na ocorrência de infecção respiratória aguda em menores de dois anos. *REAS*. 2021 [acesso em 2021 abr 20]; 13(4). Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6494>.
4. Araújo filho ACA, Almeida PD, Araújo AKL, et al. Epidemiological aspects of child mortality in a state in Northeastern Brazil. *Enferm Glob*. 2018 [acesso em 2021 abr 19]; 17(49):448-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.171.281141>.
5. Mozzatto L, Albuquerque A, Rovani A, et al. Mortalidade neonatal: perfil das causas evitáveis em uma cidade do Sul do Brasil. *Rev. AMRIGS*. 2020 [acesso em 2021 abr 15]; 64(2):317-322. Disponível em: <https://www.amrigs.org.br/assets/images/upload/pdf/jornal/1610631629.pdf#page=151>.
6. Ribeiro MGC, Araújo filho ACA, Rocha SS. Hospitalizações Por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Crianças do Nordeste Brasileiro. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant*. 2019 [acesso em 2021 abr 17]; 19(2):499-506. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200013>.
7. Oliveira GC, Pereira RG, Silva FP, et al. Avaliação da qualidade dos registros na caderneta de saúde da criança. *ReonFacema*. 2018 [acesso em 2021 fev 17]; 4(1):798-807. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/issue/download/22/21>.
8. Amorim LP, Senna MIB, Gomes VE, et al. Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2018 [acesso em 2021 fev 17]; 27(1):e201701116. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000100016>.
9. Figueroa-pedraza D. Qualidade do preenchimento do instrumento de acompanhamento da saúde da criança em município do nordeste brasileiro. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2019 [acesso em 2021 maio 10]; 18(37). Disponível em: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-37.qpia>.
10. Freitas JLG, Pereira PPS, Moreira KFA, et al. Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019 [acesso em 2021 fev 17]; 32. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8407>.
11. Rosolem LH, Tonitato APC, Sanguino GZ, et al. Caderneta de saúde da criança: coordenação do Cuidado e acesso à saúde. *Cogitare Enferm*. 2019 [acesso em 2021 fev 17]; (24):e61496. Disponível em: [dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496](http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61496).
12. Abebe AM, Kassaw MW, Mengistu FA. Assessment of Factors Affecting the Implementation of Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness for Treatment of under Five Children by Health Professional in Health Care Facilities in Yifat Cluster in North Shewa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *Int J Pediatr*. 2019. [acesso em 2021 abr 8]. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2019/9474612>.
13. Pinto Júnior EP, Aquino R, Dourado I, et al. Condições de hospitalização sensíveis à atenção primária em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ci-*

- ênc. Saúde Colet. 2020 [acesso em 2021 maio 5]; 25(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>.
14. Silva TCT. A caderneta de saúde da criança para o cuidado integral à saúde infantil: percepções de profissionais de saúde. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2019. [acesso em 2021 maio 5]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22409/MPES.2019.m.09979192720>.
  15. Sousa JCB, Silva RD, Olivindo DDF. Child health handbook records for monitoring growth and development. *Research, Soc. Develop.* 2020 [acesso em 2021 maio 15]; 9(10). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i10.901>.
  16. Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS, et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2021 fev 17]; 23(6):585-97. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.06962016>.
  17. João Pessoa. Prefeitura. Atendimentos realizados nas Unidades de Saúde da Família passam de 1,5 milhão em 2018. 2018 dez 29. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <http://antigo.joaopessoa.pb.gov.br/atendimentos-realizados-nas-unidades-de-saude-da-familia-passam-de-15-milhao-em-2018/>.
  18. Silva PLN, Bianchini ZM, Dias AJM. Amostragem: teoria e prática usando R. Rio de Janeiro: [s.n.]; 2021.
  19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. [acesso em 2021 fev 17]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>.
  20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta da Criança: passaporte para a cidadania. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. [acesso em 2021 ago 26]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_crianca\\_menina\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf).
  21. Pinto Júnior EP, Aquino R, Dourado I, et al. Condições de hospitalização sensíveis à atenção primária em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 maio 5]; 25(7). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>.
  22. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. 2017. [acesso em 2021 maio 19]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>.
  23. Osaki K, Aiga H. Adapting home-based records for maternal and child health to users' capacities. *Bull World Health Organ.* 2019 [acesso em 2021 maio 19]; 97(4):296-305. Disponível em: <https://doi.org/10.2471/BLT.18.216119>.
  24. Chutiyami M, Wyver S, Amin J. Are Parent-Held Child Health Records a Valuable Health Intervention? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019 [acesso em 2021 ago 3]; 16(220). Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph16020220>.
  25. Magwood O, Kpadé V, Thavorn K, et al. Effectiveness of home-based records on maternal, newborn and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2019 [acesso em 2021 maio 15]; 14(1). Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0209278>.
  26. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization. 2016. [acesso em 2021 maio 19]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/97892415?sequence=1>.

27. Aires LCP, Santos EKA, Bruggemann OM, et al. Referência e contrarreferência do bebê egresso da unidade neonatal no sistema de saúde: percepção de profissionais de saúde da Atenção Primária. *Esc. Anna Nery*. 2017 [acesso em 2021 abr 20]; 21(2). Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170028>.
28. Vieira DS, Dias TKC, Pedrosa RKB, et al. Processo de Trabalho de Enfermeiros na Vigilância do Desenvolvimento Infantil. *Rev Min Enferm*. 2019 [acesso em 2021 maio 17]; (23):e-1242. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190090>.
29. Araújo MRS, Pinheiro ACM, Caldas EM, et al. Análise dos fatores que podem contribuir para a ausência ou o preenchimento inadequado da caderneta da criança. *Rev Eletr. Acervo Saúde*. 2021 [acesso em 2021 abr 22]; 13(4). Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e6698>.
30. Bezerra ICS, Santos TL, Melo AEV, et al. Análise das Ações de Vigilância do Desenvolvimento Infantil Segundo Cuidadores de Crianças. *R bras ci Saúde*. 2020 [acesso em 2021 fev 17]; 24(3):323-334. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2317-6032.2020v24n3.50218>.
31. Araújo EMN, Gouveia MTO, Pedraza DF. Use of a child health surveillance instrument focusing on growth. A cross-sectional study. *Med J*. 2017 [acesso em 2021 ago 1]; 135(6):541-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.0345120617>.

---

Recebido em 22/04/2022

Aprovado em 07/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001 e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da Chamada MCTIC/CNPq Nº 28/2018

# Estratégias de promoção da saúde na primeira infância: tecendo redes locais

## *Health promotion strategies in early childhood: weaving local networks*

Camila Sighinolfi de Moura<sup>1</sup>, Rute Grossi-Milani<sup>2</sup>, Fernanda de Freitas Mendonça<sup>1</sup>, Mathias Roberto Loch<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E504

**RESUMO** O investimento nos primeiros anos de vida é crucial para o desenvolvimento humano. Esta pesquisa objetivou analisar intervenções, estratégias e recursos utilizados para a realização de ações de promoção da saúde na primeira infância, à luz da intersetorialidade, em um território da Atenção Primária à Saúde. Foi realizada, no município de Apucarana, Paraná, uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória, com informações obtidas a partir da realização de um grupo focal que contou com a participação de nove atores sociais, ligados aos setores de saúde, educação e assistência social. A pesquisa trouxe à tona a visão de uma primeira infância demarcada por problemas referentes ao aumento das demandas de ordem sociais e clínicas; à eclosão de transtornos ‘psiquiátricos’; e às dificuldades da rede local para lidar com os pais na construção da parentalidade e no desenvolvimento infantil. Diante dessas adversidades, a pesquisa evidenciou estratégias, iniciativas locais, intra e intersetoriais que vão desde práticas clínico-assistenciais até ações lúdicas na puericultura, grupos intergeracionais e projetos de construção de hortas e compostagem. Constatou-se que a intersetorialidade surgiu como precursora do cuidado integral, apontada como caminho possível para a realização de ações de promoção da saúde na primeira infância.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Colaboração intersetorial. Medicalização. Promoção da saúde. Saúde da criança.

**ABSTRACT** *Investment in the early years of life is crucial for human development. In this sense, this research aimed to analyze interventions, strategies, and resources used to carry out health promotion actions in early childhood, in the light of intersectoriality, in a territory of Primary Health Care. An exploratory qualitative research was carried out in the municipality of Apucarana, Paraná, with information obtained from the realization of a Focus Group that had the participation of nine social actors, linked to the health, education, and social assistance sectors. The research brought to light the vision of an early childhood marked by problems related to the increase in social and clinical demands; the outbreak of ‘psychiatric’ disorders; and the difficulties of the local network to deal with parents in the construction of parenting and child development. Faced with these adversities, the research showed strategies, local, intra and intersectoral initiatives that range from a sequence of clinical-care practices to playful actions in childcare, intergenerational groups, and projects to build gardens and compost. It was found that intersectoriality emerged as a precursor of comprehensive care, identified as a possible way to carry out health promotion actions in early childhood.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Intersectorial collaborations. Medicalization. Health promotion. Child health.*

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Londrina (UEL) – Londrina (PR), Brasil.  
sighinolfi.camila@gmail.com

<sup>2</sup>Universidade Cesumar (Unicesumar) – Maringá (PR), Brasil.



## Introdução

Trabalhar com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde apresenta muitos desafios. Percebe-se que um deles, apesar das iniciativas em transversalizar políticas públicas, é o predomínio de práticas reducionistas assentadas no modelo biomédico<sup>1</sup>.

Com o intuito de firmar conceitos sobre a melhor direção a ser adotada no cuidado da criança, parece haver um entendimento comum entre vários autores de que a medicalização da vida deve ser enfrentada e que a determinação social da saúde deve ser considerada. Aqui é necessário esclarecer que, sobre a medicalização da vida, este artigo assumiu a definição trazida por Conrad<sup>2</sup>, compreendendo-a como um processo de transformação de problemas que antes não eram considerados médicos em problemas médicos, rerepresentando-os sob a forma de transtornos ou doenças.

Assim, no que concerne a esse modelo biomédico, Tavares ajuda a entender que “a contemporaneidade contribui para a existência [...] de ‘psicopatologias’ e/ou ‘mal-estar’, bem como para a alienação do sujeito”<sup>3(12)</sup>; e, ao se tomar como dogma o modelo biomédico de atuação que, frequentemente, tem por base a ideia de solução do sofrimento pautada em máximas higienistas, fortemente associadas ao uso de psicotrópicos, tem-se o fenômeno conhecido como medicalização da vida<sup>3</sup>. Assim, o ‘poder médico’ se instaura a partir de elementos inseparáveis de normalização e moralização, tornando os sujeitos incapazes de enxergar o contexto adoecedor ou enxergando-o.

Esse contexto acaba por influenciar inclusive o universo infantil, o que pode ser observado, por exemplo, com o enquadramento de crianças em uma série de classificações nosológicas, havendo uma epidemia de múltiplos diagnósticos, como o Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositivo-Desafiador (TOD), Transtorno do Espectro Autista (TEA), além

de, muitas vezes, o tratamento a estes ser reduzido a medicamentos e no contexto de um cuidado fragmentado<sup>4</sup>.

É importante sinalizar que se opor à medicalização da vida não significa refutar o uso racional de medicamentos em que os parâmetros para sua indicação estejam adequados às necessidades dos sujeitos<sup>5</sup>.

A adoção do modelo biomédico ou da determinação social do processo saúde-doença, ou ambos concomitantemente, influencia diretamente nas estratégias e nas ações desenvolvidas aos sujeitos, às famílias e à comunidade, por isso a importância de investigar como são organizadas as iniciativas de promoção da saúde voltadas à primeira infância.

A promoção da saúde deve começar já na gestação a na primeira infância, inclusive porque as bases do desenvolvimento infantil se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se instituem entre o bebê e sua mãe (ou substituto). Essas relações promovem a inserção do ser humano na cultura e auxiliam na construção da subjetividade<sup>6</sup>.

A partir disso, esta pesquisa assumiu por norte a atenção integral à saúde da criança tal como preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)<sup>7</sup>, procurando-se observar se os seus preceitos foram considerados nas diretrizes das diferentes esferas de gestão e incorporados na prática dos serviços do território estudado, fortalecendo ações de saúde. Trata-se, portanto, de assumir por premissa que o setor saúde necessita expandir a sua visão para além da prevenção e do tratamento de doenças, de modo a incluir a promoção da saúde como fator determinante para a realização do potencial humano de todas as pessoas<sup>8</sup>.

O desenvolvimento de ações voltadas à saúde da criança deve enfatizar a discussão da promoção da saúde apoiada no encontro entre diferentes setores ligados às políticas públicas e no Sistema de Garantia de Direitos (SGD) de crianças, adolescentes e jovens, favorecendo espaços compartilhados de decisões

que gerem efeitos positivos na produção de saúde e de cidadania.

Nesse sentido, ganha relevância a Atenção Primária à Saúde (APS), pautada na gestão democrática e participativa, que busca propiciar aos usuários o acesso universal e contínuo a serviços de saúde enquanto promove relações de vínculos e de corresponsabilização, em uma dinâmica que estimula a cogestão e o protagonismo da comunidade.

Sem ignorar os inúmeros progressos diante de múltiplos indicadores de saúde, é correto afirmar que ainda subsistem o desafio e a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas com as condições de saúde. Ao mesmo tempo, é preciso universalizar todos os avanços de forma a produzir saúde no âmbito individual e coletivo, pela efetivação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e pela construção compartilhada de ações com as demais redes de proteção social, além de investir na articulação intra e intersetorial a favor da integralidade do cuidado, da equidade em saúde, do ambiente facilitador à vida e da humanização da atenção<sup>9</sup>. Assim, diante de fatos como o retorno do crescimento da mortalidade infantil nos últimos anos, pelo menos parcialmente influenciado pelas políticas de austeridade, torna-se essencial estudar a primeira infância uma vez que esse indicador vinha apresentando tendência de queda nos últimos anos<sup>10</sup>.

Dado esse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar intervenções, estratégias e recursos utilizados para a realização de ações de promoção da saúde na primeira infância, à luz da intersetorialidade, em um território da APS e em um município de grande porte do norte do Paraná.

## Percurso metodológico

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa exploratória realizada em Apucarana, Paraná, Brasil. Apucarana tinha uma população estimada em pouco mais de 120 mil habitantes,

com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) considerado médio (0,748), sendo o IDH Longevidade de 0,845, IDH Educação de 0,668 e IDH Renda de 0,741<sup>11</sup>. O município é geograficamente dividido em quatro regiões e possuía 32 Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Para a seleção do território que seria investigado, foi realizada análise do Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual de Saúde do município, além de outras informações, obtidas com os(as) coordenadores(as) das UBS. Das 32 UBS do município, 3 foram excluídos por serem unidades de apoio, isto é, tinham uma lógica de funcionamento diferente das demais, servindo mais de apoio às outras UBS. Assim, foram enviados para 29 coordenadores(as) de UBS, por meio do aplicativo WhatsApp, formulários on-line (a partir do Google Forms) contendo perguntas objetivas e de respostas abertas sobre as características do seu trabalho, sobre suas percepções e impressões a respeito da realidade do território em relação à primeira infância, bem como a prioridade e o interesse pessoal e da equipe em dialogar sobre o tema. Foram obtidos 23 retornos. Vale destacar que o questionário foi submetido a um teste-piloto com três enfermeiras de diferentes municípios, que avaliaram o instrumento e realizaram sugestões, que foram acatadas para a versão final do instrumento.

A partir dos documentos analisados e das informações obtidas com os(as) coordenadores(as) das UBS, elegeu-se o território em que foi realizado o Grupo Focal (GF). O território escolhido apresentava um dos maiores percentuais de crianças em relação à sua população total (cerca de 11%), sendo que havia mais de 100 crianças com até 2 anos. Além disso, de acordo com a coordenação da UBS, a equipe dessa Unidade considerava o tema da primeira infância como sendo de alta prioridade, e a coordenadora acreditava que a maioria dos profissionais da equipe estaria interessada em debater o tema sugerido.

O território em questão era composto por: seis escolas; um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI); um Centro de Referência

da Assistência Social (Cras); o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Vale do Ivaí e Região (Cisvir); uma capela mortuária; um Centro de Atenção à Mulher (CAM); um centro de oficinas; um centro da juventude, além de uma horta comunitária que abriga o 'Projeto Acolhe', que busca associar saúde mental e horticultura.

Para a realização do GF, desenvolveu-se um roteiro semiestruturado que foi submetido à apreciação de profissionais e residentes que atuam na APS e que não fariam parte do estudo, para verificar se as perguntas estavam compreensíveis e se eram coerentes com os objetivos propostos. O roteiro pautou discussões em relação ao processo de trabalho e às ações desenvolvidas no município, sendo organizado pelos seguintes norteadores: processo de trabalho e identificação das principais demandas da primeira infância; entendimentos sobre a promoção da saúde e identificação de práticas promotoras da saúde para a primeira infância no município; entendimento sobre a intersectorialidade e identificação de ações que realizam ou realizaram em parceria com outros setores, suas potencialidades e barreiras.

Considerando as características do território e procurando obter a representação dos atores sociais oriundos dos diferentes cenários presentes neste, nove representantes foram convidados a participar do GF, atuantes há, no mínimo, seis meses, dos quais oito compareceram: uma enfermeira coordenadora da UBS e conselheira do Conselho Municipal de Saúde; uma assistente social do Cras; uma coordenadora pedagógica do CMEI; uma terapeuta ocupacional gestora do Departamento de Saúde Mental; um coordenador do Programa Saúde na Escola (PSE); uma fisioterapeuta residente do programa de Residência em Saúde da Família; uma psicóloga do Centro de Apoio Multiprofissional ao Escolar (Came) e, também, da Macrorrede de Enfrentamento das Violências Contra Crianças e Adolescentes; e uma professora da Educação Infantil.

O GF foi realizado presencialmente em setembro de 2021, em um encontro com duração de 1 hora e 44 minutos. Os participantes

estavam dispostos ao redor de uma mesa e tinham materiais individuais, álcool em gel, todos usavam máscara e já haviam se vacinado com duas doses contra a Covid-19. Inicialmente, apresentaram-se os objetivos e procedimentos do estudo, os convidados preencherem seus crachás e uma ficha de caracterização.

Após o *rapport* inicial, foi realizada a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) explicitando as orientações quanto à faixa etária da primeira infância (zero a 72 meses de acordo com a PNAISC); o enquadre; o tempo estimado de duração do GF e a importância de todos contribuírem com o estudo por meio de suas falas. Não houve desistências.

Os atores sociais apresentaram média 37,7 anos, sendo sete mulheres e um homem. Em relação ao tempo de atuação, os participantes trabalhavam, em média, há seis anos no serviço público em diferentes setores (educação, saúde e assistência social). Destes, seis eram estatutários, e todos eram pós-graduados.

O GF contou ainda com a presença da pesquisadora (psicóloga, especialista em gestão pública e psicanálise), responsável pela facilitação, e de uma observadora (fisioterapeuta sanitária, mestra em saúde coletiva), treinada sobre que pontos observar, que contribuiu para a captação e o registro de comportamentos verbais e não verbais.

O material coletado foi organizado a partir das falas dos participantes e analisado à luz de Bardin<sup>12</sup>. A partir da análise do material coletado, emergiram quatro categorias: 1) Demanda 'mais Pititiquinha' e a situação de saúde na Primeira Infância: da clínica ao social; 2) 'PueriCULTURA: Ritalina para Todo Mundo'; 3) 'Rede de Nó(s)': criando laços intersectoriais; 4) 'MultiplicAÇÃO': estratégias locais de promoção da saúde na primeira infância.

Os nomes dos participantes foram substituídos pela letra 'P', seguida de ordem numérica, indicando e diferenciando cada um deles. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE nº 42168821.8.0000.5231).

## Resultados e discussão

A seguir, são apresentados resultados e discutidos cada uma das quatro categorias que emergiram no estudo.

### **Demanda 'mais Pititiquinha' e a situação de saúde na Primeira Infância: da clínica ao social**

O novo cenário estabelecido no campo da saúde da criança a partir da integração dos recentes conhecimentos científicos, produzidos com os avanços tecnológicos e a nova demografia que se apresenta, trouxe a necessidade de mudanças no modelo de atenção à primeira infância.

Com o objetivo inicial de investigar as principais estratégias referentes à primeira infância e analisá-las sob a lógica da promoção da saúde, mapearam-se a atual situação de saúde e os fatores de risco preponderantes identificados pelos atores sociais durante o GF. Como ponto de partida, observou-se o aumento da demanda 'mais pititiquinha', isto é, demandas da faixa etária entre zero e 6 anos.

Em relação às condições de saúde na primeira infância, pôde-se verificar a existência de demandas de ordem clínica e social. Utilizou-se do conceito de demanda na identificação das queixas/problemas e na experiência do sofrimento percebida pelo sujeito expressada em seu pedido de ajuda, mesmo que este não representasse o motivo original da busca pelo serviço. Para as reflexões críticas propostas, norteou-se pelo conceito de necessidade, ordem subjacente à queixa, atravessada pelo desejo e pela demanda<sup>13</sup>.

Observou-se predominância da demarcação das demandas clínicas apontadas pelos atores, que vão desde queixas odontológicas, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor, até transtornos sensoriais e distúrbios neurológicos. Quanto às demandas sociais, as situações predominantemente identificadas abordaram questões pungentes, como fome, obesidade, violência, negligência, fragilidade dos vínculos

familiares e do desenvolvimento da parentalidade, da perpetuação do ciclo da pobreza e das iniquidades<sup>14</sup>. As falas subsequentes denunciam as violações de direitos e expõem um apelo para olhar para essas demandas.

*A nossa demanda aumentou, sobretudo para concessão de benefícios eventuais, sobretudo alimentação que é um direito básico, direito social... e essas famílias vêm ao Cras - famílias que nunca tinham acessado o Cras - veio atrás com a pandemia, por conta de não ter alimentos em casa, pelo desemprego, pela essa redução na renda [...] a família, hoje, brasileira, a maioria que nós atendemos não tem o que comer e teve o agravante, que as aulas foram remotas e essas famílias falavam, nos atendimentos, que elas dependiam da alimentação da escola. (P3).*

Em 2020, estimava-se que mais da metade dos moradores do País enfrentavam algum grau de insegurança alimentar<sup>15</sup>, havendo cerca de 9,1 milhões de crianças e adolescentes de zero a 14 anos em situação domiciliar de extrema pobreza<sup>16</sup>.

*Isso [insegurança alimentar] muito nos preocupou porque a gente tinha criança que a gente visitava e, realmente não tinha o que comer! Tivemos os casos das crianças que passaram fome, mas também, o caso das crianças obesas para escola. A grande maioria porque as crianças, praticamente viraram o tecido do sofá. (P6).*

O resultado de todas essas violações de direito irrompe, de forma geral, no que se compreende como vulnerabilidade social. Ademais, entre as consequências dessas violações, estão: desnutrição, baixa estatura, agressividade e reprodução da violência, dificuldade de inter-relacionar-se, propensão ao isolamento, sofrimento psíquico, depressão, baixa autoestima, deficiências intelectuais, dificuldade de aprendizado, 'fracasso' escolar, entre outras<sup>17</sup>. A fala abaixo expressa o ciclo da pobreza:

*Que hoje eu já tenho um certo tempo de educação e os meus ex-alunos, hoje, estão trazendo os filhos para escola e, aqueles mesmos problemas que a gente tinha com eles, eles repetem com os filhos e vão repetindo, repetindo e repetindo. (P6).*

Apesar dessas constatações, entende-se que investir tempo, afeto, condições adequadas de crescimento e suporte ao desenvolvimento cognitivo-social pode auxiliar na reversão desse quadro, uma vez que o estímulo e o acompanhamento na primeira infância podem ser importantes para a quebra dos ciclos de pobreza e vulnerabilidade<sup>16</sup>.

### **'PueriCULTURA: Ritalina para Todo Mundo'**

A princípio, inaugura-se, nessa categoria, uma discussão adiante da PueriCULTURA e, posteriormente, sua correlação com a medicalização da infância. Convencionalmente, a puericultura compreende o agrupamento de técnicas utilizadas desde a gestação até os 4 ou 5 anos de idade, para garantir o desenvolvimento físico e mental da criança, estendendo-se à puberdade<sup>18</sup>. Essa definição visa formar um adulto com melhor saúde e qualidade de vida, tendo por base a atenção à criança que auxilie todos os processos biológicos, psicológicos e sociais, de forma a prevenir enfermidades e colaborar para a expressão genética plena<sup>18</sup>.

Conforme Figueiredo<sup>19</sup>, o vir-a-ser do sujeito no mundo é permeado por um entrelaçamento de situações e acontecimentos que também são atravessados pelo ato de cuidar. O autor afirma que os cuidados para com a psique infantil, mesmo sofrendo ajustes a cada cultura, sociedade e época, ecoam significativamente ao longo da vida da criança e são pilares que permitem e permeiam o engendramento do sujeito.

A vulnerabilidade social, pano de fundo de todas as diferentes formas de violação de direito, destacou-se como um ponto central das demandas identificadas no território da APS. Dessa forma, considerando-se a atual dimensão política de retrocessos na garantia de direitos, na defesa

da vida e do cuidado em liberdade, desenvolveu-se mais claramente a problematização da produção da atenção na infância, observando-se a medicalização da vida como modelo hegemônico de resposta ante as mazelas sociais.

Em aparente paradoxo aos pontos que propiciam o pleno desenvolvimento e o cuidado na infância, os dados da pesquisa evidenciaram um amplo leque de demandas de situações de vulnerabilidade social e que, em algum momento, foram respondidas sob a égide da medicalização. Sublinham-se aqui características hegemônicas não atribuídas aos sujeitos da pesquisa, mas ao modelo estruturante que respalda a naturalização e a perpetração da vida medicalizada, como é perceptível em:

*Agora que tá chegando mais essas crianças autistas (entre aspas, né?) que estão indo para avaliação. Na minha época de Caps infantil era TDAH, era osurto do TDAH. Agora, mudou um pouquinho para o autismo. TDAH para todo mundo, Ritalina para todo mundo. (P4).*

Segundo Foucault, traz-se esse modelo como um dispositivo político de gestão social que exerce tanto disciplina quanto biopoder, executando uma biopolítica de apropriação da vida humana<sup>20</sup>.

Trata-se assim do desafio de implementar essa política transversal nos marcos de uma interdisciplinaridade tanto conceitual quanto na práxis, tendo por referência o paradigma da integralidade em saúde, para além do próprio setor saúde, em direção à rede.

### **'Rede de Nó(s)': criando laços intersetoriais**

*E a Rede somos nós [...] e continua esse nó: a gente responsabiliza a Rede como se fosse algo abstrato, algo longe... Mas somos nós! (P3).*

Para Mendes<sup>21</sup>, as RAS, coordenadas pela APS, são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si

por uma missão única, por interesses comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Mediante sua responsabilidade sanitária e econômica para com a população, a RAS objetiva ofertar uma atenção integral e longitudinal que proporcione a resposta mais oportuna às necessidades de saúde da comunidade.

Observou-se que os arranjos organizativos que constituem o processo de trabalho dos atores sociais que compuseram a rede desta pesquisa, no que concerne à promoção da saúde na primeira infância, apresentaram-se ambigualmente como um nó. Por um lado, nó que aperta, obstrui, é difícil de desatar; por outro, um nó que segura, que ampara e que integra: nó como laço. Nós e os nós.

O primeiro nó crítico identificado pelos atores sociais para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde na primeira infância foram os desafios estruturais do processo de trabalho: o excesso de trabalho, a falta de profissionais e o desamparo dos profissionais perante as impossibilidades materiais, no exercício de suas atribuições.

Compreende-se que a hegemonia do modelo biomédico de atenção: “*a gente apaga fogo*” (P3); a fragmentação do cuidado: “*às vezes os profissionais nem se encontram*” (P4); a fragilidade da APS enquanto centro de comunicação da RAS: “*a UBS não tem planejamento*” (P4); o subfinanciamento, os problemas de governança e de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): “*ver até onde a gente consegue [...] a gente precisa acionar essa rede*” (P2); estão diretamente associados aos desafios impostos no cotidiano do trabalho.

Outra adversidade debatida pelos participantes foi a dificuldade de apropriar-se do território de abrangência devido a sua grande extensão, singularidade e complexidade. Para o grupo, propor estratégias de promoção da saúde na primeira infância é considerado muito importante. Entretanto, para além da grande demanda, dos desafios exigidos e das forças atuantes no território, os participantes não se sentem capacitados para desenvolver ações e atuar nessa faixa etária (0 a 6 anos).

Assim, parece que a formação profissional é um nó crítico.

Perante as (im)possibilidades cotidianas apresentadas, os atores sociais trouxeram também a questão do sofrimento produzido pela invisibilidade da dimensão intangível do trabalho. Observou-se inicialmente uma ausência de definição de limites claros que demarquem as atribuições profissionais.

No entanto, mesmo diante dos nós críticos identificados, os atores mostraram-se propositivos, abordando os problemas do território sob a perspectiva da potência de vida. Quando os atores sociais foram abordados em relação à promoção da saúde na primeira infância, o elemento ‘intersectorialidade’ surgiu como precursor do cuidado integral, apontado como caminho possível para atender adequadamente às necessidades de saúde identificadas nessa faixa etária.

A intersectorialidade busca garantir a integralidade das ações de atendimento à criança; assim como parte do entendimento de que a criança que acessa o serviço de saúde é a mesma que acessa a creche ou a pré-escola da comunidade, as atividades de esportes, os programas da assistência social e os demais equipamentos disponíveis no território e na comunidade<sup>22</sup>.

Esse aspecto sobre integração serviço-profissional-comunidade foi manifestado nas falas. Os atores sociais refletiram sobre como promover encontros para planejar estratégias mais condizentes com as realidades do território que atendem, apontando ser imperativa a transformação dos discursos em ações.

### **‘MultiplicAÇÃO’: estratégias locais de promoção da saúde na primeira infância**

Práticas desenvolvidas comunitariamente e apoiadas nos preceitos da promoção da saúde buscam superar o modelo setorial e o paradigma medicalizante, bem como avançar na construção da intersectorialidade, da cidadania, do empoderamento e da participação

social. Nesse sentido, e em ‘passos de formiguinhas’, o grupo vai executando, com intervenções humanizadas, de modo delicado, quase imperceptível, mas com persistência, a promoção da saúde na primeira infância como ela deve ser: integral, um recurso para o enfrentamento da medicalização da vida. Assim, vão tecendo redes.

Na exposição dessas práticas, uma questão recorrente percebida foi a polissemia do conceito de promoção da saúde. Em linhas gerais, destacou-se a inexatidão apresentada pelo grupo entre os termos ‘prevenção’ e ‘promoção’, constantemente colocados como conceitos análogos. O conceito de promoção da saúde ainda emergiu delineado pela ordem biomédica, associado a práticas clínicas assistenciais e à prevenção de agravos. Em outros termos, uma linha tênue entre ‘promoção’ e ‘prevenção’ conduziu à primeira ideia de saúde como ausência de doença. Outrossim, incontestavelmente, essa compreensão interfere nas ações que foram relatadas.

Posto isso, tem-se que, no município em que o estudo foi realizado, para além das ações educativas, as intervenções em grupos praticadas intrassetorialmente também foram elencadas como espaços de promoção da saúde na primeira infância. Foi destacado que essas ações estimularam a corresponsabilização do cuidado, o apoio mútuo, a sustentabilidade das ações, além do resgate, de forma intergeracional, do brincar como recurso terapêutico, organizador e constituinte do desenvolvimento infantil; exemplificado no excerto a seguir:

*[...] E que acontecia de ações que eu achava que era bem legal... assim... com as crianças maiores de nove meses a um ano e aí, de um ano e seis meses, que a gente trabalhava, com os pais, confecções de brinquedos de recicláveis. Aí, a gente sempre se dividia. Aí, ficava algum pessoal com as crianças avaliando e fazendo as demandas e aí, uma outra equipe, com os pais, para confecção de brinquedos... assim... e era bem legal, porque, às vezes, a gente tirava algumas coisas desses pais... tipo... falta de alimentação ou violência, com uma outra forma*

*de diálogo, né, do que você e ele está sentado ali, conversando e você até sabe que existe, mas, ela não quer te falar, você também não tem como, né, exigir que isso aconteça. (P2).*

Também se evidenciou que as ações em grupos exprimem maior correspondência com o que os atores sociais qualificam como promoção da saúde em detrimento das ações individuais; o que não significa que ações individuais não possam ser desenvolvidas sob o enfoque da promoção da saúde, uma vez que podem ser capazes de instigar reflexões críticas, promovendo inclusive valores importantes como autonomia e empoderamento.

*[...] Quando eu abordo uma criança, eu faço avaliação: realmente, não tem um atraso, não tem nada, mas, independente, eu não dispenso, né? Eu chamo a mãe, acompanha tudo. Se é um pouquinho maior, dou um papel para rabiscar, dou tinta, né, enfim... (P8).*

Em alusões feitas pelos participantes, entendeu-se que a articulação entre Escola e APS é a base do PSE, e suas ações estão em conformidade com os eixos propostos pelo programa. Uma demonstração dessa parceria pode ser verificada em construções intersectoriais que foram anunciadas como ações de promoção de saúde na primeira infância:

*[...] dentro das escolas tem o projeto das hortas porque, os vetores nossos, que levam informação para casa, é muito interessante, porque a maioria das famílias tem horta em casa. A gente tem projeto adubo: horta orgânica aproveita o adubo da cozinha, tem compostagem. (P5).*

Esses projetos são, na verdade, muito mais abrangentes. As duas iniciativas, ambas com propósito de promover saúde, utilizaram-se da construção de uma horta nos espaços do CMEI e da UBS para beneficiar a comunidade.

Detalham-se aqui as ações do CMEI que se iniciam com o Projeto Municipal de Aquisição de Alimentos da Agricultura

Familiar (PAA) e o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE). Para reforçar a merenda escolar, o colégio adquire seus produtos de agricultores familiares, incluindo hortaliças, frutas, doces e pães.

Ampliando essas estratégias, em 2014, criou-se o projeto ‘Sementes do Futuro’ que, por meio de temas como o consumo consciente de água, a separação correta do lixo, o cultivo de jardins e hortas domiciliares e reflorestamento, incorporados aos CMEI, levam para as crianças o aprendizado de que precisam ter hábitos sustentáveis se quiserem garantir a disponibilidade de recursos naturais no futuro. Por isso, para diminuir a quantidade do lixo produzido no ambiente escolar, aproveitando as sobras e descartes dos alimentos consumidos pelos alunos durante as refeições, começou-se a produzir adubo para ser utilizado em hortas pedagógicas. A Autarquia Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Meio Ambiente firmaram uma parceria com o objetivo de ensinar técnicas de compostagem aos estudantes.

Observou-se que essa ação de promoção da saúde na primeira infância, a partir do comprometimento de diversos setores, sistemas, programas, serviços, atores e estruturas adequadas, oportunizou o estímulo e o apoio à alimentação complementar saudável, promovendo o acesso a ambientes de vida saudáveis e cooperando no combate da fome e da insegurança alimentar. A multiplicidade de profissionais e de serviços, além do fortalecimento da rede comunitária e o fazer político, está em conformidade com o que se espera de ações que buscam ser promotoras de saúde.

O grupo demonstrou não ignorar desafios, demandas, desejos, necessidades e potencialidades identificadas, e trouxe reflexões sobre a importância de planejar e implementar políticas de atenção à primeira infância de forma intersetorial para promover o desenvolvimento infantil integral. Os atores sociais consideraram o investimento na primeira infância como primordial para a garantia de um futuro melhor, como exemplifica a fala:

*Lá dentro do CMEI, neste período pandêmico, porém foi pontual, aconteceu a entrega das cestas [referindo-se às cestas básicas de alimentos e produtos hortifrutigranjeiros] [...] dessa maneira, as Diretoras, Professoras, Coordenadoras, recebiam, separado, o pessoal que tinha contrato com o Município [referindo-se à agricultura familiar] levaram todas as caixas lá, ia lá, ajudava descarregar, separava, colocava na sacola e nomeava e ainda entregava. 'Ah, não deu para buscar!', aí a criança ficava com fome, aí o que a gente fazia: eu enchia o porta-mala do meu carro e ia, de casa em casa, depois do horário. (P6).*

Nessa iniciativa liderada pelo CMEI, foi possível perceber que não foram apenas entregas de cestas básicas, mas, para além disso, articulações intra e intersetoriais foram realizadas e ativaram Cras, UBS, Autarquia Municipal de Educação, Autarquia Municipal de Saúde, Secretaria do Meio Ambiente, Secretaria de Assistência Social, Gestão Municipal e Comunidade. Dessa forma, as crianças cadastradas no Programa Bolsa Família por intermédio da escola recebiam as cestas fornecidas pelo Cras, e aquelas que não estavam cadastradas, igualmente foram incluídas no programa. Ressalta-se que a ação advogou pela garantia de direitos básicos a essas famílias como precursora da defesa da saúde e da vida. A solidariedade, o respeito e o compromisso ético das professoras asseguraram o acesso a todas as crianças, ainda se observando as questões de equidade e inclusão social.

## Considerações finais

Os primeiros anos de vida são como a fundação de uma casa, e, ao investir na primeira infância, investe-se em toda a sociedade: ao mudar o começo da história, muda-se a história toda<sup>23</sup>. Imbuída dessa vontade, esta pesquisa imergiu no campo da promoção da saúde na primeira infância.

Com a pesquisa ancorando-se nas discussões sobre promoção da saúde na primeira

infância e na intersectorialidade, verificou-se a existência, além das demandas, também de estratégias, recursos e potências. O conjunto de ideias centrais reveladas nesta pesquisa trouxe à tona a visão de uma primeira infância fragilizada, demarcada por uma lacuna assistencial que, mesmo em seus incontáveis avanços, ainda mostra sinais de uma sociedade vulnerável.

Notou-se, por conseguinte, um padrão de concordância entre os participantes da pesquisa em relação aos problemas identificados na primeira infância como relevantes e prioritários, principalmente aqueles relativos ao aumento das demandas de ordem sociais e clínicas; à eclosão de transtornos ‘psiquiátricos’ cada vez mais cedo; às dificuldades da rede para lidar com os pais na construção da parentalidade e no desenvolvimento infantil, principalmente diante do modelo biomédico e da lacuna de formação. A sobrecarga e o sucateamento do trabalho, os recursos insuficientes e a persistência malsucedida de articulação com os conselhos e com a participação popular também dificultam as iniciativas intersectoriais e a aproximação aos preceitos da promoção da saúde.

A pesquisa destaca positivamente as intervenções coletivas que consideraram a intergeracionalidade, criando espaços físicos e psíquicos de brincar e de produção de vida, além dos mecanismos utilizados para o favorecimento de famílias e comunidades na construção de hortas sustentáveis.

Já a despeito de ações intersectoriais, apresentaram-se as palestras, as campanhas, o PSE, os projetos e as ações desenvolvidas pelo CMEI durante a pandemia da Covid-19, que adquiriram novos sentidos e significados quando se buscou superar o modelo assistencial preponderante e inclinou-se a operar sob a lógica da intersectorialidade, da clínica ampliada, do cuidado centrado na pessoa e do protagonismo da comunidade.

Destaca-se o conjunto de estratégias governadas pela educação que, a partir das necessidades do território, buscou uma articulação

intersectorial associando saúde, assistência social, gestão municipal e comunidade. Além disso, por meio da parceria com a agricultura familiar e aquisição de produtos orgânicos custeados pelo município, considerou questões de acesso, acessibilidade, inclusão social, equidade, solidariedade, humanização, sustentabilidade e ética, agregando quase em sua totalidade toda base valorativa da promoção da saúde.

Acredita-se que as diretrizes até então preconizadas pela gestão pública em saúde devam ser colocadas em prática, permitindo aos profissionais a operacionalização das demandas existentes. Para isso, sugere-se fortalecer a lógica da promoção da saúde tecendo redes locais, para o desenvolvimento integral na primeira infância, e a construção de um modelo exequível (programático, financeiro e de avaliação).

Não foi possível contar com a presença de representantes do esporte e da cultura devido à realidade sanitária do novo coronavírus; assim, optou-se também por não inserir um representante da comunidade, pois o Conselho Local de Saúde estava suspenso. Outras limitações estão associadas ao fato de a pesquisa ser pontual, realizada em coleta única e durante uma pandemia, além de estar apoiada sob a perspectiva dos(as) coordenadores(as) para eleição do território. Assim, recomenda-se que futuramente se realizem projetos aplicativos, de intervenção, pesquisa-ação e oficinas para ultrapassar diagnósticos e pautar discussões *in loco* no território e nos espaços escolares, incluindo comunidade, outros serviços, setores e movimentos sociais.

De tal modo, sugere-se que, para consolidar o desejo expresso de ofertar a integralidade da atenção e contribuir para o fortalecimento das políticas públicas, aposte-se em estratégias capazes de combater e superar a desarticulação presente entre as esferas políticas, de planejamento e de gestão, investindo no planejamento ascendente e compartilhado, além de traduzir essas dimensões intangíveis para ações concretas.

Propõe-se, por fim, que a reflexão sobre a promoção da saúde enquanto alternativa antagônica à medicalização da vida seja parte inerente das discussões sobre processo saúde-doença e na produção do cuidado na infância, e que se invista na intersectorialidade como catalisadora de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidades do território, estabelecendo-se redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando-se um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais. Dessa forma, viabiliza-se o fortalecimento da integralidade do cuidado à medida que se trabalha com ações vinculadas à clínica, à

vigilância em saúde e à promoção da saúde. São ações pensadas pela, para e com a comunidade para desenvolver e promover, no ‘micro’ e no ‘macro’, saúde no território, em especial, na primeira infância. Tecer redes locais é um dos caminhos possíveis.

## Colaboradores

Moura CS (0000-0001-7773-1010)\*, Grossi-Milani R (0000-0003-2918-1266)\*, Mendonça FF (0000-0002-3532-5070)\* e Loch MR (0000-0002-2680-4686)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

## Referências

1. Souza PF, Maciel SC, Medeiros KT. Paradigma Bio-médico X Psicossocial: onde são ancoradas as representações sociais acerca do sofrimento psíquico? *Trends in Psychology*. 2018 [acesso em 2022 fev 15]; 26(2):883-895. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-389X2018000200013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-389X2018000200013&lng=pt&nrm=iso).
2. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, Estados Unidos: JHU Press; 2007.
3. Tavares LAT. *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2010.
4. Whitaker R. Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. In: Whitaker R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.
5. Campos RO, Passos E, Palombini A, et al. *Gestão autônoma da medicação – Guia de Apoio a Moderadores*. 2014 [acesso em 2022 out 1]. Disponível em: [www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia\\_gam\\_moderador\\_-\\_versao\\_para\\_download\\_julho\\_2014.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf).
6. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 5 Ago 2015.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*. 2017 [acesso em 2022 jan 24]; 389(10064):91-102.
9. Colussi CF, Pereira KG. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. Florianópolis: UFSC; 2016.
10. Rasella D, Basu S, Hone T, et al. Morbidade e mortalidade infantil associadas a respostas políticas alternativas à crise econômica no Brasil: um estudo de micro-simulação nacional. *PLoS Med*. 2018 [acesso em 2022 jan 19]; (15):e1002570.
11. Apucarana. Prefeitura, Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2021 [acesso em 2022 fev 3]. Disponível em: <https://apucarana.atende.net/autoatendimento/servicos/consulta-de-licitacoes/detalhar/atende.php?rot=1&aca=571&ajax=t&processo=viewFile&ajaxPrevent=1650575546894&file=77BC4ABF80015EB0F106B9C7B7AD97F00E787A70&sistema=WTR&classe=UploadTransparencia>.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Pinheiro R, Araujo RM. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 6. rev. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; CEPESC; ABRASCO; 2006. [acesso em 2022 out 3]. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/os-sentidos-da-integralidade-na-atencao-e-no-cuidado-saude/4604>.
14. Organização Mundial da Saúde. Comissão para os Determinantes Sociais de Saúde. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Lisboa: Organização Mundial da Saúde; 2010. [acesso em 2022 jan 19]. Disponível em: [https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/03/Reducao\\_desigualdades\\_relatorio2010\\_Determinantes-Sociais-de-Saude.pdf](https://www.patriciamagno.com.br/wp-content/uploads/2021/03/Reducao_desigualdades_relatorio2010_Determinantes-Sociais-de-Saude.pdf).
15. Rede PENSSAN. Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. [data desconhecida]. [acesso em 2022 jan 29]. Disponível em: <https://pesquisassan.net.br/olheparaafome/>.
16. Fundação ABRINQ. Cenário da infância e adolescência no Brasil. São Paulo: RWC Gráfica; 2021.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
18. Bonilha LRCM, Rivorêdo CRSF. Puericultura: duas concepções distintas. *Jornal de Pediatria*. 2005; (81):7-13.
19. Figueiredo LC. As diversas faces do cuidar: considerações sobre a clínica e a cultura. Rio de Janeiro: Garamond; 2009.
20. Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
21. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
22. Brasil. Secretaria Executiva da Rede Nacional da Primeira Infância, Instituto da Infância. A interseccionalidade nas políticas públicas para a primeira infância. 2015. [acesso em 2022 fev 2]. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/07/GUIA-INTERSECCIONAL.pdf>.
23. Brasil. Casa Civil. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004b. Cria o Programa Bolsa Família. *Diário Oficial da União*. 12 Jan 2004.
24. Comitê Científico do Núcleo pela Infância. Importância dos vínculos familiares na primeira infância: estudo II. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal; 2016.

---

Recebido em 22/04/2022

Aprovado em 07/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Tendência da Cobertura Vacinal em crianças de zero a 12 meses – Piauí, Brasil, 2013-2020

## *Trend in Vaccination Coverage in children aged zero to 12 months – Piauí, Brazil, 2013-2020*

Antoniello Araújo de Freitas<sup>1</sup>, Frankeline Gonçalves de Arêa Leão Moreira<sup>1</sup>, José Wicto Pereira Borges<sup>1</sup>, Carlos Eduardo Batista de Lima<sup>1</sup>, Malvina Thais Pacheco Rodrigues<sup>1</sup>, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E505

**RESUMO** O estudo teve como objetivo analisar a tendência temporal da Cobertura Vacinal (CV) em crianças de zero a 12 meses de idade. Trata-se de estudo ecológico de série temporal da CV em crianças de zero a 12 meses de idade, Piauí, de 2013 a 2020, utilizando dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações. Empregou-se o modelo autorregressivo de Prais-Winsten para estimar a tendência da CV para oito imunobiológicos. As tendências foram categorizadas em decrescente, crescente ou estacionária. Verificou-se redução na CV de todos os imunobiológicos. Observou-se tendência decrescente na CV de Hepatite B (Variação Percentual Anual [VPA] = -4,5; IC95%: -7,3; -1,6), Meningocócica C (VPA = -1,7; IC95%: -3,1; -0,2), Pentavalente (VPA = -4,2; IC95%: -7,0; -1,3) e Febre Amarela (VPA = -3,2; IC95%: -5,9; -0,5); e estacionária para BCG (VPA = -2,5; IC95%: -5,7; 0,9), Rotavírus Humano (VPA = -1,5; IC95%: -3,2; 0,2), Pneumocócica (VPA -0,7; IC95%: -2,7; 1,3) e Poliomielite (VPA = -2,1; IC95%: -5,3; 1,1). Concluiu-se que, com as tendências decrescentes e estacionárias das CV, é necessário o desenvolvimento de políticas públicas para esclarecimento e recrutamento da população acerca da vacinação em crianças de zero a 12 meses de idade.

**PALAVRAS-CHAVE** Cobertura Vacinal. Vacinação. Programas de imunização. Estudos de séries temporais.

**ABSTRACT** *The study aimed to analyze the temporal trend of Vaccination Coverage (VC) in children from 0 to 12 months of age. This is an ecological time series study of VC in children aged 0 to 12 months, Piauí, from 2013 to 2020, using data from the National Immunization Program Information System. The Prais-Winsten autoregressive model was used to estimate the VC trend for eight immunobiologicals. Trends were categorized as decreasing, increasing, or stationary. There was a reduction in the VC of all immunobiologicals. There was a decreasing trend in the VC of Hepatitis B (annual percentage change [APC] = -4.5; 95%CI: -7.3; -1.6), Meningococcal C (APC = -1.7; 95%CI: -3.1; -0.2), Pentavalent (APC = -4.2; 95%CI: -7.0; -1.3) and Yellow Fever (APC = -3.2; 95%CI: -5.9; -0.5); and stationary values for BCG (APC = -2.5; 95%CI: -5.7; 0.9), Human Rotavirus (APC = -1.5; 95%CI: -3.2; 0.2), Pneumococcal (APC -0.7; 95%CI: -2.7; 1.3); and Poliomyelitis (APC = -2.1; 95%CI: -5.3; 1.1). It was concluded that with the decreasing and stationary trends of VC, it is necessary to develop public policies to clarify and recruit the population about vaccination in children from 0 to 12 months of age.*

**KEYWORDS** *Vaccination Coverage. Vaccination. immunization Programs. Time series studies.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Teresina (PI), Brasil.  
antoniello1@gmail.com



## Introdução

Nas duas primeiras décadas do século XXI, políticas públicas de saúde do Brasil têm sido desenvolvidas de modo a contribuir para a redução da mortalidade infantil, tais como programas e ações de acesso aos serviços de saúde e desenvolvimento de intervenções enfocando a população infantil, como a vacinação<sup>1-2</sup>.

Historicamente, a partir da década de 1990, as coberturas vacinais em menores de 1 ano apresentaram taxas superiores a 95%, o que demonstra a elevada adesão da população à vacinação e ratifica o compromisso e o êxito do Programa Nacional de Imunização (PNI). Todavia, em 2007, identificou-se substancial redução nas coberturas vacinais no País. A partir de 2016, o declínio foi de aproximadamente 10 a 20 pontos percentuais. Tal redução favorece o ressurgimento de doenças como o sarampo, cuja elevada incidência verificada em 2018 e 2019 em vários estados brasileiros foi suficiente para que o Brasil perdesse o certificado de erradicação da doença<sup>2</sup>.

No Piauí, segundo análise situacional realizada pela Secretaria de Estado da Saúde (Sesapi), nos anos de 2009 e 2010, a Cobertura Vacinal (CV), em crianças de até 12 meses de idade, contra Rotavírus Humano esteve abaixo da mínima preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), enquanto as demais vacinas (BCG, Pentavalente, Poliomielite, Febre Amarela e Tríplíce Viral) alcançaram a meta estipulada pelo MS. Entretanto, ao comparar as CV, constatou-se redução em todos os imunobiológicos em 2010<sup>3</sup>. Esse indicativo de redução da CV no estado, em conjunto com a previsão de queda mediante a pandemia da Covid-19<sup>2</sup>, direciona o foco deste estudo para o Piauí.

Considerando o impacto da vacinação na prevenção de doenças e nos indicadores de saúde pública, as crianças de zero a 12 meses de idade constituem um grupo que merece atenção especial, por integrar um público suscetível a diversas doenças imunopreveníveis e pela importância da imunização nos primeiros meses de vida. Dessa maneira, o

monitoramento das taxas de CV é fundamental para subsidiar o desenvolvimento de ações que favoreçam a adesão dos pais e responsáveis à administração oportuna e adequada de vacinas às crianças em seu primeiro ano de vida.

Tendo em vista o declínio das CV em todo o País nos últimos anos e suas consequências para o controle de doenças imunopreveníveis, bem como a necessidade de monitoramento desse indicador, além da ausência de estudos que se propõem a contribuir para esse tipo de análise para a população do território piauiense, o artigo teve como objetivo analisar a tendência temporal da CV em crianças de zero a 12 meses de idade, no estado do Piauí, Brasil, no período de 2013 a 2020.

## Material e métodos

Estudo ecológico de série temporal da tendência da CV em crianças de zero a 12 meses de idade, no estado do Piauí, Brasil, no período de 2013 a 2020. Foram analisadas todas as vacinas que têm como população-alvo crianças de zero até 12 meses de idade: BCG, Hepatite B, Poliomielite, Meningocócica C, Rotavírus Humano, Pneumocócica, Pentavalente e Febre Amarela<sup>4</sup>.

A variável dependente (Y) do estudo foi a taxa de CV de cada imunobiológico ofertado para a população de zero a 12 meses de idade. A variável independente (X) foi o ano-calendário de administração das vacinas. Os dados para o cálculo das CV de cada imunobiológico foram obtidos no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS)<sup>5</sup>. A fórmula adotada pelo SI-PNI/DataSUS para o cálculo da CV é: número de crianças com esquema básico completo na idade-alvo dividido pelo número de crianças de zero a 12 meses (população-alvo), multiplicado por 100, estratificadas por ano.

Os valores das CV obtidas foram exportados para planilha do programa Microsoft Excel Office 2016<sup>®</sup>. No programa Stata<sup>®</sup> versão 14

(StataCorp LP, College Station, EUA), foi calculada a Variação Percentual Anual (VPA) das taxas e as tendências das CV usando o método Prais-Winsten para regressão linear, com nível de 5% de significância<sup>6</sup>. Foram calculados os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) da VPA.

A tendência temporal das taxas de CV foi classificada como crescente (se o valor da VPA fosse positivo e o IC95% não contivesse o zero), decrescente (se o valor da VPA fosse negativo e o IC95% não contivesse o zero) e estacionária (se o IC95% contivesse o zero)<sup>6</sup>.

Devido ao fato de os dados do estudo serem secundários, de acesso público e irrestrito, sem expor humanos à coleta ou à intervenção e sem a identificação nominal de participantes, não houve necessidade de aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de

Ética em Pesquisa, resguardando os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

A *tabela 1* apresenta as CV, por imunobiológicos, em crianças de zero a 12 meses, no Piauí, no período de 2013 a 2020. A vacina BCG obteve maior valor de CV em 2013, 2014, 2017 e 2018; Meningocócica C, em 2015; Hepatite B, em 2016; e Pneumocócica, em 2019 e 2020. Os menores valores da CV foram obtidos para Febre Amarela em quatro anos (2014, 2015, 2019 e 2020); Pentavalente, em três anos (2013, 2019 e 2020); Hepatite B, nos dois últimos anos (2019 e 2020); e Poliomielite, em apenas 2016.

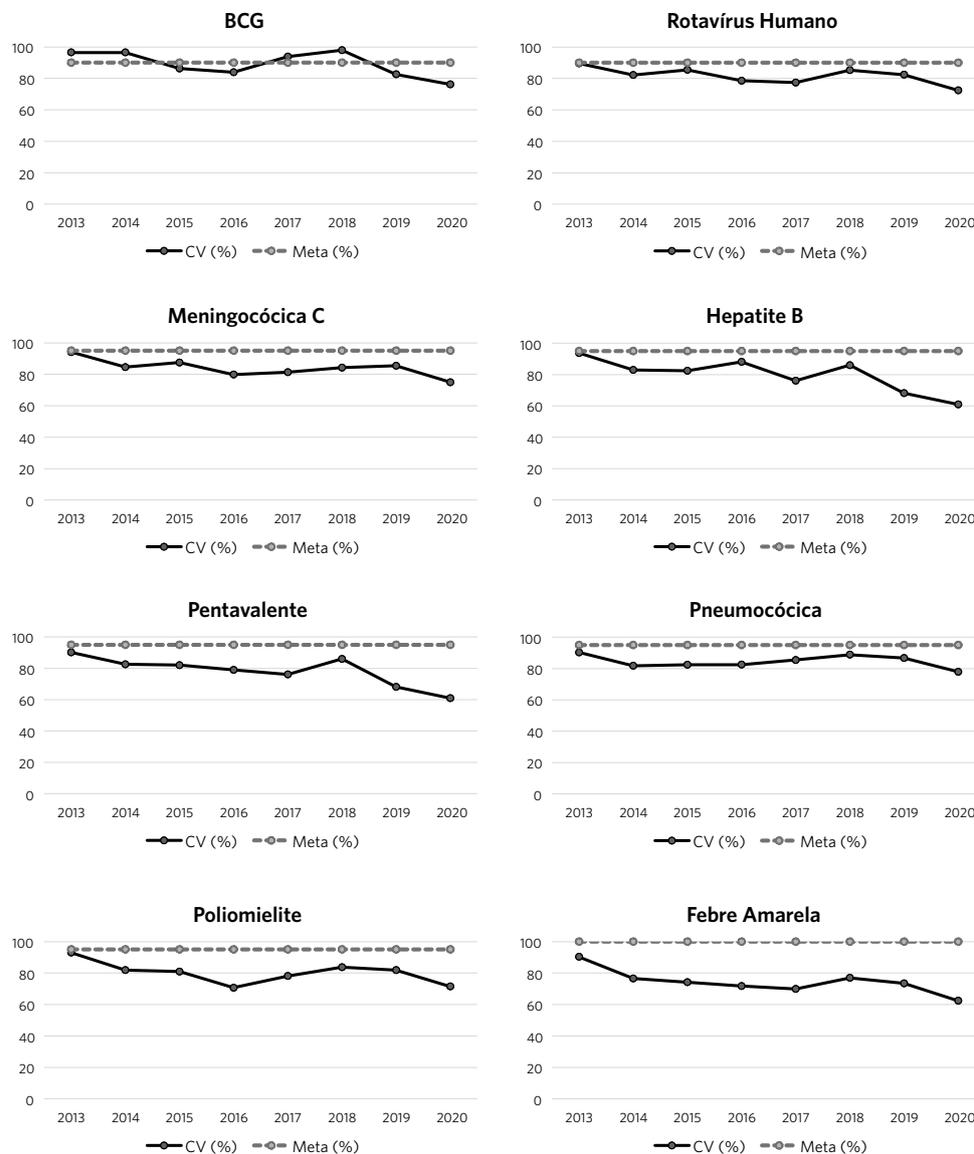
Tabela 1. Cobertura vacinal (%) em crianças de zero a 12 meses, por imunobiológico, Piauí, 2013-2020

Imunobiológico	Ano								Média
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
BCG	96,5	96,5	86,3	83,9	93,9	97,9	82,6	76,2	89,2
Rotavírus Humano	89,6	82,2	85,5	78,5	77,3	85,3	82,4	72,5	81,7
Meningocócica C	94,1	84,5	87,4	79,8	81,4	84,2	85,4	75,0	84,0
Hepatite B	93,7	82,9	82,4	88,1	76,1	86,0	68,2	61,0	79,8
Pentavalente	90,2	82,5	82,0	79,0	76,1	86,0	68,2	61,0	78,1
Pneumocócica	90,3	81,8	82,4	82,5	85,5	88,8	86,7	77,9	84,5
Poliomielite	93,1	81,9	80,9	70,7	78,1	83,7	81,9	71,5	80,3
Febre Amarela	90,3	76,5	74,2	71,7	69,9	76,9	73,4	62,4	74,5
Média	92,2	83,6	82,6	79,3	79,8	86,1	78,6	69,7	81,5

Fonte: elaboração própria com base no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações<sup>5</sup>.

A *figura 1* ilustra as CV dos imunobiológicos no período investigado.

Figura 1. Evolução temporal da cobertura vacinal (%) em crianças de 0 a 12 meses de idade, por imunobiológico, Piauí, 2013-2020



Fonte: elaboração própria com base no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações<sup>5,7</sup>.

Observou-se que, de 2013 a 2017, houve oscilações (aumentos e regressões) nas coberturas. Em 2018, todas as vacinas tiveram elevação da taxa. Por outro lado, em 2019, sete dos oito imunobiológicos avaliados apresentaram redução, excetuando-se a vacina Meningocócica C. Em 2020, todas as CV declinaram.

BCG alcançou o maior valor médio da CV no período analisado (89,2%) enquanto

Febre Amarela obteve o menor valor (74,5%). De modo geral, a média da CV no território piauiense foi maior no ano de 2013 (92,2%) e menor em 2020 (69,7%). A média também indicou queda na CV nos dois últimos anos do período investigado: 2020 teve quase 9 pontos percentuais a menos do valor registrado em 2019, que já havia sofrido redução de 7,5 pontos em relação a 2018.

Tabela 2. Análise da tendência da cobertura vacinal (%) em crianças de zero a 12 meses de idade, por imunobiológico, Piauí, 2013-2020

Imunobiológico	Cobertura vacinal (%)		Variação percentual anual		IC95%		Valor de p	Tendência
	2013	2020	(%)	Limite inferior	Limite superior			
	BCG	96,5	76,2	-2,5	-5,7	0,9		
Rotavírus Humano	89,6	72,5	-1,5	-3,2	0,2	0,069	Estacionária	
Meningocócica C	94,1	75,0	-1,7	-3,1	-0,2	0,036	Decrescente	
Hepatite B	93,7	61,0	-4,5	-7,3	-1,6	0,009	Decrescente	
Pentavalente	90,2	61,0	-4,2	-7,0	-1,3	0,013	Decrescente	
Pneumocócica	90,3	77,9	-0,7	-2,7	1,3	0,428	Estacionária	
Poliomielite	93,1	71,5	-2,1	-5,3	1,1	0,158	Estacionária	
Febre amarela	90,3	62,4	-3,2	-5,9	-0,5	0,029	Decrescente	

Fonte: elaboração própria com base no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações<sup>5</sup>.

A *tabela 2* apresenta a análise da série temporal da CV de cada imunobiológico, a VPA média e os IC95%. Verificou-se redução na CV de todos os imunobiológicos. A tendência decrescente, estatisticamente significativa, foi observada na CV de Hepatite B, Meningocócica C, Pentavalente e Febre Amarela. Mantiveram-se estacionárias, embora com redução não significativa estatisticamente, as CV para BCG, Rotavírus Humano, Pneumocócica e Poliomielite.

## Discussão

Os resultados encontrados mobilizam reflexões pertinentes e necessárias para o contexto da saúde pública no estado do Piauí, em especial, do público infantil, pois apenas a vacina BCG chegou a alcançar a meta estabelecida de CV segundo o PNI (90%)<sup>7</sup> em quatro dos oito anos incluídos nesta análise.

As baixas taxas de CV podem ser decorrentes dos menores valores de renda familiar mensal e elevada desigualdade social com restrições de acesso a educação, saneamento básico, proteção social, condições de moradia e comunicação. O Piauí apresenta um dos mais baixos Índices

de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil (0,697), ocupando 24<sup>o</sup> lugar entre os estados, realidade bastante preocupante, uma vez que, em regiões com más condições ambientais e dificuldade de acesso a serviços de saúde, é esperado um elevado número de óbitos infantis por causas evitáveis, como aquelas relacionadas com a falta de vacinação<sup>8</sup>.

Além disso, o declínio de todas as vacinas no ano de 2020 revela os impactos da pandemia da Covid-19. As medidas de contenção do vírus incluíram o isolamento social e as recomendações de permanência nos lares, condições que dificultaram o acesso das pessoas aos serviços de saúde da atenção básica<sup>2,9</sup>, o que contribuiu para aumentar o risco de transmissão de doenças infectocontagiosas<sup>10</sup>.

As condições de CV e respectivas tendências em crianças piauienses podem ainda ser retrato do impacto dos serviços de saúde locais. Conforme estudo desenvolvido pelo Instituto de Estudos para Políticas de Saúde (Ieps), entre 2015 e 2020, houve baixos índices de municípios no Piauí que alcançaram as metas estabelecidas pelo MS<sup>11</sup>, o que contribuiu para coberturas abaixo do esperado no estado. Portanto, o fortalecimento da vacinação em todos os municípios é relevante para

a manutenção das taxas e da saúde pública infantil em escala estadual.

A tendência decrescente da vacina Hepatite B significa risco de contágio pelo vírus da hepatite B, pois a vacina é altamente imunogênica, protege contra a infecção, induz uma resposta adequada em, aproximadamente, 95% das crianças<sup>12</sup> e reduz as chances de cronificação em menores de 1 ano<sup>13</sup>. É estimado que 15% da população brasileira já teve contato com o vírus e que 1% apresenta a forma crônica, sendo o Nordeste classificado como área de endemicidade intermediária<sup>12</sup>, condições que estabelecem um estado de atenção para o decréscimo da CV referente ao imunobiológico.

A doença meningocócica é considerada um agravo de saúde pública de grande proporção que pode evoluir com complicações graves e sequelas importantes. Assim, a tendência decrescente para a vacina Meningocócica C merece destaque, tendo em vista maior incidência da doença em crianças menores de 1 ano de idade e, no caso de não completarem o esquema básico, estarem ainda mais suscetíveis, pois a vacinação é a melhor forma de prevenção para as crianças vacinadas e ainda funciona como forma de proteção indireta para as não vacinadas<sup>1</sup>.

No caso da Pentavalente (imunobiológico composto pela combinação das vacinas DTPa – difteria, tétano, coqueluche [*pertussis*] –, *Haemophilus influenzae b* [Hib] e hepatite B)<sup>14</sup>, a tendência decrescente representa risco de reintrodução de doenças controladas<sup>15</sup>, tais como a difteria, a qual possui surto ativo em países com fluxo migratório para o Brasil, como Haiti e Venezuela, iniciados, respectivamente, em 2014 e 2016, situação preocupante quanto à ocorrência de casos importados e disseminação da doença no País<sup>16</sup>. Além disso, em 2019, alguns lotes da Pentavalente foram reprovados no teste de qualidade do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS) e análise da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o que proporcionou sua falta no País e contribuiu significativamente para a queda das taxas do ano<sup>17</sup>.

A febre amarela teve o reaparecimento no Brasil entre 2016 e 2018, atingindo grandes centros urbanos em que a população não estava imunizada<sup>18,19</sup>. A imunização contra a doença já era recomendada para áreas do Piauí antes mesmo do surto<sup>19</sup>, mas, em janeiro de 2018, a Sesapi emitiu Nota Técnica com orientações a 57 municípios, os quais fazem divisa com estados com casos confirmados, recomendando condição de vigilância e implementação do esquema vacinal<sup>20</sup>, fato que pode ter contribuído para a elevação da CV em 2018. Entretanto, não surtiu o efeito necessário nos anos seguintes. Diante disso, observa-se que ações pontuais são relevantes, mas que as CV e o seu aumento dependerão de ações e planos consistentes e contínuos nas condições de vigilância, pois os riscos já são percebidos atualmente.

A vacina BCG apresentou tendência estacionária. O desabastecimento do imunobiológico nos anos de 2015 e 2017 pelo MS pode ter impactado na não vacinação oportuna e no número de vacinados<sup>10</sup>. Desse modo, as crianças que não são imunizadas com essa vacina ficam expostas à tuberculose, pois a vacinação pela BCG é prevenção primária contra a doença e suas formas graves, e a não adesão pode acarretar o contágio pela bactéria (*Mycobacterium tuberculosis*) que a produz e na sua transmissibilidade<sup>21</sup>, representando riscos para o seu controle e desafios para o enfrentamento da doença; e, conseqüentemente, impactos negativos no coeficiente de incidência de tuberculose<sup>22</sup>.

A tendência estacionária do imunizante Rotavírus Humano é motivo de preocupação, considerando que as baixas CV no período analisado podem desencadear exposição ao vírus (rotavírus, da família *Reoviridae*) causador de diarreia grave que, em sua maioria, atinge crianças de até 5 anos de idade, com maior gravidade nos dois primeiros anos de vida<sup>23</sup>. Além de causar infecção no trato digestivo, desidratação e gastroenterites, o vírus ocasiona o óbito de milhares de crianças no mundo, principalmente nos países em

desenvolvimento<sup>24,25</sup>. Desse modo, a não vacinação se constitui em grave problema de saúde pública com grande efeito sobre a mortalidade e a morbidade infantil<sup>25</sup>.

Destaca-se ainda que, caso a vacinação não ocorra em idade oportuna, não poderá ser realizada tardiamente, o que pode contribuir para o decréscimo na tendência temporal e CV do imunobiológico. Assim, tão importante quanto vacinar, é primordial que a administração das vacinas aconteça de modo a respeitar a idade ideal (idades mínima e máxima) e os intervalos entre as doses (vacinas com esquema multidoses), a fim de contribuir para a obtenção e manutenção das taxas preconizadas<sup>26</sup>.

A Vacina Pneumocócica Conjugada 10-valente (VPC10) combate uma das doenças mais prevalentes na infância e com alta taxa de letalidade nos primeiros meses de vida: a pneumonia<sup>1</sup>. Nesse sentido, a tendência estacionária indica que crianças estão em condições vulneráveis para adquirir a respectiva doença, uma vez que a CV está abaixo do esperado e com tendência estacionária, predispondo a números elevados de adoecimento e morte de uma doença imunoprevenível.

Acerca da Poliomielite, em 2018, o MS alertou para a necessidade de manutenção de elevadas taxas do imunizante para evitar a reintrodução do vírus no País, tendo em vista a sua circulação em 23 países (com registro na Venezuela, país vizinho e com fluxo migratório para o Brasil) e 312 cidades (31 piauienses) com baixa CV (taxa menor que 50%) em menores de 1 ano de idade<sup>27</sup>. Tal alerta pode justificar a tendência estacionária do imunobiológico.

Entre possíveis ações que poderiam contribuir para aumentar os valores das taxas de CV, uma delas seria substituir a elaboração de planos de ações vacinais a partir da demanda espontânea dos usuários por um planejamento de ações, gestão dos serviços e operacionalização das ações de imunização a partir do monitoramento do estado vacinal das pessoas nos diferentes municípios<sup>10</sup>.

Nesse sentido, a vacinação precisa ser priorizada no planejamento das ações na Atenção Primária à Saúde (APS), aproveitando-se das oportunidades para vacinar daqueles que procuram os serviços de saúde. É responsabilidade da equipe de saúde efetivar estratégias para o alcance da meta, como busca de faltosos, educação em saúde, atividades extramuros, entre outras<sup>15</sup>.

A orientação dos pais/familiares/responsáveis sobre a vacinação das crianças também é fundamental, pois tem sido levantada como motivo de atenção e de impacto nos números sobre vacinação<sup>15</sup>, inclusive com o movimento antivacina que se intensificou com a disseminação de notícias falsas em redes sociais virtuais<sup>24</sup>, oscilando entre aqueles que consideram que devem vacinar seus filhos, os que possuem dúvidas sobre a decisão de vacinar as crianças e os que optam por não aderir à vacinação por justificativas como baixa percepção do risco da doença, medo de eventos adversos pós-vacina, questionamentos sobre sua eficácia e opção de outras formas de proteção da saúde<sup>28</sup>.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a utilização de dados secundários, podendo ocorrer subnotificação e comprometer a fidedignidade dos dados. Entretanto, essa limitação não inviabiliza a análise e fornece achados que podem auxiliar na implantação de estratégias para aumentar a CV.

## Conclusões

A CV em crianças de zero a 12 meses de idade no estado do Piauí, no período de 2013 e 2020, configura uma situação preocupante uma vez que apresentou redução para todas as vacinas analisadas. Tais resultados demonstram a importância de estratégias para o esclarecimento da população sobre a importância das vacinas, bem como o acesso universal de modo a garantir o alcance das metas estabelecidas e, assim, evitar o ressurgimento de doenças erradicadas, principalmente entre as populações mais vulneráveis.

## Colaboradores

Freitas AA (0000-0001-7512-1956)\* colaborou para concepção do estudo, realizou a análise de dados, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e formatação da versão final a ser publicada. Moreira FGAL (0000-0001-8886-9699)\* participou na concepção do estudo, realizou a análise de dados

e redação do artigo. Borges JWP (0000-0002-3292-1942)\* e Lima CEB (0000-0003-4645-6348)\* colaboraram para concepção do estudo e revisão crítica do conteúdo. Rodrigues MTP (0000-0001-5501-0669)\* e Mascarenhas MDM (0000-0001-5064-2763)\* contribuíram para concepção do estudo, revisão crítica do conteúdo e aprovação final de sua versão a ser publicada. ■

## Referências

1. Silva I, Santos PFBB, Silva BCO, et al. Situação vacinal de Meningocócica C e Pneumocócica 10 valente em crianças matriculadas na educação infantil. *Saúde Pesqui.* 2020 [acesso em 2021 ago 20]; 13(1):105-13. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/7573>.
2. Sato APS. Pandemic and vaccine coverage: challenges of returning to schools. *Rev. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 ago 20]; (54):1-8. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2020.v54/115/en>.
3. Piauí. Secretaria de Estado da Saúde do Piauí, Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Diagnóstico situacional da saúde da criança e da mulher no estado do Piauí: ênfase na gestante e no recém-nascido. Teresina: Sesapi; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Calendário de Vacinação de Criança - 2020. 2020. [acesso em 2021 maio 24]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-de-vacinacao>.
5. Brasil. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de saúde: sistemas e aplicativos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2021. [acesso em 2021 maio 24]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>.
6. Antunes JLF, Cardoso MRA. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2015 [acesso em 2021 jun 10]; 24(3):565-76. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000300024>.
7. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações. Coberturas vacinais no Brasil. Período: 2010-2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. [acesso em 2021 maio 24]. Disponível em: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/br\\_5113.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/br_5113.pdf).
8. Costa REAR, Rocha CEMC, Nogueira LT, et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis no estado do Piauí: 2008 a 2017. *REAS.* 2020 [acesso em 2021 jun 21]; 12(10):e4312. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4312>.
9. Couto MT, Barbieri CLA, Matos CCSA. Considerations on COVID-19 impact on the individual-society relationship: from vaccine hesitancy to the cla-

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- mor for a vaccine. *Saúde Soc.* 2021 [acesso em 2021 set 10]; 30(1):e200450. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450>.
10. Arroyo LH, Ramos ACV, Yamamura M, et al. Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. *Cad. Saúde Pública.* 2020 [acesso em 2021 jun 10]; 36(4):e00015619. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015619>.
  11. Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Panorama da Cobertura Vacinal no Brasil, 2020. 2021. [acesso em 2021 set 13]. Disponível em: <https://ieps.org.br/pesquisas/panorama-da-cobertura-vacinal-no-brasil-2020/>.
  12. Evangelista CBA, Carvalho GD, Silva KCO, et al. Aspectos epidemiológicos da hepatite B no município de Teresina. *REAS.* 2021 [acesso em 2022 set 15]; 13(5):1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e7029.2021>.
  13. Brasil. Ministério da Saúde. *Hepatites virais.* Brasília, DF: Editora MS; 2007.
  14. Souza ACF, Maia FR, Soares GAR, et al. Análise comparativa da cobertura vacinal de Pentavalente entre os estados da região Sudeste do Brasil. *Rev Saber Digital.* 2020 [acesso 2021 jun 20]. 13(2):43-54. Disponível em: <http://revistas.faa.edu.br/index.php/SaberDigital/article/view/897>.
  15. Vieira ML, Soares SR, Santos LB, et al. Cobertura vacinal da Pentavalente e da Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Enferm. UFSM.* 2021 [acesso em 2021 jun 10]; 11(e16):1-21. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769243442>.
  16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância em Saúde no Brasil 2003-2019: da criação da Secretaria de Vigilância em Saúde aos dias atuais.* *Bol Epidemiol.* 2019 [acesso em 2021 set 10]; 50(esp):1-154. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>.
  17. Cucinelli AES. Doenças reemergentes e vigilância epidemiológica: fatores que favorecem novas epidemias no contexto da Covid-19 no Brasil. In: Asensi F, organizador. *Conhecimento e multidisciplinaridade.* Rio de Janeiro: Pembroke Collins; 2020. p. 69-91.
  18. Medeiros EAS. Desafios para o controle e tratamento da febre amarela no Brasil [editorial]. *Acta Paul Enferm.* 2018 [acesso em 2021 set 10]; 31(2):3-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800017>.
  19. Cavalcante KRLJ, Tauil PL. Risk of re-emergence of urban yellow fever in Brazil. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2017 [acesso em 2021 set 9]; 26(3):617-20. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300018>.
  20. Piauí. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde. Nota: Febre Amarela. 2018. [acesso em 2021 set 10]. Disponível em: [http://saude.pi.gov.br/ckeditor\\_assets/attachments/973/NOTA\\_FEBRE\\_AMARELA.pdf](http://saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/973/NOTA_FEBRE_AMARELA.pdf).
  21. Reis ABM, Soares BF, Alves JCS, et al. A eficácia da vacina BCG no controle da Tuberculose em recém-nascidos. *CBioS.* 2019 [acesso em 2022 set 19]; 5(3):95-104. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/fitsbiossaude/article/view/6382>.
  22. Brasil. Ministério da Saúde. *Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.* Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
  23. São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Vacina contra rotavírus. *Rev. Saúde Pública.* 2006 [acesso em 19 set 2022]; 40(2):355-8. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2006.v40n2/355-358/pt/>.
  24. Instituto Butantan. Queda nas taxas de vacinação no Brasil ameaça a saúde das crianças. [São Paulo]: Instituto Butantan; 2022. [acesso em 2022 set 18]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/queda-nas-taxas-de-vacinacao-no-brasil-ameaca-a-saude-das-criancas>.

25. Kfourri RA, Cunha J, Sarinho EC, et al. Vacina rotavírus: segurança e alergia alimentar - posicionamento das Sociedades Brasileiras de Alergia e Imunologia (ASBAI), Imunizações (SBIIm) e Pediatria (SBP). *Arq. Asma. Alerg. Imunol.* 2017 [acesso em 2022 set 18]; 1(1):49-54. Disponível em: [http://aaai-asbai.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=759](http://aaai-asbai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=759).
26. Ferreira VLR, Waldman EA, Rodrigues LC, et al. Avaliação de coberturas vacinais de crianças em uma cidade de médio porte (Brasil) utilizando registro informatizado de imunização. *Cad. Saúde Pública.* 2018 [acesso em 2021 jun 10]; 34(9):e00184317. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00184317>.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Alerta: 312 cidades têm baixa cobertura vacinal da pólio. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2021 set 11]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43797-ministerio-da-saude-alerta-para-baixas-coberturas-vacinais-para-polio>.
28. Sato APS. What is the importance of vaccine hesitancy in the drop of vaccination coverage in Brazil? *Rev. Saúde Pública.* 2018 [acesso em 2021 set 10]; (52):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052001199>.

---

Recebido em 08/03/2022  
Aprovado em 07/10/2022  
Conflito de interesses: não houve  
Suporte financeiro: inexistente

# Interprofissionalidade, formação e trabalho colaborativo no contexto da saúde da família: pesquisa-ação

*Interprofessionalism, training, and collaborative work in the context of family health: action-research*

Ailma de Souza Barbosa<sup>1,2</sup>, Barbara Rachelli Farias Teixeira<sup>1</sup>, Ayla Miranda Oliveira<sup>1</sup>, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa<sup>1</sup>, Elenice Maria Cecchetti Vaz<sup>1</sup>, Franklin Delano Soares Forte<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E506

**RESUMO** Objetivou-se construir Práticas Colaborativas Interprofissionais (PCI) e avaliá-las sob a perspectiva de docentes e discentes de cursos da área da saúde de uma Instituição de Ensino Superior (IES) federal e de uma equipe de Saúde da Família (eSF). Realizou-se pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, em um território de uma eSF de uma capital do Nordeste, visando à construção de PCI em prol da saúde da criança. Esta envolveu 15 participantes: profissionais da eSF; docentes e discentes dos cursos de enfermagem, odontologia e nutrição de uma IES. Efetuaram-se três etapas: diagnóstico sobre educação interprofissional e PCI a partir de entrevistas; planejamento e realização de ações de saúde da criança; avaliação mediante grupo focal. As entrevistas e o grupo focal foram gravados, transcritos, e interpretados pela análise temática. A intervenção favoreceu reencontro entre os sujeitos, troca de experiência e aprendizado coletivo, e reconhecimento de papéis, constituindo-se em espaço dialógico e participativo de produção de saberes e fazeres. A ação só foi possível pela intencionalidade envolvida em seu planejamento, e o desenvolvimento das ações foi permeado de escuta e criação em torno da saúde da criança nesse território. A interação proporcionou a ressignificação da produção de cuidado interprofissional centrado nas crianças e suas famílias.

**PALAVRAS-CHAVE** Educação interprofissional. Capacitação profissional. Universidades. Atenção Primária à Saúde. Integralidade em saúde

**ABSTRACT** *The study aimed to collectively build Interprofessional Collaborative Practices (PCI) and evaluate them from the perspective of professors and students of healthcare courses of a Federal Higher Education Institution (IES) and a Family Health team (eSF). An action-research was carried out with a qualitative approach in an eSF territory of Northeastern capital in Brazil, aiming to build PCIs towards children's health. It involved 15 participants: eSF professionals; professors and students from nursing, dentistry, and nutrition courses from an IES. Three phases were carried out: diagnosis about Interprofessional Education and the PCIs, through interviews; planning and execution of child healthcare actions; and evaluation, through a focus group. The interviews and the focus group were recorded, then transcribed and interpreted using thematic analysis. The intervention favored the meeting between the subjects, the exchange of experiences and common learning, the recognition of roles, constituting a communicative and participatory space for the promotion of knowledge and actions. The action was only possible because of the intentionality involved in its implementation and the development of actions were permeated with listening and creation around children's healthcare in this territory. The interaction enabled the resignification of the production of interprofessional healthcare centered on children and their families.*

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – João Pessoa (PB), Brasil.  
franklinufpb@gmail.com

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de João Pessoa – João Pessoa (PB), Brasil.

**KEYWORDS** *Interprofessional education. Professional training. Universities. Primary Health Care. Inequality in health.*



## Introdução

Com a implantação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), têm-se alcançado inúmeros avanços nos serviços de saúde, como o acesso universal, gratuito e integral<sup>1,2</sup>. Todavia, em função da escassez e da má distribuição dos profissionais, do crescimento de grupos sociais vivendo em situação de vulnerabilidade (idosos, sem-teto, pessoas com condições crônicas), faz-se necessário reorientar o trabalho em saúde para desenvolver práticas interprofissionais colaborativas<sup>1-7</sup>. Esta proposta de trabalho em equipe tem o objetivo de tornar a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral<sup>1-7</sup>. As Práticas Colaborativas Interprofissionais (PCI) acontecem quando dois ou mais trabalhadores de núcleos profissionais diferentes de forma intencional interagem entre si, colaborando, dialogando e construindo um processo de trabalho em saúde visando a integralidade e resolutividade<sup>4,8-10</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil tem a Saúde da Família como estratégia prioritária, de acordo com os preceitos do SUS, que se organiza a partir de uma equipe multiprofissional, cujo campo de atuação é o território-família-comunidade<sup>2</sup>. No entanto, o modelo de atenção, centrado na oferta de atendimentos médicos, procedimentos e serviços hospitalares, com intervenções restritas ao biológico, revela-se ineficaz para intervir nos problemas de saúde, refletindo nas práticas de saúde desenvolvidas no País, sinalizando para uma fragmentação do processo de trabalho das equipes, com influência na formação em saúde.

A formação dos profissionais de saúde tem se destacado em decorrência da adoção de diversas políticas de educação e saúde formuladas nas últimas décadas, que impulsionam ações fundamentais no processo ensino-aprendizagem, entre as quais, a parceria entre instituições de ensino superior e a comunidade, contemplando princípios fundamentais da área de APS, como reflexão crítica da realidade social, articulação teórica e prática e integralidade<sup>5-9</sup>.

A crescente complexidade das necessidades de saúde dos usuários/população, as mudanças do perfil demográfico e de morbimortalidade apontam para um novo perfil profissional caracterizado pela Educação Interprofissional (EIP), pelas práticas colaborativas e pelo trabalho em equipe multiprofissional<sup>3,4,10</sup>. Nessa direção, mobilizando o aprender em conjunto e de forma dialógica, em uma perspectiva intencional, visando ao trabalho colaborativo interprofissional entre os agentes (docentes, discentes e profissionais de saúde, articulados com a comunidade), com o intuito de assegurar a saúde integral do ser humano<sup>4,10</sup>. A PCI se refere à articulação entre equipes de diferentes serviços da rede de atenção, permeada pela organização do cuidado em saúde com novas práticas clínicas que promovam a integração das ações e o estabelecimento de redes de cuidado entre atenção primária, secundária e terciária<sup>11</sup>.

Destarte, a APS se apresenta como componente estratégico da formação profissional em saúde, na perspectiva de incorporar competências que possam corresponder aos princípios do SUS<sup>5-7,12</sup>. Nesse contexto, os programas de reorientação começam a apontar a EIP e o trabalho colaborativo como estratégias de formação para o SUS, implicado a melhoria da qualidade da atenção dos usuários<sup>5-9,12</sup>.

Esta pesquisa-ação está alicerçada na centralidade dos usuários e de suas famílias em seu próprio cuidado e no trabalho em equipe, na perspectiva da colaboração. Há poucos estudos que envolvem diversos membros da equipe de Saúde da Família (eSF), estudantes e professores a partir do arcabouço teórico e metodológico da pesquisa-ação e da EIP. Diante disso, elaboraram-se as seguintes questões: como desenvolver práticas interprofissionais colaborativas em saúde da criança envolvendo esses atores? E, a partir disso, quais as mudanças no processo de trabalho?

O objetivo do estudo foi desenvolver e avaliar intervenção com base na problematização e na EIP e nas PCI de docentes e discentes de cursos da área da saúde de uma Instituição

de Ensino Superior (IES) federal com relação a uma eSF de uma capital do Nordeste, visando à construção de práticas interprofissionais colaborativas em prol da saúde da criança.

## Percurso metodológico

Tratou-se de uma pesquisa-ação<sup>3</sup>, com abordagem qualitativa<sup>14</sup> e análise de conteúdo temática para tratamento dos dados. Utilizou-se para a escrita o Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq)<sup>15</sup>.

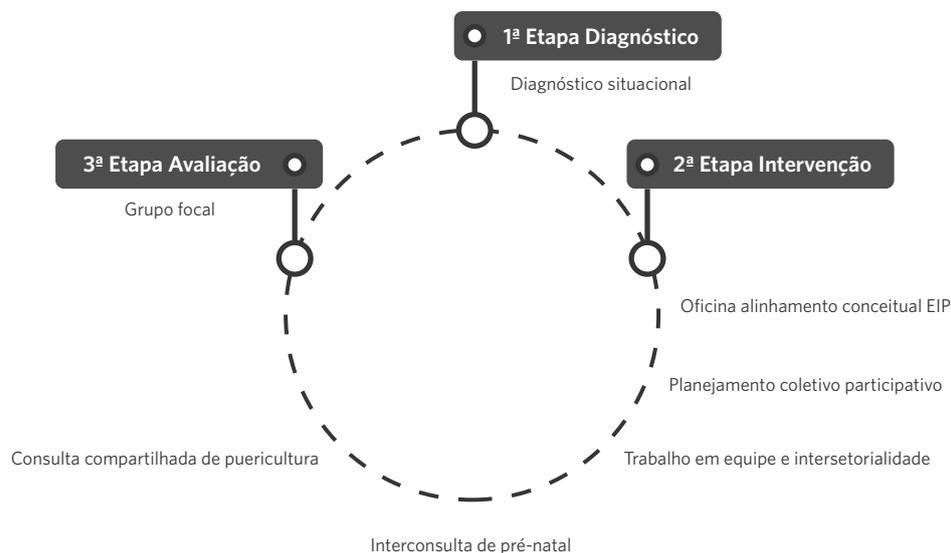
Buscou-se implicar os sujeitos situando-os como agentes na construção da intervenção a partir de seus saberes, mediando conflitos e poderes instituídos e tendo o diálogo como ferramenta importante. A escolha da pesquisa-ação se deu em função de favorecer intencionalmente a interação entre os sujeitos, possibilitando uma aproximação com a complexidade, a especificidade e as diferenciações internas dos objetos, que precisam ser contextualizados e tratados em sua singularidade.

O cenário do estudo foi uma capital do Nordeste, com 200 eSF organizadas em cinco Distritos Sanitários, sendo algumas dessas unidades integrantes do Sistema Saúde Escola e parceiras na formação de profissionais de saúde. Selecionou-se, para este estudo, uma Unidade de Saúde da Família (USF) com forte articulação ensino-serviço-comunidade, com inserção de estágios curriculares e supervisionados de vários cursos, além de Projetos de Extensão e Programas de Reorientação da Formação.

Para mobilização dos participantes, utilizou-se o critério de representatividade qualitativa, os quais, em função de sua relevância no trabalho e na educação, foram incluídos no grupo nuclear para a intervenção<sup>13,14</sup>. Em todas as etapas, participaram 15 indivíduos: 6 profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Enfermeira, Auxiliar em Saúde Bucal; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; e 3 Agentes Comunitários de Saúde), dois docentes (enfermagem e nutrição de uma IES) e 7 discentes de estágios curriculares, além de supervisores de Cursos de Enfermagem, Nutrição e Odontologia de uma IES pública federal (2 de enfermagem, 2 de nutrição e 3 de odontologia). Como critérios de inclusão, considerou-se profissional de saúde aquele que trabalhasse na USF por mais de um ano (nível superior ou médio), docentes que supervisionassem estágio na USF por mais de um ano e discentes que estivessem realizando estágio curricular obrigatório no momento da pesquisa (docentes e discentes dos Cursos de Odontologia, Nutrição e Enfermagem). Foram excluídos o profissional cirurgião-dentista e o docente de odontologia por conflito de interesses, profissionais de férias ou com atestado médico, docentes e discentes de outras IES.

A pesquisa transcorreu em três etapas<sup>13</sup>: fase exploratória, com diagnóstico situacional; intervenção, que ocorreu em cinco encontros com vivências de ações em saúde da criança na ESF, com a intenção da EIP e das práticas colaborativas; e, por fim, a fase de avaliação, por meio de um Grupo Focal (GF) sobre a experiência dos participantes nas vivências do trabalho em equipe e da prática colaborativa (*figura 1*).

Figura 1. Etapas desenvolvidas na pesquisa



Fonte: elaboração própria.

Na etapa exploratória, buscou-se analisar as PCI na atenção à saúde da criança, desenvolvidas no contexto da ESF, mediante roteiro de entrevista semiestruturada, individual, contendo questões norteadoras: o que pensam sobre a EIP e sobre o trabalho colaborativo na atenção primária? A partir de sua vivência, quais elementos podem ser facilitadores e dificultadores da EIP e das PCI? Quais as lições aprendidas com a experiência da EIP e das PCI em saúde da criança realizadas aqui na USF?

A partir desses resultados, organizou-se a segunda etapa, com cinco encontros, com a intenção de desenvolver a intervenção com base nas PCI, na perspectiva do cuidado centrado nas crianças e suas famílias. A proposta foi de construção coletiva, a partir do diálogo, e tendo a realidade do território como centralidade das ações e atividades e os sujeitos protagonistas de todo o processo participativo. Dessa forma, como primeira ação da intervenção, foi realizada uma oficina de alinhamento conceitual, com o objetivo de proporcionar

maior clareza e como forma de subsidiar os encontros subsequentes.

As metodologias participativas<sup>16</sup> foram adotadas para oportunizar o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes<sup>17</sup> para a EIP, como: o trabalho em equipe; a comunicação interprofissional; a clareza de papéis e responsabilidades; o gerenciamento de conflitos; o planejamento participativo, a partir de reflexão, interação, construção coletiva, fala, escuta e problematização do cotidiano no território, conforme *quadro 1*. Em todas as etapas, a compreensão adotada de competência foi a de mobilização dos atores implicados com o trabalho em equipe, de compartilhamento dos mesmos valores, objetivos, interação e capacidade de tomada de decisão e considerando os saberes e fazeres de cada núcleo profissional<sup>11,18-20</sup>. Procurou-se a identificação das competências a partir da própria realidade, a fim de aprimorá-las e desenvolvê-las, facilitando o planejamento e a execução do proposto<sup>20</sup>.

Quadro 1. Planejamento da etapa da intervenção

Contexto	Confusão conceitual	Planejamento coletivo das atividades	Trabalho em equipe e intersectorialidade	Consulta de pré-natal compartilhada	Consulta de puericultura compartilhada
Ação proposta	Oficina de alinhamento conceitual com os atores envolvidos.	Elaborar proposta de atividades na perspectiva dialógica e participativa.	Ação coletiva de Educação em Saúde na Crei.	Dialogar com as gestantes sobre aleitamento materno e Interconsultas.	Dialogar com as mães de crianças menores de 2 anos sobre aleitamento materno e interconsultas.
Atores envolvidos	Discentes; Docentes; Profissionais.	Discentes; Docentes; Profissionais; Gestora Crei; Professora Crei.	Discentes; Docentes; Profissionais; Gestora Crei; Professora Crei.	Discentes; Docentes; Profissionais.	Discentes; Docentes; Profissionais.
Metodologia	Pequenos grupos e painéis construídos com <i>flipchart</i> na perspectiva participativa e dialógica com o objetivo de mobilizar o grupo.	Roda de conversa; Síntese com relatoria.	Teatro como ferramenta de socialização de saberes com as crianças da Crei, duas apresentações em torno de 30 min.	Roda de conversa com as gestantes sobre aleitamento materno e consulta compartilhada.	Roda de conversa com as mães das crianças menores de 2 anos sobre aleitamento materno e consulta compartilhada.
Conhecimentos	Alinhamento; conceitual sobre a EIP e PC; APS; Trabalho em equipe; Aprender a aprender.	Melhorar o trabalho em equipe; a comunicação interprofissional; clareza de papéis e responsabilidades, gerenciamento de conflitos, planejamento participativo; Saúde da criança; APS; Aprender a aprender	Desenvolvimento das práticas colaborativas para o trabalho em equipe; Saúde da criança; APS; Aprender a aprender.	Desenvolvimento das competências colaborativas para o trabalho em equipe; Saúde da criança; APS; Aprender a aprender.	Desenvolvimento das competências colaborativas para o trabalho em equipe; APS.
Habilidades	Reconhecer; Analisar; Argumentar; Identificar, observar; Contextualizar; Criticar; Expor e defender ideias; Saber ouvir; Relacionamento interpessoal.	Planejar, trabalhar em equipe, aprender com o outro, conhecer o território; Reconhecer; Analisar; Argumentar; Identificar, observar; Contextualizar; Criticar; Expor e defender ideias; Saber ouvir; Relacionamento interpessoal.	Reconhecer; Analisar; Argumentar; Saber ouvir; Relacionamento interpessoal.	Reconhecer; Analisar; Argumentar; Identificar, observar; Contextualizar; Criticar; Expor e defender ideias; Saber ouvir; Relacionamento interpessoal.	Reconhecer; Analisar; Argumentar; Identificar, observar; Contextualizar; Criticar; Expor e defender ideias; Saber ouvir; Relacionamento interpessoal.
Atitudes	Ouvir; Interesse; Compromisso; Cooperação com o grupo; Participação ativa; Estímulo à participação dos demais; Postura favorável ao aprendizado; Valorização das relações interpessoais.	Ouvir; Interesse; Compromisso; Cooperação com o grupo; Participação ativa; Estímulo à participação dos demais; Postura favorável ao aprendizado; Valorização das relações interpessoais.	Ouvir; Interesse; Compromisso; Cooperação com o grupo; Participação ativa; Estímulo à participação dos demais; Postura favorável ao aprendizado; Valorização das relações interpessoais.	Saber escutar; tomada de decisão; planejamento; Raciocínio clínico; Responsabilidades compartilhadas.	Saber escutar; tomada de decisão; planejamento; Raciocínio clínico; Responsabilidades compartilhadas.

Quadro 1. (cont.)

Contexto	Confusão conceitual	Planejamento coletivo das atividades	Trabalho em equipe e intersetorialidade	Consulta de pré-natal compartilhada	Consulta de puericultura compartilhada
<b>Valores</b>	Saúde como direito de cidadania; Trabalho em equipe com diferentes profissionais na USF; Integração ensino serviço comunidade; Intersetorialidade; Participação de diferentes atores sociais; Partilha de saberes e fazeres; Atenção centrada nas crianças e suas famílias; Desenvolvimento de ações de educação permanente com base na EIP e PC; Diferentes atores sociais; Aprender com/para/sobre o outro; Clima de equipe.				

Fonte: elaboração própria.

Na terceira etapa, realizou-se a avaliação, a partir do GF, que possibilitou compreender atitudes, sentimentos e aprofundar a compreensão sobre o objeto de estudo<sup>21</sup>. Participaram os mesmos 15 integrantes do grupo nuclear, os quais se reuniram, por 75 minutos, em uma sala de reunião da USF, à escolha dos participantes, reservada para esse fim. Após a avaliação conjunta do GF e a efetiva discussão da temática, percebeu-se que os objetivos da pesquisa haviam sido contemplados, não havendo necessidade da realização de um novo GF, pois não acrescentaria novas informações<sup>21</sup>.

Os dados da primeira e da terceira etapas foram interpretados por meio da análise temática de conteúdo de Minayo<sup>14</sup>, que obedeceu às seguintes etapas: análise prévia dos dados com leitura flutuante do conjunto das comunicações, sendo feitas leituras e releituras; constituição do *corpus* e da organização do material de forma a responder a normas de validade, como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; em seguida, formulação de hipótese e objetivos com relação ao material qualitativo; exploração do material com a definição das falas como unidades de registro e tratamento dos resultados obtidos, interpretados e discutidos com base no referencial teórico da EIP e das PCI.

Nessa etapa, trabalharam dois pesquisadores com experiência em pesquisas qualitativas e com vivência em EIP e PCI. As falas dos participantes foram descaracterizadas por razões éticas, evitando possíveis elementos de identificação. Para as entrevistas, os depoimentos foram codificados com letras conforme categoria e numerados aleatoriamente, como P (profissional), D (docente) e Di (discente), e adotou-se a nomeação 'GF' para o Grupo Focal.

Na segunda etapa, utilizaram-se a observação participante e os registros fotográficos, as observações do comportamento durante as ações desenvolvidas, as manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e suas impressões pessoais como elementos importantes na análise.

## Aspectos éticos

Este estudo é parte da pesquisa do Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional em Saúde da Família, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob parecer nº 2.653.580. Ao aceitarem participar do estudo, os integrantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e discussão

Observou-se a predominância do sexo feminino entre os seis membros da eSF, atuantes na mesma USF por um período de 3 a 11 anos, sendo duas delas de nível superior e quatro de nível médio. Entre as docentes, também houve predominância do sexo feminino, com tempo inserido nesse cenário de prática de 2 a 11 anos. Com relação às discentes, 5 eram do sexo feminino de um total de 7.

A partir das entrevistas, percebeu-se um cenário propício para as práticas colaborativas, e, ainda, contando com o aporte dos docentes e discentes do estágio curricular na perspectiva da saúde da criança.

Alicerçado no diagnóstico situacional, a primeira ação foi a reflexão conceitual, a qual marcou a intenção no desenvolvimento das ações as PCI e EIP, o que foi primordial para o desencadeamento das próximas etapas da pesquisa. Os participantes foram posicionados nos valores e na intencionalidade para o desenvolvimento da EIP e das PCI<sup>22</sup>. Essa etapa foi importante para o reconhecimento do funcionamento da equipe e do trabalho nesse território.

Procurou-se deslocar o cuidado uniprofissional ou multiprofissional, as relações verticais e a centralidade nas tomadas de decisões, o que fragmenta o trabalho, para um trabalho que privilegiasse as PCI, a partir da discussão dos aportes teóricos, conceituais e metodológicos da PCI e EIP, e, assim, poder, nas etapas seguintes, construir um caminho a partir de relações horizontais e de um planejamento dialógico e participativo.

Ao longo da pesquisa-ação, buscou-se desenvolver a colaboração entre os agentes como uma estratégia importante, não somente de convivência em um espaço comum, mas também o estabelecimento e o desenvolvimento de práticas ampliadas, em que existe comunicação, saberes e decisão compartilhados para um efetivo cuidado em saúde. Além disso, com o envolvimento de discentes e docentes, o trabalho interprofissional repercutiu

na formação a partir da implicação no trabalho colaborativo<sup>5,10,11</sup>.

*Sempre valorizando o saber da mãe, as informações que a mãe traz, porque o cuidador é quem mais conhece a criança [...]. (P 1).*

*As ações envolvem toda a equipe de saúde de forma que não só prima pela multiprofissionalidade, mas enfatizando a importância da interprofissionalidade [...] as ações são planejadas juntas no contexto do planejamento da equipe e desenvolvidas pelos Professores, estudantes e pelos profissionais; atendem não só ao planejamento da equipe, a meta curricular acadêmica, mas, também, as necessidades da população do território. (D 1).*

Desse modo, perceberam-se o envolvimento e a valorização do usuário nas decisões destacadas nos relatos que consideraram a importância da troca de saberes e de sua inserção e da família na tomada de decisão sobre o cuidado ofertado.

As vivências oportunizaram uma formação alicerçada na integralidade do cuidado, centrada no território. As construções se deram a partir de uma supervisão dialogada, produção de maneiras inovadoras de organizar o trabalho em saúde e o fortalecimento de ações em equipe.

*[...] isso é rotina no nosso serviço. Estou no atendimento, tenho dúvida, procuro a enfermeira, o médico vai na minha sala e, assim, a gente sempre tenta trabalhar dessa forma, com interação. Então, assim, a qualidade do atendimento, do cuidado depende muito desse momento. (P 6).*

*[...] nas reuniões, a gente se reúne e junta todos os profissionais para discutir aquela necessidade, aquele cuidado específico no caso com as crianças [...] você tem um olhar para uma coisa, e o outro profissional vê de outra maneira, cada um coloca o seu olhar e aí consolida as ações, os cuidados. (P 3).*

Na perspectiva freiriana<sup>23</sup>, as ações foram realizadas procurando mobilizar todos. No contexto da ESF, a EIP pode propor

exercitar as várias dimensões do trabalho em saúde, com propostas que visem ampliar o diálogo entre as diferentes áreas, uma vez que um profissional isolado não consegue dar conta de todas as dimensões do cuidado, fazendo-se primordial o reconhecimento das práticas colaborativas<sup>10,11,18</sup>. A perspectiva de mobilização das competências em torno do desafio proposto das ações centralizadas na saúde da criança desse território foi de construir ações/atividades com base nas competências de cada sujeito, visando à colaboração, à autonomia, à comunicação e à tomada de decisão<sup>20</sup>.

Foi observado nos relatos que há desenvolvimento de competências colaborativas na USF, mesmo sem clareza conceitual sobre o tema. Nessa direção, compreende-se a importância do trabalho em equipe interprofissional mediado pela reciprocidade no compartilhar e aprender juntos. Ademais, reconhecem que a comunicação como troca de saberes pode ocorrer por meio da discussão de casos e nas interconsultas. As falas sinalizaram que a comunicação possibilita a complementaridade das ações, condição necessária para atenção ao usuário e formação interprofissional.

*Sempre nos comunicamos. Sempre expõem suas ideias, umas são bem aceitas e outras não, mas a equipe vai trabalhando. (P 6).*

*[...] na verdade o foco é a atenção ao indivíduo, é atender às reais necessidades da população. Então, a equipe já trabalha para isso [...] os vários estágios curriculares vêm para se adequar às reais necessidades e compartilhar conhecimentos, favorecendo o campo de prática. (P 2).*

A EIP configura-se como estratégia para que os sujeitos aprendam, juntos, a atuar em equipe na produção do cuidado em saúde, fundamentada na construção coletiva, inclusive nessa proposta de parceria intersetorial com a creche, visando à centralidade nas mães das crianças e nas crianças como sujeito no processo de cuidado<sup>4,7,10,11,18</sup>.

As narrativas foram subsídios para as etapas seguintes, discussões e reflexões sobre a temática proposta. Criou-se um ambiente protegido para que os participantes se expressassem livremente, relatando suas experiências e vivências. A escuta, a partilha e a interação mobilizaram os saberes e os fazeres, em um processo evolutivo de compreensão sobre a temática. A primeira ação foi a oficina sobre os conceitos interprofissionalidade, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, PCI e EIP.

A partir da discussão teórica, metodológica e conceitual, mobilizaram-se os participantes em torno do planejamento, de forma a sistematizar ações intersetoriais para crianças de 2 a 5 anos, do Centro de Referência em Educação Integral (Crei), atendendo a uma demanda local, assim como a planejar ações participativas no cuidado compartilhado para as gestantes e as crianças menores de 2 anos. As ações que se seguiram foram rodas de conversa com as gestantes e com as mães dos menores de 2 anos e a realização de interconsultas de acompanhamento do pré-natal e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças (*quadro 1 e figura 1*).

Na etapa final, realizou-se o GF, o qual possibilitou a construção de dois núcleos temáticos: clima de equipe como facilitador do processo de trabalho na ESF; avanços e dificuldades no desenvolvimento da EIP na ESF.

### **Clima de equipe como facilitador do processo de trabalho na ESF**

No cenário da equipe da USF estudada, os fortes laços afetivos, em decorrência do longo tempo trabalhando juntos, possibilitaram um equilíbrio de poder; e, mesmo com um universo diversificado de pessoas, opiniões diferentes, as relações foram construídas com base na confiança, no respeito, no diálogo e na interação. Ademais, quando existe um desejo de conhecer mais sobre o outro, há uma possibilidade de esse encontro fomentar ações, competências que podem refletir nas atitudes do outro<sup>11,18,24-26</sup>.

Nesse contexto, a cada etapa, os participantes conheciam mais sobre o trabalho do outro, e, assim, foram sendo construídas possibilidades de colaboração e comunicação visando à valorização dos saberes na produção do cuidado.

*O que se observa, nesta equipe, é que todos têm conhecimento da situação/problema, e observo, no processo de trabalho essa característica de interprofissionalidade, quando, muitas vezes, o papel de cada integrante, é visualizado com relação ao seu núcleo de conhecimento, mas também envolvido no papel do outro.* (GF).

A partir do GF, compreendeu-se o clima de equipe, como o compartilhamento não apenas do mesmo ambiente de trabalho, mas também de uma prática de interação entre seus membros com objetivos em comum<sup>11,18,24-26</sup>. Nessas circunstâncias, a partir das experiências vivenciadas intencionalmente, o GF revelou aspectos que favoreceram a compreensão sobre a colaboração e a interprofissionalidade.

Do ponto de vista das relações, percebeu-se um claro clima para a colaboração, em que diferentes profissionais trabalham de forma integrada, com diálogo e respeito, com reforço positivo das qualidades dos integrantes, intensa interdependência, compartilhando saberes e responsabilidades com um objetivo comum, que é a criança, articulados com outros serviços, como pontos fortes para serem destacados nessa equipe. Nesse sentido, o GF apontou elementos facilitadores para que ocorra a colaboração.

*Um ponto forte desta equipe e que facilita o processo de trabalho é que a gente trabalha junto há muitos anos, não existe muita rotatividade de profissionais. [...] é um ponto positivo a gente estar junto e mostrar que, juntos, podemos desenvolver um bom trabalho e que a presença da universidade reforça e fortalece esse trabalho.* (GF).

*Nem sempre é o fato de trabalhar junto muito tempo. A gente passa pelo hospital e visualiza equipe de anos, com picuinha, competição, conflitos, e aqui realmente*

*não tem. Não é só a questão de interesse, é a questão de ser bem recebido como estudante. A gente aqui é tratado como profissional, o estudante se mistura, sente-se à vontade, porque a equipe abriu os braços para receber a gente.* (GF).

Aprender sobre e com os outros núcleos profissionais propicia a complementaridade durante as ações compartilhadas, com foco em necessidades de saúde e população, construção de projetos e objetivos comuns, a fim de melhorar as respostas dos serviços a essas necessidades, além da qualidade da atenção à saúde<sup>11,18,24-26</sup>.

### **Avanços e dificuldades no desenvolvimento da EIP na ESF**

É nesse espaço de discussão interprofissional que novas ideias e possibilidades surgem para aproveitar as potências das instituições de ensino, da comunidade e da própria ESF<sup>6-9,10,12</sup>. As práticas colaborativas em equipe subsidiam a interprofissionalidade por favorecerem as trocas de informação e de conhecimento, a cooperação solidária nos fazeres, a atenção corresponsável às necessidades em saúde para a construção de projetos terapêuticos e de promoção da saúde, o agir coletivo em território e a rede de laços afetivos, que dão mais intensidade ao pertencimento de uma equipe<sup>27,28</sup>.

Evidencia-se, nessa perspectiva, a relevância da colaboração, destacada no GF como oportunidade de troca de conhecimentos, construção de novos saberes, necessidade de diálogo entre os participantes e superação do entendimento da equipe que ocupa apenas o mesmo espaço, sem a comunicação necessária para efetivação do trabalho em equipe.

*[...] um ponto importante às vezes, é esquecer a nossa profissão e abrir os olhos e mente para também andar e aprender por outras áreas; fazer parte de outras coisas que não sejam apenas inerentes ao nosso curso, e ver como nós podemos ajudar as outras áreas, mesmo que não tenhamos*

*o conhecimento completo, mas nos dispor. Porque o ponto forte desta prática aqui é que a unidade está disposta a ensinar. [...] quando existe essa junção de um aluno disposto a aprender com uma unidade disposta a ensinar, o cuidado com o usuário vai ser muito maior e mais completo. (GF).*

Reforça-se, assim, que profissionais colaborativos interprofissionais asseguram práticas em saúde integrais, com maior capacidade de oferecer respostas às necessidades de saúde<sup>4,17,18</sup>. Ademais, para que isso ocorra, é preciso que futuros profissionais de saúde e os que já estão inseridos no espaço laboral desenvolvam e mobilizem competências colaborativas, habilidades e atitudes que asseguram a mudança na lógica do modelo de atenção<sup>24</sup>. Isso mostra o compromisso da EIP e das PCI com a reorientação da produção de cuidado no contexto do SUS quando evidencia o propósito explícito em mobilizar saberes e fazeres, promover a colaboração interprofissional e o aprendizado para o trabalho em equipe.<sup>29</sup>

Observaram-se a dimensão da centralidade no usuário e a necessidade de identificação de um objetivo em comum, capazes de viabilizar a interação entre os diferentes profissionais, assim como uma possível maturidade no debate, diferentemente da fase inicial, já que, agora, o diálogo aparece de forma enfática, como elemento importante para permitir o trabalho colaborativo.

*Quando a gente consegue trabalhar integrado melhora tanto o pessoal, o profissional como o acadêmico. E consegue fazer a diferença em outros lugares, porque o estudante traz coisas novas, e os profissionais aproveitam esse conhecimento. [...] se a gente levar a interprofissionalidade para outros locais, é possível que seja aproveitado em outros lugares. Então, a gente se torna um multiplicador da parte mais positiva da equipe. (GF).*

Dessa forma, evidenciam-se, nesse cenário, avanços nas ações com base na EIP, com ênfase em uma equipe que se conhece e trabalha há tempos em conjunto, e que, ao longo desse

tempo, foi aperfeiçoando os detalhes, reconhecendo-se como equipe. Por outro lado, um grupo de docentes e discentes dispostos a desenvolver ações integradas com essa equipe e que, por meio de diálogo, comunicação, interação, estabelecimento de colaboração, planejamento integrado e de se permitirem conhecer o trabalho do outro, conseguem vislumbrar perspectivas de EIP.

Profissionais colaborativos asseguram práticas em saúde integrais, com maior capacidade de oferecer respostas às necessidades de saúde<sup>4,17,18</sup>. Assim, para que isso ocorra, é preciso que futuros profissionais de saúde e os que já estão inseridos no espaço laboral desenvolvam e mobilizem competências colaborativas, habilidades e atitudes que asseguram a mudança na lógica do modelo de atenção<sup>24</sup> no propósito explícito em promover a colaboração interprofissional e o aprendizado para o efetivo trabalho em equipe.

Em contrapartida, os relatos também desenhavam uma importante realidade de barreiras impostas para a concretização da EIP. Observa-se, pelo relato do GF, que é preciso abertura a essa nova perspectiva e trabalho. Destaca-se que a baixa rotatividade dos membros da equipe foi um fator relatado como positivo para o trabalho em equipe. Há relatos de alta rotatividade na atenção primária, e isso compromete tanto o processo de trabalho e a qualidade da atenção prestada como as relações com os usuários, o território e a própria equipe<sup>30,31</sup>.

*As pessoas precisam querer, porque isso é uma decisão. Precisa ter abertura para aprender com o outro, entender a importância daquilo e querer fazer diferente. (GF).*

Os relatos afloraram assertivas de que a vivência entre as profissões apresenta inegáveis potencialidades, mas também descortina um conjunto de questões que desafiam a integração entre os cursos, como o contexto da instituição formadora, a departamentalização e os currículos uniprofissionais, além dos aspectos pedagógicos da disciplina.

*Existe uma lacuna que começa na formação, que ainda está muito distante de como realmente fazer (trabalhar junto). Ainda não encontrou, no arcabouço administrativo, jurídico, organizacional da matriz curricular, como fazer com que cada vez mais os cursos se relacionem, embora tenhamos disciplinas criadas com esse intuito de trabalhar e juntar vários núcleos de conhecimentos, mas cada um ainda responde pelo seu local. (GF).*

*A rede escola é presente na unidade, mas na universidade não sei como acontece, porque tem estudantes de alguns estágios que só querem cumprir carga horária. Observa-se resistência para trabalhar com profissionais e estudantes de outras áreas. Para o trabalho colaborativo, as ações são individualizadas e engessadas. (GF).*

A possibilidade de introduzir a EIP nos currículos das instituições requer discussões e reflexões com vistas à construção de um projeto comum, à preparação para lidar com as adversidades e à responsabilidade dos participantes<sup>10</sup>. Alguns atributos são necessários nesse processo: vivência prévia em trabalho interprofissional, métodos interativos de aprendizagem, conhecimentos de dinâmicas de grupo, confiança em trabalhar com grupos interprofissionais e flexibilidade<sup>8</sup>.

Quando existe um espaço dialógico entre atenção e formação, há, também, uma melhor percepção do discente no que diz respeito ao outro, adequando suas subjetividades às dos outros, e que são essenciais para a formação em saúde e a consolidação do SUS. Por fim, a universidade deve estar atenta às necessidades dos serviços, bem como o serviço deve envolver os profissionais nas discussões educacionais<sup>6,7</sup>. As práticas de formação pautadas na eficiente comunicação têm como resultado a segurança do paciente, com a redução de erros clínicos. A integração comunicativa promovida pela EIP contribui para a redução de atitudes negativas dos discentes em relação às outras áreas profissionais por promover o respeito aos outros profissionais, o reconhecimento do trabalho e do papel profissional do outro e a eliminação

de estereótipos negativos<sup>10</sup>. Portanto, devem ser criados espaços adequados para que haja essa interação entre os cursos, gestores, serviços e, essencialmente, usuários.

Cabe ressaltar como limitação deste estudo o fato de não ter colhido as percepções das mães envolvidas, público-alvo das ações, na perspectiva de ampliar a reflexão sobre o vivenciado. Por outro lado, a experiência teve uma abordagem qualitativa em um percurso emancipatório, indissociável entre teoria e prática, compreensão da realidade e ação, reflexão sobre o vivenciado, com a centralidade no território e nos sujeitos que nela produzem vida. Contemplaram-se diversos atores nesse cenário, sendo eles profissionais, discentes e docentes na construção da pesquisa-ação, na perspectiva problematizadora do trabalho em saúde, mobilizando saberes e fazeres no delineamento de ações colaborativas, apoiada pela integração ensino-serviço.

## Considerações finais

O desenvolvimento da intervenção oportunizou uma vivência importante de interprofissionalidade e mobilização de competências importantes para um trabalho em saúde efetivo. A estratégia alicerçada nos elementos-chave da colaboração e da EIP favoreceu a releitura desse processo na ESF, articulado à inserção de estudantes. Esse movimento se desdobrou na implicação de sujeitos, ressignificou o processo de trabalho e a compreensão do clima de equipe a partir do reconhecimento de papéis e da construção/reconhecimento de objetivos comuns, com base em estratégias de comunicação com vistas à atenção à saúde da criança nesse território.

## Colaboradores

Barbosa AS (0000-0001-7418-5771)\* contribuiu para concepção e delineamento do trabalho e participação da discussão dos resultados;

redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. Teixeira BRF (0000-0002-1665-5699)\* e Oliveira AM (0000-0002-7521-579X)\* contribuíram para coleta e análise dos dados, escrita e discussão dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. Oliveira Pessoa TRRF (0000-0001-8254-0876)\* contribuiu para discussão dos resultados, redação do

manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo. Vaz EMC (0000-0001-6149-1892)\* contribuiu para discussão dos resultados, redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. Forte FDS (0000-0003-4237-0184)\* contribuiu para concepção e delineamento do trabalho e participação da discussão dos resultados; redação do manuscrito e revisão crítica do seu conteúdo; aprovação da versão final do manuscrito. ■

## Referências

1. Viacava F, Oliveira RAD, Carvalho CC, et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018; 23(6):1751-1762. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018>.
2. Castro MC, Massuda A, Almeida G, et al. Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *Lancet.* 2019; (394):345-356.
3. Frenk J, Chen L, Buttha ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010; (376):9756-1958.
4. Barr H, Ford J, Gray R, et al. *Interprofessional Education Guidelines.* United Kingdom: CAIPE; 2017.
5. Barreto LDSO, Guimarães Campos VD, Dal Poz MR. Interprofessional education in healthcare and health workforce (HRH) planning in Brazil: experiences and good practices. *J Interprof Care.* 2019; 33(4):369-381.
6. Vendruscolo C, Trindade LL, Prado ML, et al. Repensando o modelo de Atenção em Saúde mediante a reorientação da formação. *Rev. bras. enferm.* 2018; 71(supl4):1580-1588.
7. Costa MV, Freire Filho JR, Brandão C, et al. Education and interprofessional practice in line with the historical commitment to strengthen and consolidate the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu).* 2018; (22):1507-1510.
8. Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, et al. Interprofessional health education: the experience of the Federal University of Sao Paulo, Baixada Santista campus, Santos, Brazil. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(supl2):1705-1715.
9. Almeida RGS, Silva CBG. Interprofessional Education and the advances of Brazil. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2019; (27):e3152.
10. Reeves S, Pelone F, Harrison R, et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Review). *Cochrane Library.* 2017; 22(6):1-48.
11. D'amour D, Goulet L, Labadie JF, et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health serv. res.* 2008; 8(1):1-14.
12. Santos BCSF, Noro LR. A. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(3):997-1004.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

13. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 16. ed. São Paulo: Cortez; 2011
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 406 p.
15. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus group. *Int J Qual Heal Care.* 2007; 19(6):349-57.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Gestão Participativa, Departamento de apoio a Gestão Participativa. III Caderno de Educação Popular em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
17. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016.
18. Reeves S, Lewin S, Espin S, et al. Interprofessional teamwork for health and social care. Oxford: Wiley-Blackwell. 2010.
19. Peduzzi M, Agreli HF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. educ. saúde.* 2020; 18(supl1): e0024678.
20. Zarifian P. O modelo da competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas. São Paulo: SENAC; 2003.
21. Stalmeijer R, Mcnaughton N, Van Mook W. Using focus groups in medical education research: AMEE Guide No. 91. *Med. Teach.* 2014; 36(11):923-939.
22. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, et al. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Rev Esc Enferm USP.* 2021; (55):e03733.
23. Freire P. Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
24. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J. interprof. care.* 2018; 32(1):1-3.
25. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(supl2):1525-1534.
26. Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. *J Interprof Care.* 2017; 31(6):679-84.
27. Pullon S, Morgan S, Macdonald L, et al. Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: a multiple case study. *J. interprof. care.* 2016; 30(6):787-794.
28. Sangaleti C, Schweitzer, MC, Peduzzi M, et al. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep.* 2017; 15(11):2723-2788.
29. Costa MV, Freire Filho JR, Brandão C, et al. Education and interprofessional practice in line with the historical commitment to strengthen and consolidate the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu).* 2018; 22(supl2):1507-10.
30. Nascimento CMB, Albuquerque PC, Sousa FOS, et al. Configurações do processo de Trabalho em Núcleos de Apoio à Saúde da Família e o Cuidado Integral. *Trab. educ. saúde.* 2018; 16(3):1135-1156.
31. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(59):905-916.

---

Recebido em 01/04/2022

Aprovado em 07/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic), Edital 01/2018 PROPESQ Seleção de projetos de iniciação científica 2018/2019

# Uso do genograma e do ecomapa na avaliação das relações familiares de crianças em situação de vulnerabilidade e violência

*Use of the genogram and ecomap in the assessment of family relationships of children in situations of vulnerability and violence*

Jeferson de Souza Sá<sup>1</sup>, Catherine Menegaldi<sup>1</sup>, Lucas França Garcia<sup>1,2</sup>, Rute Grossi-Milani<sup>1,2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E507

**RESUMO** A violência intrafamiliar pode ser compreendida como um fator gerador de adoecimento em crianças vitimizadas, impactando na saúde e no desenvolvimento social. Este estudo buscou conhecer as relações familiares e a rede de apoio das famílias que vivem em vulnerabilidade social e violência, por meio dos instrumentos genograma e ecomapa. Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, em que foram entrevistados oito pais ou responsáveis por crianças atendidas em uma organização não governamental. Para sistematização dos resultados, foi empregada a análise de conteúdo, e, para elaboração dos genogramas e ecomapas, o programa GenoPro. Os resultados apresentaram a composição das famílias, as redes de apoio, atitudes, sentimentos e emoções vinculados à dinâmica familiar e às potencialidades das relações. As famílias mostraram fragilidades relacionais, agravadas pelas dificuldades financeiras. Paralelamente, a rede de apoio, somada às potencialidades identificadas na dinâmica familiar, representou importante recurso de proteção. Conclui-se que o genograma e o ecomapa constituem-se instrumentos eficazes para a identificação e compreensão dos casos de violência e podem servir como ferramenta no desenvolvimento de ações sociais, na promoção da saúde da família e no fortalecimento de políticas públicas, auxiliando na garantia dos direitos à vida e à saúde da criança.

**PALAVRAS-CHAVE** Violência doméstica. Relações familiares. Promoção da saúde. Saúde da criança.

**ABSTRACT** Domestic violence can be understood as a factor that generates illness in victimized children, impacting health and social development. This study sought to understand family relationships and the support network of families living in social vulnerability and violence, using genogram and ecomap instruments. This is a descriptive and exploratory research, with a qualitative approach, in which eight parents/caregivers of children assisted by non-governmental organizations were interviewed. To systematize the results, content analysis was used, and the GenoPro program was used to prepare the genograms and ecomaps. The results showed the composition of families, the support networks, attitudes, feelings, and emotions connected to family dynamics and the potential of relationships. Families showed relational weaknesses, aggravated by financial difficulties. At the same time, the support network, added to the potentials identified in the family dynamics represented an important resource for protection. It is concluded that the genogram and the ecomap are effective instruments for the identification and understanding of cases of violence and can serve as a tool in the development of social actions, in the promotion of family health, and in the strengthening of public policies, helping to guarantee the rights to life and health of the child.

<sup>1</sup>Universidade Cesumar (Unicesumar) - Maringá (PR), Brasil.  
jefersonsouzasa@gmail.com

<sup>2</sup>Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti) - Maringá (PR), Brasil.

**KEYWORDS** Domestic violence. Family relations. Health promotion.



## Introdução

A família é o primeiro ambiente em que a criança se desenvolve, aprende e recebe os cuidados básicos para viver. São as figuras parentais responsáveis pelo desenvolvimento dos filhos, garantindo um ambiente facilitador da aprendizagem, das relações, bem como da sobrevivência<sup>1</sup>.

As pessoas e suas famílias têm passado por muitas transformações ao longo do último século. Diversas mudanças foram observadas nas condições de reprodução da população, na diminuição da fecundidade e da mortalidade, no aumento da esperança de vida ao nascer, nos padrões de relacionamento entre os membros da família, no papel da mulher dentro e fora do espaço doméstico e no crescimento de uniões consensuais<sup>2</sup>. Além disso, foi constatado o aditamento de famílias em situação de vulnerabilidade e violência.

As famílias em situação de vulnerabilidade e violência enfrentam múltiplos desafios e fatores de estresse ao longo da vida. Atravessam inúmeras dificuldades, de ordem econômica, educacional e cultural, contudo, devem ser reconhecidas em suas potencialidades e recursos diante as necessidades de mudança que lhes são impostas, podendo ser caracterizadas como famílias multidesafiadas<sup>3</sup>. Na estrutura dessas famílias, são constantes as alterações na sua composição, a presença de rupturas e reconstituições que criam genogramas singulares, nos quais os papéis na relação familiar podem se modificar e se reformular<sup>3</sup>.

A vulnerabilidade social das famílias brasileiras se manifesta em decorrência das dificuldades financeiras, do aumento da violência e da fome, que, no entanto, agravaram-se nos últimos anos devido à Covid-19. A vulnerabilidade social representa a falta de acesso a bens materiais, serviços de saúde, educação, trabalho e bem-estar que impedem a qualidade de vida. Ela ocorre quando há recursos insuficientes para o enfrentamento das estruturas sociais que geram a exclusão<sup>4</sup>.

A violência pode ser caracterizada de diversas formas, entre as principais, a violência intrafamiliar é compreendida como toda ação ou omissão contra pessoas com algum grau de parentesco e que prejudique o bem-estar e a integridade física e psicológica<sup>5</sup>. Mais da metade dos atos violentos contra crianças e adolescentes acontecem no próprio lar, e consistem em formas agressivas de a família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação<sup>5</sup>.

O genograma e o ecomapa são ferramentas que podem auxiliar na detecção das vulnerabilidades e da violência intrafamiliar, na identificação das características das famílias, da dinâmica familiar e sua relação com a comunidade e a rede de apoio<sup>6</sup>. Esses instrumentos podem ser utilizados por serviços de ensino, social, segurança e saúde, facilitando o processo de mapeamento da demanda e o desenvolvimento de ações que possam auxiliar na diminuição dos agravos gerados pela violência, na promoção da saúde e da cultura de paz. Diante disso, este estudo buscou conhecer as relações familiares e a rede de apoio de famílias que vivem em vulnerabilidade social e violência, por meio dos instrumentos genograma e ecomapa.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, com famílias em situação de violência e/ou vulnerabilidade social indicadas por uma Organização Não Governamental (ONG) educacional, localizada em um município do interior do estado do Paraná, Brasil.

A instituição educacional, de contraturno escolar, possui capacidade para atender 120 crianças de 6 a 12 anos de idade, sendo 60 crianças no período matutino, e 60, no vespertino. O objetivo dessa entidade é disponibilizar um espaço capaz de auxiliar no desenvolvimento da criatividade e aprendizagem de

crianças que se encontram em situação de vulnerabilidade social, bem como na diminuição da reprovação escolar.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito pais, mães ou responsáveis por crianças matriculadas na instituição, indicadas pelos gestores e educadores sociais, por estarem, de alguma forma, sofrendo algum tipo de violência intrafamiliar e/ou vulnerabilidade social, visando a posterior construção e análise de genogramas e ecomapas. Durante a entrevista, as famílias foram estimuladas a relatar sobre as características de seus membros, os acontecimentos significativos, as relações familiares e a rede de apoio social.

O genograma e o ecomapa são técnicas rotineiramente utilizadas por profissionais de diversas áreas, pois constituem recursos para avaliar a composição familiar e as interações que ocorrem entre os membros da família e fora dela. O genograma é uma ferramenta de destaque para qualquer forma de intervenção familiar, um meio de ordem gráfica que organiza informações coletadas durante o atendimento familiar, de modo a facilitar o acesso a questões reveladoras. Assim, o genograma analisa uma conexão com padrões de comportamentos passados, bem como ilumina aspectos de funcionamentos de gerações futuras<sup>7</sup>.

Ele permite, de forma rápida e clara, visualizar quais são os membros que constituem a família, tenham eles vínculos consanguíneos ou não, identificando a idade, a ocupação, a profissão e a escolaridade de cada pessoa, além de retratar o lugar ocupado por cada um dentro da estrutura familiar. O genograma ajuda a família a se observar como um grupo de pessoas conectadas entre si de diversas formas, já que é possível perceber uma interdependência entre os membros familiares, a qual se dá pela relação de um membro com o outro, e pela ressonância do que acontece com um em outro<sup>7</sup>.

O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade, e auxilia na avaliação dos apoios disponíveis e a sua utilização pela família. Pode representar a presença ou a ausência de

recursos sociais, culturais e econômicos, apresentando o retrato de um determinado momento na vida dos membros da família<sup>8</sup>.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar com o CAAE: 36451320.7.0000.5539, e o parecer nº 4.311.624, sendo coletadas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos participantes. Além disso, foram seguidos os critérios do guia Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq) para o desenvolvimento de estudo qualitativo<sup>9</sup>.

As entrevistas semiestruturadas com os pais ou responsáveis foram gravadas com a média de uma hora de duração cada. A interação com a família foi facilitada pelo estímulo a contar particularidades de seus membros, acontecimentos significativos e sobre a rede de apoio.

As entrevistas foram, posteriormente, transcritas para análise de conteúdo segundo Bardin<sup>10</sup>, a qual foi empregada buscando compreender as características, as estruturas ou os modelos que estão por trás dos fragmentos dos relatos das entrevistas. A utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados e interpretação. A coleta dos dados, a construção dos genogramas e dos ecomapas e a análise dos dados foram realizadas pelos autores da pesquisa. Para elaboração do genograma e do ecomapa, foi utilizado o *software* de genealogia GenoPro. As famílias participantes da pesquisa foram identificadas no texto e nas tabelas como F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8.

## Resultados e discussão

As crianças e suas famílias, independentemente das suas configurações, têm passado por muitas transformações, por meio dos acontecimentos históricos, econômicos, sociais e demográficos gerados ao longo do último século. Nas últimas décadas, diversas mudanças foram observadas por meio das novas configurações familiares, mas que apresentam

características em comum passadas de geração em geração, impactando na dinâmica das relações familiares<sup>2</sup>.

A *tabela 1* apresenta as composições familiares das crianças participantes do estudo.

Tabela 1. Composição familiar das crianças estudadas expressa em frequência

Composição familiar	Famílias (n = 8)
Mãe, pai e irmãos	4
Mãe, irmãos	2
Mãe, mãe e irmãos	1
Mãe (ou pai), padrasto (ou madrasta), irmãos	1

Fonte: elaboração própria.

Das oito famílias das crianças indicadas, quatro delas são formadas por mãe, pai e irmãos; seguidas de duas famílias compostas por mãe e irmãos; uma, por duas mães e irmãos; e uma, por mãe (ou pai), padrasto (ou madrasta) e irmãos, apresentando uma diversidade de tipos de famílias. Hoje a família contemporânea é constituída por uma diversidade de modelos: união estável, heteroafetiva,

homoafetiva, paralela, poliafetiva, monoparental e outras. Entretanto, todas são combinadas pela mesma dinâmica, sendo necessária a figura de um(a) ou mais chefes da família para garantir o seu sustento<sup>11</sup>.

O *quadro 1* apresenta a análise realizada pelos genogramas e ecomapas das famílias participantes, identificando as redes de apoio e a dinâmica familiar.

Quadro 1. Análise qualitativa do genograma e ecomapa das famílias analisadas

Categorias e subcategorias	Frequência	
	(n/8)	Relatos
<b>Rede de apoio e apoio social</b>		
Escola	8/8	“Então na escola, eu só procurei o neuro por causa disso, porque já foi da escola que veio reclamação dele, que foi quando ele começou pegar as coisas dentro de casa e levar para escola” (F5)
Organização não governamental	8/8	“Aqui eles comem, aqui não tem não gosta, é assim que eles fazem, colega, então eles comem, eles aprenderam a comer legumes porque a gente quase não fazia né, então eles aprendeu a comer e começou a pedir depois que eles começaram a comer aqui” (F3)
Trabalho dos pais, mães ou responsáveis	8/8	“[...] aonde eu trabalho também eu falo que tem anjos né, porque o pessoal também me ajuda muito lá, então se tá faltando alguma coisa eles pegam e compram, não costumo pedir, eu falo que é uma obrigação minha manter meus filhos” (F8)
Família	7/8	“Ele [avô] passa lá em casa para ver como estão os meninos, às vezes encontra os meninos lá no centro. A gente passa por ele, ele agrada os meninos compra docinho, mas assim não é muito contato, é pouco porque ele mora em Paicandu né, de vez em quando ele aparece em casa, dia de semana, os meninos gostam muito dele” (F1)
Comunidade	2/8	“Leite eu sempre tenho, quando eu não tenho, peço para o vizinho, aí quando eu compro outro eu devolvo” (F7)

Quadro 1. (cont.)

Religiosidade e/ou espiritualidade	1/8	“A igreja que eu frequento é mais para o centro... antes quando as crianças eram mais pequenas eu participei bastante da pastoral da criança né, levava eles, mas daí eu parei de seguir, daí hoje estou seguindo a religião de outra igreja” (F5)
<b>Atitudes, sentimentos e emoções</b>		
Bater como forma de castigo	8/8	“Olha para falar bem a verdade em vez de eu conversar, eu não posso mentir, eu vou lá e dou uns puxões bons, eu cato uma varinha e desço umas três quatro” (F4)
Brigas conjugais	7/8	“Já viu, foi no dia que eu fui expulsar o meu ex-marido de casa que eu peguei a faca e eu rasguei todas as roupas dele e eu mandei ele sair, aí eles começaram a chorar, meu mais velho estava com a minha menina no colo, eles começaram a chorar, mas eu perdi a cabeça” (F8)
Sobrecarga Familiar	5/8	“eu me sinto sobrecarregada porque não tem sido fácil. Quando não é uma coisa é outra, quando eu não estou com um médico estou com outro” (F7)
Dificuldades financeiras	4/8	“Não... com esse negócio da pandemia a gente tá passando um pouco dificuldade” (F4)
Uso de Álcool e outras drogas	4/8	“[...] última vez que ele bebeu o filho 1 ficou com medo dele porque ele pegou uma faca lá, aí o filho 1 falou: mãe ele vai matar nós” (F1)
Baixa Autoestima	2/8	“Ah! Então, para mim é um pouco complicado, eu me sinto muito sozinha às vezes né. Eu procuro não demonstrar para eles a minha fraqueza, tipo quando eu estou muito triste eu não demonstro” (F8)

Fonte: elaboração própria.

Quando há referência à rede de apoio social, são abordados lugares e instituições que auxiliam no desenvolvimento e na sobrevivência das famílias. A escola, as organizações não governamentais – como é o caso da instituição participante deste estudo – e o trabalho dos pais, mães ou responsáveis foram relatados pelas oito famílias como instituições que mais promovem apoio a elas, seguidas do apoio de outros familiares, comunidade e igreja.

A escola e as instituições de contraturno escolar são de extrema importância para o desenvolvimento da criança, tanto pelo papel de ensinar quanto pelo potencial para construir estratégias de enfrentamento da violência. Elas servem como rede de apoio, visto que são espaços que proporcionam lazer, aprendizagem e alimentação, auxiliando principalmente famílias de baixa renda que, na maioria das vezes, não têm onde deixar suas crianças nem condições de garantir todas as refeições para seus filhos<sup>12</sup>. Nesses ambientes, as crianças passam muitas horas por dia convivendo com professores e outros profissionais, o que facilita seu desenvolvimento, assim como a apreensão de indicadores de violência

contra a criança, incluindo os de negligência, que servem de alerta à identificação de casos de maus-tratos infantil<sup>13</sup>.

Alguns fatores estão relacionados com a ocorrência de maus-tratos na infância, tais como condições socioeconômicas precárias, baixa escolaridade, estrutura das relações familiares, entre outras:

[...] condições sociais desfavoráveis (pobreza, promiscuidade, rede de apoio médico e social deficitária, desemprego, condições ruins de moradia), famílias com privação econômica, relações familiares desarmônicas, pais separados, baixo nível de escolaridade dos pais, famílias nas quais os pais abusadores ou negligentes foram abusados ou negligenciados na infância, pais (ou responsáveis) usuários de substâncias psicoativas, ou portadores de outros transtornos psiquiátricos (transtornos da personalidade, depressão, psicose etc.), além dos chamados fatores de vulnerabilidade infantis, como o fato de a criança ser recém-nascida prematura, ter retardo mental, ser do gênero masculino, ser adotada, ou estar vivendo em abrigo ou sistema de detenção compulsória<sup>14(466)</sup>.

Conforme relatado pelos pais, o trabalho também é um local de apoio às famílias entrevistadas, visto que a garantia do emprego e o apoio entre os colegas de trabalho acabam ajudando as famílias no seu sustento. Nos dias atuais, grande parte das famílias brasileiras apresentam dificuldades financeiras para manter os cuidados básicos, pois o nível de desemprego vem aumentando durante os anos. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2014, o desemprego era de 6,9%, passando para 12,5% em 2017, correspondendo a 6,2 milhões de pessoas desempregadas no Brasil<sup>15</sup>.

Com a alta taxa de desemprego, os empregos informais passaram a crescer no País. Os homens são os que mais atuam no trabalho sem carteira assinada ou por conta própria. Nessa situação, as mulheres passaram a buscar funções para auxiliar a família, compondo quase todo o setor de trabalho doméstico informal, ou seja, sem carteira assinada<sup>15</sup>.

No *quadro 1*, foram apresentados atitudes, sentimentos e emoções vinculados à dinâmica familiar dos participantes, em que se destacaram o bater como forma de castigo, seguido das brigas conjugais, da sobrecarga familiar, das dificuldades financeiras, do uso de álcool e outras drogas e da baixa autoestima. Esses são fatores que interferem nas relações, aumentando o índice de violência intrafamiliar contra as crianças, podendo gerar diversos agravos à saúde das vítimas.

Das oito famílias participantes deste estudo, todas relataram que já bateram em seus filhos como forma de punição, na maioria dos casos, por meio de tapas e chinelos. Outra forma de agressão encontrada foi a visualização de brigas conjugais violentas pelos filhos, com gritos, ameaças e agressões físicas.

O Ministério da Saúde<sup>16</sup> afirma que a violência intrafamiliar pode ser compreendida como toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família.

Esse tipo de violência pode ser caracterizado pelas dinâmicas de poder e afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação e dominação. Nessas relações homem/mulher, pais/filhos ou entre diferentes gerações, a figura de autoridade pode desempenhar o seu papel de forma rígida e austera, criando uma dinâmica própria, que se difere entre os grupos familiares<sup>16</sup>.

A violência intrafamiliar é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo, visto que seus tipos de violência (física, sexual, psicológica, negligência e abandono) causam sérios problemas de saúde física e psicológica, prejudicando o desenvolvimento saudável e social ao longo do ciclo da vida.

A violência física ocorre quando uma pessoa causa ou tenta causar dano não acidental a outrem, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também é considerado violência física. É manifestado por diversas formas: tapas, empurrões, chutes, queimaduras, estrangulamento, lesões por armas ou objetos, amarrar, entre outras<sup>17</sup>.

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), de 2010 a 2014, foram notificados 33.790 mil casos de crianças de 0 a 9 anos que são vítimas de violência física no Brasil. Somente em 2014, foram notificados 7.092 mil casos, um número alarmante e crescente nos últimos anos que vem causando preocupação pela interferência dessa violência na saúde e no desenvolvimento da criança<sup>16</sup>.

A bebida alcoólica e as outras drogas estão descritas desde o início da humanidade, e seu impacto nas relações familiares vem sendo discutido ao longo dos anos<sup>18</sup>. Há uma importante relação entre o uso de álcool, drogas e a violência, principalmente no contexto intrafamiliar, agravada por condições particulares, individuais e familiares, tais como desequilíbrio emocional, famílias disfuncionais e crises ou perdas recentes. O uso de substâncias pode ser um fator desencadeador da violência no ambiente familiar, impactando diretamente na saúde e no

desenvolvimento da criança vítima de violência por causa do uso abusivo de álcool e outras drogas utilizados pelos pais.

Diante das situações que acabam interferindo na qualidade de vida das famílias e em suas relações, as potencialidades da dinâmica familiar devem ser observadas a fim de reconhecer o processo de mudança, bem como auxiliar no

desenvolvimento de intervenções que possam diminuir os agravos da violência, restabelecendo as relações e as redes de apoio às famílias.

O *quadro 2* apresenta as potencialidades da dinâmica familiar relatadas pelos entrevistados, identificadas pelas categorias: desejo de cuidar, sentido de ser mãe/pai e capacidade de *insight*.

Quadro 2. Identificação das potencialidades na dinâmica familiar

Potencialidades		Relatos
Desejo de cuidar	7/8	“Para mim cuidar é proteger, é assim, é uma coisa que eu não tive muito na infância então não sou muito assim com eles né, então eu gosto de sempre tá cuidando da saúde do bem-estar deles de tudo” (F7)
Sentido de ser mãe/pai	6/8	“Eu me sinto importante, eu acho que eu sou a pessoa mais importante do mundo... se eu não era importante antes agora eu sou importante para duas pessoas” (F1)
Capacidade de <i>insight</i>	5/8	“[...] eu falo assim, eu sei que eu estou agindo de uma forma errada porque tem que conversar” (F4)

Fonte: elaboração própria.

Os resultados apontam o reconhecimento, por parte das famílias, da importância de suas relações, permeadas por fragilidades, ao mesmo tempo que são identificadas as potencialidades de mudança de comportamento, do controle emocional, do sentimento vinculado a essas relações e a necessidade de intervenções que lhes possibilitem fortalecer o ambiente familiar. A capacidade de *insight* consiste na tomada de consciência de suas atitudes e sentimentos que pode levar à compreensão de fatos e potencialidades de mudança, ou seja, o “*insight* é a capacidade de aceitar a realidade psíquica, com seus impulsos de amor e ódio dirigidos para um mesmo objeto”<sup>19(52)</sup>.

A criação e a retificação de políticas públicas de saúde e proteção à criança e às famílias nessa questão colaboram para o desenvolvimento de ações e intervenções, capazes de auxiliar no combate à violência contra a criança no Brasil. Em 2006, foi criada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNaPS) no Brasil, consolidada em 2017. Parte desse documento considera a necessidade de incentivo a ações em promoção da saúde, priorizando

o atendimento integral à saúde, ambientes e territórios saudáveis, a cultura de paz e dos direitos humanos<sup>20</sup>.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança foi instituída em 2015 pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 1.130, buscando incentivo ao desenvolvimento de pesquisas, programas, ações e recursos a fim de ampliar a redução da mortalidade infantil e materna, a queda da desnutrição e a promoção da saúde<sup>21</sup>.

A Organização Mundial da Saúde caracteriza como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade<sup>22</sup>.

Mais do que qualquer outro tipo de violência, a cometida contra a criança não se justifica, pois as condições peculiares de desenvolvimento desses cidadãos os colocam em extrema dependência de pais, familiares, cuidadores, do poder público e da sociedade. Como resposta a esse fenômeno, surgiu o conceito de

cultura de paz, definida pela Organização das Nações Unidas como um conjunto de valores, atitudes, tradições, comportamentos e estilos de vida baseados no respeito pleno à vida e na promoção dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, propiciando o fomento da paz entre as pessoas, os grupos e as nações, podendo assumir-se como estratégia política para a transformação da realidade social<sup>23,24</sup>.

A cultura de paz procura resolver os problemas por meio do diálogo, da negociação e da mediação, de forma a tornar a guerra e a violência inviáveis<sup>25</sup>. Consiste em criar oportunidades de convivência, de solidariedade, de respeito à vida e de fortalecimento de vínculos, desenvolvendo tecnologias sociais que favoreçam a mediação de conflitos diante de situações de tensão social, garantindo os direitos humanos e as liberdades fundamentais, reduzindo as violências e construindo práticas solidárias e da cultura de paz<sup>24,25</sup>.

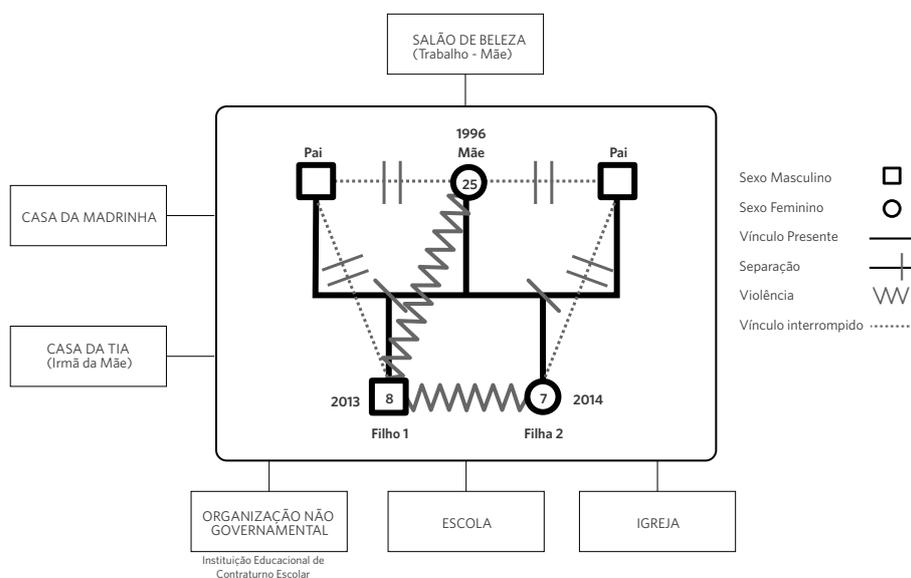
Diante disso, instituições educacionais e de saúde são ambientes ideais para o desenvolvimento de ações em promoção da cultura de paz, visto que esses espaços são propícios para o desenvolvimento da aprendizagem e

mediação entre criança, família e instituição. Promover essa mediação pode capacitar as pessoas a conviverem com respeito, afetos, responsabilidade, cooperação, que são alguns dos princípios básicos da cultura de paz<sup>26,27</sup>.

A utilização de instrumentos sistematizados contribui para esse processo ao permitir a avaliação da estrutura e do funcionamento familiar, assim como a identificação das potencialidades e fragilidades inerentes à família, elucidando suas dimensões sociais, relacionais e de saúde. De forma similar, as entrevistas semiestruturadas realizadas com famílias, atreladas ao acolhimento familiar, dão suporte para a construção de outros instrumentos, como o genograma e o ecomapa, os quais possibilitam a visualização do processo da dinâmica familiar e da relação da família com a comunidade<sup>28</sup>.

Dessa maneira, no intuito de conhecer as estruturas interna e externa das famílias, procedeu-se à construção dos genogramas e dos ecomapas. Como forma de ilustração, a *figura 1* apresenta a caracterização da família 5, participante deste estudo, especificando a constituição e a interação familiar por meio do genograma e do ecomapa.

Figura 1. Genograma e ecomapa da família 5



Fonte: elaboração própria.

A família 5 é constituída por três membros, a mãe e seus dois filhos. As duas crianças foram indicadas pela instituição para participar da pesquisa. O filho 1 e a filha 2 são de pais diferentes, que têm um vínculo interrompido entre eles por morarem em outro município. Segundo a mãe, o filho 1 é nervoso, estressado e agressivo com ela e a irmã. Ele faz uso de Ritalina e Risperidona, apresenta baixo desempenho escolar e, durante cinco anos, morou com a avó e o tio. Presenciou o tio usando e vendendo drogas, e fazendo uso de armas. Já quanto à filha 2, a mãe relata que é uma menina comportada, quieta e com bom desempenho escolar. A mãe relatou bater de varinha e cinta nas crianças, particularmente no filho. As principais redes de apoio dessa família é a casa da madrinha, a casa da tia, a ONG, a escola e a Igreja. São ambientes que auxiliam no cuidado e no desenvolvimento das crianças. No contraturno escolar, a mãe, para ir trabalhar, deixa seus filhos na ONG que auxilia no reforço escolar; em outros horários, a tia e a madrinha acabam auxiliando no cuidado das crianças.

Sendo assim, o genograma e o ecomapa se consolidam como ferramentas que auxiliam no mapeamento das relações familiares e suas redes de apoio<sup>28</sup>. O uso desses instrumentos mostrou-se eficaz para conhecer a estrutura da família, sua composição, como os membros se organizam e se relacionam; permite ainda verificar os problemas de saúde, as situações de risco e os padrões de vulnerabilidade<sup>28</sup>.

Os resultados apontaram, conforme já descrito na literatura, que o genograma e o ecomapa são instrumentos importantes de serem utilizados no campo social e de saúde para identificar os fatores de risco na dinâmica familiar e compreender as redes de apoio social, familiar e de saúde, às quais as vítimas podem recorrer<sup>6</sup>. Essas informações obtidas por meio dos genogramas e dos ecomapas são necessárias para o planejamento do

cuidado à saúde da família e a elaboração de ações e intervenções de promoção da saúde e da cultura de paz, buscando harmonizar as relações e contribuir para a diminuição de vulnerabilidades e violências vinculadas ao âmbito intrafamiliar.

## Conclusões

Este estudo possibilitou, por meio das análises dos genogramas e dos ecomapas, conhecer a dinâmica das relações familiares e a rede de apoio de famílias que vivem em vulnerabilidade social e violência. Esses instrumentos possibilitaram obter dados sobre a família e a forma como se relacionam entre si e com a comunidade, sendo ideal para análise e planejamento de ações de educação e promoção da saúde, visando à elaboração de estratégias à prevenção dos agravos gerados pela violência intrafamiliar na criança, bem como ao fortalecimento de políticas públicas e ao incentivo à pesquisa e às ações que busquem garantir os direitos das crianças e suas famílias.

## Agradecimentos

Agradecemos o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes) e do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti).

## Colaboradores

Sá JS (0000-0001-8590-919X)\*, Menegaldi C (0000-0001-5386-0205)\*, Garcia LF (0000-0002-5815-6150)\* e Grossi-Milani R (0000-0003-2918-1266)\* contribuíram para concepção da pesquisa, coleta e análise de dados, discussão, escrita e revisão. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. João MG. O impacto da intervenção de um centro de apoio familiar e aconselhamento parental no processo de mudança das famílias: estudo de caso no CAFAP Beira Serra. [dissertação]. Porto: Instituto de Superior de Serviço Social do Porto; 2019. 105 p. [acesso em 2022 fev 12]. Disponível em: <https://comum.rca-ap.pt/handle/10400.26/33336>.
2. Nascimento AM. População e família brasileira: ontem e hoje. In: Anais do XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais – ABEP; 2006 Set 18. Caxambú. Minas Gerais: ABEP; 2006. p. 1-24.
3. Gomes AM. Crianças, jovens e famílias em situação de risco psicossocial: intervenção do educador social num CAFAP. [dissertação]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2021. 85 p. [acesso em 2022 jan 22]. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/96468>.
4. Azevêdo AVS, Silva MA, Magalhães Reis TC. Promoção da saúde no contexto das redes sociais significativas. Nova Perspec. Sistêmica 2019; 28(63):55-66.
5. Araújo JP, Moura JP, Almeida, et al. Genograma e do ecomapa na identificação de fatores de risco para a prevenção da violência doméstica contra a mulher. Rev. Eletr. Acervo Saúde. 2020; 12(10):1-8.
6. Bowen M. Family Therapy in clinical practice. New York: Jason Aronson, Inc.; 1993.
7. Nascimento LC, Rocha SMM, Hayes VE. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. Texto & Contexto – Enferm. 2005; 14(2):280-286.
8. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paulista de Enferm. 2021; (34):1-9.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
10. Cayres ECD. Família Brasileira no contexto histórico e cultural. Conselheiros de Defesa dos Direitos da criança e do adolescente. 2015. [acesso em 2021 jan 20]. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/read/14628617/familia-brasileira-no-contexto-historico-e-cultural>.
11. Sá J, Marques A. Violência intrafamiliar contra a criança e repercussões no contexto Escolar. Enciclop. Biosfera. 2017; 14(25):1175-1189.
12. Silva PA, Lunardi VL, Meucci RD, et al. Protection of children and adolescents victims of violence: the views of the professionals of a specialized service. Invest Educ Enferm. 2018; 36(3):e02.
13. Zambon MP, Ávila Jacintho AC, Medeiros MM, et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58(4):465-471.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências - Notificações Registradas: banco de dados. Brasília, DF: MS; 2018.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília, DF: MS; 2001. (Cadernos de Atenção Básica – n. 8).
17. Soares GN, Fernandes MM, Ko Cunha AMF, et al. Ocorrência de violência intrafamiliar relacionada ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil. Rev Bras. Segurança Pública 2021; 15(2):44-73.
18. Parcianello RR, Mabilde LC. Insight: do chimpanzé ao setting terapêutico. Rev. Bras. Psic. 2019; 21(1):49-58.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: MS; 2018.
20. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde

- da criança: orientações para implementação. Brasília, DF: MS; 2018.
21. Organização Mundial da Saúde. The World Health Report. Geneva: OMS; 1998.
  22. Organização das Nações Unidas. Resolución A/RES/53/243, aprobada por la Asamblea General el 6 de octubre de 1999. Declaración y programa de acción sobre una Cultura de Paz. [sem local]: ONU; 1999.
  23. Chrispino A, Dusi MLHM. Uma proposta de modelagem de política pública para a redução da violência escolar e promoção da cultura da paz. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação 2008; 16(61):597-624.
  24. Diskin L. Cultura de Paz – redes de convivência. São Paulo: SENAC.; [sem ano].
  25. Favaretto MC, Munhoz PSN. School and family: the role of school mediation in building a culture of peace. *Scient. Electr. Archives*. 2019; 12(5):95.
  26. Gallego-Vásquez JE, Guisao-Macías YT. El sistema de valores en la construcción de paz y no violencia como dimensión axiológica del proceso formativo en la institución educativa Jesús María Valle de la Ciudad de Medellín. *Rev Lasallista Investig*. 2021; 18(1):294-310.
  27. Barbosa NG, Zanetti ACG, Souza J. Genograma e eco-mapa como estratégias lúdicas de ensino de enfermagem na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm*. 2021; 74(3):1-4.

---

Recebido em 22/04/2022

Aprovado em 07/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (Capes)

# Vulnerabilidade de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde: implicações para a enfermagem

## *Vulnerability of Children with Special Health Needs: implications for nursing*

Brendo Vitor Nogueira Sousa<sup>1</sup>, Claudiana Ribeiro da Silva Araújo<sup>2</sup>, Elenilda Farias de Oliveira<sup>3</sup>, Kananda Karla Andrade Freitas<sup>1</sup>, Polyana D'arc Rezende Costa<sup>4</sup>, Valéria Batista da Silva<sup>4</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E508

**RESUMO** Objetivou-se analisar o perfil social e clínico das Crianças com Necessidades Especiais de Saúde internadas nas enfermarias pediátricas de um hospital materno-infantil do Distrito Federal. Trata-se de pesquisa quantitativa de corte transversal, realizada com 120 crianças e seus familiares/cuidadores principais. Utilizou-se questionário estruturado com 26 itens, que, posteriormente, passou pela análise descritiva e inferencial dos dados. Os resultados apontam a mãe como principal familiar/cuidador (92,5%), com nível médio de escolaridade (58,3%). As crianças eram, majoritariamente, do sexo masculino (63%), com malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas (29,1%). Houve correlação positiva entre escolaridade do familiar/cuidador e necessidade de internação na Unidade de Terapia Intensiva (p-valor<0,01) e o número de internações nos últimos 12 meses com as demandas de cuidados tecnológicos (p-valor<0,01). Assim, identificaram-se também a vulnerabilidade social das famílias e a necessidade de estratégias de educação em saúde voltadas para as demandas tecnológicas de cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Perfil de saúde. Saúde da criança. Crianças com deficiência. Cuidadores. Enfermagem pediátrica.

**ABSTRACT** *The objective of the study was to describe and analyze the social and clinical profile of Children with Special Health Needs hospitalized in the pediatric wards of a maternal-infant hospital in the Federal District. This is a cross-sectional, quantitative survey carried out with 120 children and their family members/main caregivers. A structured questionnaire with 26 items was used, which later went through a descriptive and inferential analysis of the data. The results point to the mother as the main family member/caregiver (92.5%), with a medium level of education (58.3%). The children were mostly male (63%), with congenital malformations, deformities, and chromosomal anomalies (29.1%). There was a positive correlation between family/caregiver education and need for hospitalization in the Intensive Care Unit (P-Value<0.01) and the number of hospitalizations in the last 12 months with technological care demands (P-Value<0.01). Thus, the social vulnerability of families and the need for health education strategies focused on the demands of technological care were also identified.*

**KEYWORDS** *Health profile. Child health. Children with disabilities. Caregivers. Pediatric nursing.*

<sup>1</sup>Universidade de Brasília (UnB) - Brasília (DF), Brasil.  
brendovitor@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Estadual de Maringá (UEM) - Maringá (PR), Brasil.

<sup>3</sup>Faculdade Adventista da Bahia (FADBA) - Cachoeira (BA), Brasil.

<sup>4</sup>Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS) - Brasília (DF), Brasil.



## Introdução

As Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (Crianes) são aquelas que carecem de cuidados contínuos e, muitas vezes, complexos, por serem consideradas clinicamente frágeis e socialmente vulneráveis, sujeitas a internações prolongadas, maior risco de reinternações e aumento da complexidade diagnóstica<sup>1,2</sup>. O número de Crianes tem aumentado nos últimos anos, representando atualmente um quarto da população infantil brasileira<sup>3</sup>. No último censo populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 21,68% das crianças menores de 14 anos apresentaram pelo menos um tipo de deficiência<sup>4</sup>. Tal realidade contribui para alta prevalência de crianças que demandam cuidados especiais no País, apontando necessidade de atenção qualificada em saúde.

Diversas são as causas que fazem uma criança integrar o grupo das Crianes. Assim, os diagnósticos mais comuns envolvem questões relacionadas com prematuridade, malformações congênitas, desordens metabólicas, traumas, sequelas de infecções severas ou outras doenças adquiridas no decorrer da vida<sup>5</sup>. Com diversas necessidades em saúde, a internação hospitalar ocorre com frequência. Estudos apontam que as Crianes são quatro vezes mais hospitalizadas, com tempo de internação sete vezes maior que outras crianças, o que caracteriza aumento significativo das despesas com tratamentos pediátricos. Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, representam 42% dos custos em saúde da população infantil<sup>6</sup>, bem como em outros países menos desenvolvidos, como o Brasil, em que os custos também são elevados<sup>7</sup>.

Diante desse contexto de hospitalização e visando minimizá-los, os familiares/cuidadores de Crianes deparam-se com a responsabilidade de realizar diversos cuidados domiciliares para manter sobrevida e promover conforto. Nesse sentido, percebe-se a relevância da assistência em saúde qualificada e voltada a atender às necessidades da criança e da família.

Perante essa realidade, torna-se necessário conhecer o contexto social dos familiares e as demandas de cuidados das crianças, para elaboração de estratégias para capacitação dessa população<sup>8</sup>. Esse conhecimento acerca das particularidades das crianças e famílias, conquanto uma medida simples, pode colaborar para definição de estratégias para o cuidado em saúde seguro e poderá impactar de forma positiva na redução da necessidade de internações hospitalares.

Em se tratando de redução de internação, os benefícios extrapolam apenas a saúde da criança em si, pois contribuem para diminuição de custos hospitalares, o que pode retornar à saúde da população no geral. Desta forma, tem-se que a educação em saúde, como método de qualificação, é uma ferramenta essencial e de baixo custo, a qual enfermeiros e equipe multiprofissional podem utilizar para auxiliar os familiares/cuidadores<sup>8</sup>.

Para poder ofertar uma atividade educativa que possa alcançar as necessidades das famílias, é imprescindível conhecer as características sociais e clínicas das crianças e seus familiares. Assim, o desenvolvimento desta pesquisa torna-se relevante e necessário em face do aumento das Crianes no Brasil. Ademais, essa condição crônica traz inúmeras repercussões às crianças, seus familiares e à saúde pública em geral, pois necessitam de assistência integral e acompanhamento especializado e contínuo<sup>9</sup>.

Desse modo, objetivou-se analisar o perfil social e clínico das Crianes internadas nas enfermarias pediátricas de um hospital materno-infantil do Distrito Federal, Brasil.

## Material e métodos

Trata-se de pesquisa quantitativa de corte transversal, conduzida nas enfermarias pediátricas de hospital público materno-infantil do Distrito Federal, Brasil, durante o período de abril a agosto de 2020. A população do estudo compreendeu 120 Crianes e seus respectivos

familiares/cuidadores principais, em um universo de 123 Crianes (3 foram desconsideradas por recusar participar da pesquisa).

Como critérios de inclusão, elegeram-se: enquadrar-se no grupo das Crianes com alguma demanda de cuidado (desenvolvimento, tecnológico, medicamentoso, habitual modificado ou mista) com diagnóstico/laudo médico; possuir de zero a 13 anos 11 meses e 29 dias, acompanhada pelo familiar/cuidador principal com idade superior a 18 anos. Assim foram excluídas aquelas com tempo de internação < 24 horas e/ou cujo familiar/cuidador principal não apresentavam condições cognitivas para responder à entrevista.

A definição da amostra levou em consideração a quantidade de leitos disponíveis (62 leitos divididos em 4 enfermarias pediátricas) e a experiência dos pesquisadores nos respectivos setores. Para a coleta de dados, foi realizada a triagem diária dos pacientes, utilizando os critérios supracitados. Após identificadas, os pesquisadores se apresentavam ao acompanhante, convidando-os a participar. Em caso de aceite, era solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para coleta de dados, foi utilizado um questionário estruturado de 26 itens, elaborado pelos autores, com as seguintes variáveis referentes aos dados sociais e clínicos do cuidador principal e das Crianes, bem como suas demandas de cuidados, classificadas como de desenvolvimento (crianças com disfunção neuromuscular que precisam de reabilitação psicomotora e social), tecnológicos (dependentes de tecnologias), medicamentosos (farmacodependentes), habituais modificados (dependem de

modificações na forma habitual do cuidar) e mistas (apresentam mais de uma das demandas supracitadas)<sup>10</sup>.

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados no Microsoft Office Excel® e sumarizados no *software* Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) 23.0. A análise descritiva utilizou frequência simples e relativa para as variáveis discretas. Após categorizados, também foi empregado o Teste do Qui-Quadrado ( $X^2$ ) e aplicada a correção Exato de Fisher. Foi realizada análise multivariada por regressão logística binária, considerando-se o Intervalo de Confiança (IC) de 95%, com cálculo da respectiva Odds Ratio (OR), para observar possíveis associações existentes entre escolaridade do familiar/cuidador principal e necessidade de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nos últimos 12 meses, demandas de cuidado e dispositivos tecnológico e sua correlação com o número de internações nos últimos 12 meses.

A pesquisa seguiu os princípios da bioética estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)<sup>11</sup> e recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs), sob o parecer nº 3.944.577.

## Resultados

O perfil social dos 120 participantes do estudo está descrito na *tabela 1*, com variáveis que qualificam o familiar/cuidador principal, sua idade, escolaridade, renda familiar e situação conjugal, além de dados como sexo, idade e raça/cor das Crianes.

Tabela 1. Caracterização social dos familiares/cuidadores principais e das Crianças. Brasília, DF, Brasil, 2020

Perfil social		n	%
Familiar/cuidador principal	Mãe	111	92,5
	Pai	4	3,3
	Avó	3	2,5
	Tia paterna	1	0,8
	Equipe de <i>home care</i>	1	0,8
Idade do familiar/cuidador principal	18-29 anos	48	40
	30-39 anos	48	40
	40-49 anos	19	15,8
	50 anos acima	5	4,1
Escolaridade do familiar/cuidador principal	Sem escolaridade	4	3,3
	Fundamental	19	15,8
	Ensino médio	70	58,3
	Superior	27	22,5
Situação conjugal do familiar/cuidador principal	Solteiro(a)	21	17,5
	União estável	46	38,3
	Casado(a)	42	35
	Divorciados/desquitados/ separados	10	8,3
	Viúvo(a)	1	0,8
Renda familiar mensal	Até 1 salário mínimo	59	49,1
	2-4 salários mínimos	56	46,6
	> 4 salários mínimos	5	4,1
Sexo da criança	Feminino	57	47,5
	Masculino	63	52,5
Idade da criança	0 a 4 anos	78	65
	5 a 9 anos	20	16,6
	10 anos a 13 anos 11 meses 29 dias	22	18,3
Raça/cor da criança	Parda	73	60,8
	Branca	38	31,7
	Amarela	4	3,3
	Indígena	3	2,5
	Preta	2	1,7
Cadastro em programa social do governo federal	Sim	51	42,5
	Não	69	57,5
Número de moradores no domicílio	2-4 pessoas	85	70,8
	5-7 pessoas	34	28,3
	> 7 pessoas	1	0,8

Fonte: elaboração própria.

A *tabela 2* mostra os dados clínicos das Crianças, agrupados por meio das doenças de

base, conforme os Capítulos do CID-10.

Tabela 2. Caracterização clínica das patologias de base, conforme Capítulos do CID-10 das Crianças Brasília, DF, Brasil, 2020

Patologias de base conforme Capítulos do CID-10	n	%
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	35	29,1
Doenças do sistema nervoso	24	20
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	23	19,1
Algumas afecções originadas no período perinatal	20	16,6
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e alguns transtornos imunitários	11	9,1
Doenças do aparelho geniturinário	3	2,5
Doenças do aparelho circulatório	2	1,6
Doenças do aparelho respiratório e Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,8
Causas externas de morbidade e mortalidade	1	0,8

Fonte: elaboração própria.

Na *tabela 3*, estão descritas as análises referentes à necessidade de UTI nos últimos 12 meses e sua correlação com escolaridade do familiar/cuidador principal das Crianças,

segundo teste  $X^2$ , com correção Exata de Fisher, que apresenta correlação positiva e significativa.

Tabela 3. Correlações da escolaridade do familiar/cuidador principal com necessidade de internação em UTI nos últimos 12 meses das Crianças. Brasília, DF, Brasil, 2020

Variável		Escolaridade do familiar/cuidador principal				$X^2$ *	p-valor†	OR‡	p-valor†
		Sem escolaridade	Fundamental	Médio	Superior				
Necessidade de UTI nos últimos 12 meses	Sim	1	6	39	13	126,57	0	25,2	0
	Não	3	13	31	14				

Fonte: elaboração própria.

\* $X^2$  - Qui-quadrado; †P-valor - Nível de significância, obtido com teste exato de Fisher; ‡OR - Odds Ratio.

A *tabela 4* faz a correlação entre demandas de cuidado com número de internações nos últimos 12 meses. A relação significativa no

teste  $X^2$ , associado ao OR, revela correlação positiva e significativa apenas para demandas de cuidados tecnológicos.

Tabela 4. Correlação das demandas de cuidado com o número de internações nos últimos 12 meses das Crianças. Brasília, DF, Brasil, 2020

Demandas de cuidado		Número de internações nos últimos 12 meses				$X^2$ *	p-valor†	OR‡	p-valor†
		0 - 3	4 - 6	7 - 10	>10				
Tecnológico	Não	47	10	1	3	19,85	0,01	23,32	0
	Sim	33	6	5	0				
Habitual Modificado	Não	43	4	2	2	9,61	0,29	10,28	0,24
	Sim	37	12	4	1				

Demandas de cuidado		Número de internações nos últimos 12 meses				X <sup>2*</sup>	p-valor†	OR‡	p-valor†
		0 - 3	4 - 6	7 - 10	>10				
Desenvolvimento	Não	42	8	3	1	10,72	0,21	12,85	0,17
	Sim	38	8	3	2				
Medicamentoso	Não	11	1	0	0	3,95	0,41	6,18	0,18
	Sim	70	15	6	3				
Misto	Não	25	4	1	1	6,94	0,52	10,71	0,29
	Sim	55	12	5	2				

Fonte: elaboração própria.

\*X<sup>2</sup> - Qui-quadrado; †P-valor - Nível de significância, obtido com teste exato de Fisher; ‡OR - Odds Ratio.

A *tabela 5* mostra os dispositivos tecnológicos associados ao número de internações nos últimos 12 meses. A análise revela uso de sonda enteral, cateter nasal, traqueostomia e gastrostomia como demandas de cuidado tecnológicos com correlação positiva e significativa com o número de internações.

Tabela 5. Correlação dos dispositivos tecnológicos com o número de internações nos últimos 12 meses das Crianças. Brasília, DF, Brasil, 2020

Dispositivos tecnológicos		Número de internações nos últimos 12 meses				X <sup>2*</sup>	p-valor†	OR‡	p-valor†
		0 - 3	4 - 6	7 - 10	>10				
Sonda enteral	Não	71	13	4	3	16,95	0	14,52	0
	Sim	10	3	2	0				
Cateter nasal	Não	79	16	6	3	18,74	0	12,37	0,02
	Sim	2	0	0	0				
Traqueostomia	Não	77	14	5	2	9,89	0,04	8,12	0,08
	Sim	4	2	1	1				
Gastrostomia	Não	80	16	4	3	18,94	0	11,67	0,02
	Sim	1	0	2	0				
Cistostomia/ureterostomia Vesicostomia/hefrostomia	Não	80	16	5	3	8,89	0,06	4,16	0,38
	Sim	1	0	1	0				
Colostomia/jejunosomia	Não	80	16	6	3	3,07	0,54	2,36	0,66
	Sim	1	0	0	0				
Sonda uretral/retal	Não	77	13	6	3	6,4	0,17	6,1	0,19
	Sim	4	3	0	0				
Derivação Ventricular Periférica	Não	78	15	6	3	0,91	0,92	1,2	0,87
	Sim	3	1	0	0				
Outros dispositivos	Não	67	16	6	3	7,63	0,1	11,87	0,01
	Sim	14	0	0	0				

Fonte: elaboração própria.

\*X<sup>2</sup> - Qui-quadrado; †P-valor - Nível de significância, obtido com teste exato de Fisher; ‡OR - Odds Ratio.

## Discussão

A análise do perfil social e clínico das Crianças internadas nas enfermarias pediátricas de um hospital materno-infantil do Distrito Federal, Brasil, revela a mãe como o principal familiar/cuidador, com idade de 18 a 39 anos, nível médio de escolaridade, casadas ou em uma união estável, renda familiar mensal de até 1 salário mínimo e sem cadastro em programas sociais do governo. Quanto às Crianças, predominaram as do sexo masculino, com idade de zero a 4 anos, pardas, que moravam com 2-4 pessoas no domicílio; e as malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas como diagnóstico principal. Conhecer tais características torna-se fundamental, pois entender o perfil do cliente é a estratégia principal para a gestão da saúde, além de ser ferramenta também eficaz para a melhoria da condição da saúde da população infantil, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)<sup>12</sup>.

Outros estudos corroboram os achados desta pesquisa, enfatizando a genitora como a pessoa mais envolvida no processo de cuidado das crianças com doenças crônicas, e suscitam importantes alegações, pois, além das responsabilidades domésticas, passam a assumir atividades complexas advindas dos cuidados com seus filhos, gerando sobrecarga que poderá resultar em doenças físicas e mentais<sup>13</sup>. Estudo realizado no sul da Florida, EUA, que analisou a saúde física e mental de 84 pais de Crianças, descreve que estes vivenciam exaustão e fadiga, problemas emocionais como frustração e desesperança, dificuldades cognitivas relacionadas com déficit de memória e de atenção, pouca energia para as tarefas diárias e atividades sociais, sentimentos de solidão, enfrentando inclusive dificuldades em falar da saúde dos filhos para outras pessoas<sup>14</sup>.

Para além da saúde mental das genitoras, esse declínio pode resultar em diminuição da capacidade de cuidar, impactando de forma direta ou indireta na saúde das Crianças. Essa

é uma realidade ainda pouco explorada e debatida, embora significativa para a saúde da família de Crianças, pois poderá comprometer seu desenvolvimento, para além das limitações da própria doença de base. Ademais, estudo aponta que as mães restringem sua rede de relacionamentos com a comunidade para se ocupar com os cuidados prestados às Crianças e passam a se reportar apenas aos familiares mais próximos e à espiritualidade, ocasionando uma rede de suporte frágil e restrita<sup>15</sup>. Tal realidade reforça a necessidade de olhar ampliado para essas famílias, na perspectiva de atenção integral para além do cuidado às Crianças.

Nota-se o quanto o cuidado realizado pela mãe é imprescindível, no entanto, é significativa a constituição de uma rede de apoio familiar, agregando outros indivíduos na prestação dos cuidados, para não a sobrecarregar. Dessa forma, os profissionais de saúde podem estimular a participação dos demais membros da família nesse processo, possibilitando a ampliação da convivência e a troca de saberes<sup>16</sup>.

Estudos apontam que essa situação de fragilidade ou vulnerabilidade social no tocante à ausência de rede de suporte das famílias perpassa por questões relacionadas com renda familiar, etnia, escolaridade materna e local de moradia<sup>17,18</sup>. Tal realidade é confirmada nesta pesquisa e assemelham-se com estudo realizado em Alexandria, Egito, com 501 Crianças e suas famílias, que destaca renda familiar insuficiente para manter suas necessidades (60,1%) e a baixa escolaridade dos pais<sup>19</sup>.

Comprovando esse fato, estudo realizado em Maringá, Paraná, Brasil, com 68 famílias de Crianças, aponta considerável parcela com classificação econômica não elevada, ensino médio completo e conclui a presença de vulnerabilidade social, individual e programática, fortemente relacionada às condições de acesso ao trabalho, renda da família e condições de escolaridade<sup>20</sup>. Além disso, muitos familiares/cuidadores deixam o emprego para cuidar das Crianças e vivenciam déficit na renda familiar, aumentando sua vulnerabilidade social. Dessa

forma, o enfermeiro desempenha papel fundamental, pois atua como articulador de toda equipe de saúde, preparado para agir de forma resolutiva nas dificuldades relacionadas com os aspectos clínicos e sociais<sup>21</sup>.

Ainda no que se refere à questão social, as Crianças podem estar mais sujeitas a outras vulnerabilidades, pela invisibilidade de sua presença em espaços comunitários, pois se encontram, na maioria das vezes, restritas ao ambiente hospitalar ou a espaços técnicos de reabilitação. Essas crianças desafiam expectativas, visto que ultrapassam as fronteiras hospitalares e vivenciam processos longos de judicialização e desospitalização para a garantia do direito de viver em casa, quando clinicamente estáveis<sup>22</sup>.

Quanto ao perfil racial, esta pesquisa evidenciou maior prevalência de Crianças na raça parda, seguida da branca. Conquanto esse seja um dado específico de um hospital localizado na região central do País, ele difere de outras pesquisas semelhantes. Estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, com 102 crianças dependentes de tecnologias, traz dados semelhantes em relação ao sexo e à idade, porém, a principal raça/cor referida foi a branca em 69,6%<sup>23</sup>. Ratificando esse último dado, um estudo realizado em Nova York, Flórida, Kansas e Indiana, EUA, com os pais de 5.296 Crianças, relata a raça/cor branca (não hispânico) como a mais prevalente<sup>24</sup>. Outros estudos que analisaram o perfil socioeconômico apenas de cuidadores de crianças também apontam os brancos como a maioria, seguidos de negros e de pardos<sup>25</sup>.

Além da definição racial, o tipo de diagnóstico também se mostra bastante variado. Estudo realizado com 25 Crianças em unidade de internação pediátrica de hospital de ensino no Rio Grande do Sul, Brasil, em que 65% eram do sexo masculino, aponta que as Crianças apresentavam múltiplos diagnósticos e de natureza complexa, com cerca de 25% possuindo mais de um diagnóstico inicial<sup>26</sup>. Outro estudo relata hidrocefalia, anóxia neonatal, displasia pulmonar, refluxo gastroesofágico, encefalopatia,

síndrome de Klinefelter e síndrome de West como as doenças que ocasionaram a condição especial de saúde<sup>27</sup>.

Além das condições sociais evidenciadas neste estudo, foram realizadas análises para identificação de correlações de risco. A escolaridade do familiar/cuidador principal teve relação positiva e significativa com a necessidade de UTI nos 12 meses que antecederam a pesquisa. Esse achado reforça o quanto o nível de escolaridade pode impactar positivamente não apenas no entendimento das mães, mas sobretudo na condição de saúde das Crianças, demonstrando o papel da educação e do ensino nesse sentido. Ademais, apresenta uma informação de importância epidemiológica, pois esse fator pode estar relacionado com a compreensão dos cuidados<sup>28</sup>.

De modo semelhante, estudo realizado em Pernambuco, Brasil, com 194 crianças com atraso no neurodesenvolvimento, relata que a baixa escolaridade pode justificar o início tardio do acompanhamento nos serviços de saúde das Crianças, retardando a identificação dos sinais apresentados, devido a não compreensão do estado clínico e/ou gravidade do caso. Ademais, o déficit na economia doméstica também pode ter influência direta nessa variável, e levar à necessidade de internações, uma vez que a escolaridade tem relação com a renda familiar<sup>29</sup>. Esses resultados colaboram para a percepção de que é necessário entender como se dá a compreensão das mães, servindo como mecanismo de *feedback* para gestão e planejamento dos processos de educação em saúde.

Embora a população deste estudo, em sua maioria, tenha nível médio de escolaridade, pode-se sugerir a falta de orientações prévias de forma adequada a esses familiares/cuidadores, o que justifica não só a necessidade de UTI, mas também as constantes reinternações. Ademais, outros fatores podem ser considerados além da escolaridade, como idade da criança, peso, dispositivos tecnológicos, ambiente de risco, complexidade diagnóstica, entre outros.

Em relação às demandas de cuidados das Crianças, os resultados revelam que o uso de dispositivos tecnológicos, como sonda enteral, cateter nasal de oxigênio, traqueostomia e gastrostomia, teve correlação positiva e significativa com o número de internações nos últimos 12 meses que antecederam a pesquisa. Estudo realizado no Paraná, Brasil, com 35 crianças, destaca que 91% delas são dependentes de tecnologias, com maior predominância para a traqueostomia (60%) e/ou gastrostomia (57,1%)<sup>30</sup>. Embora não investigada a correlação do uso de dispositivos tecnológicos com a escolaridade, acredita-se que a maior escolaridade encontrada nessa pesquisa seja favorável ao uso desses dispositivos, visto que pode proporcionar maior conhecimento para o familiar/cuidador e, conseqüentemente, a busca pelos dispositivos.

Ademais, sabe-se que os dispositivos tecnológicos aumentam a complexidade do cuidado domiciliar e que os familiares/cuidadores têm dificuldades (ansiedade, insegurança, medo, despreparo) em assumir os cuidados necessários, principalmente na aspiração de vias aéreas e manipulação de sondas e drenos. Acrescido a isso, outros fatores parecem contribuir para a dificuldade no cuidado: estrutura física inadequada, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, falta de verba para aquisição de insumos para realização de determinados cuidados e escassez de orientação adequada às necessidades de cada Criança, o que podem implicar futuras reinternações. Para superar tais desafios, é necessário melhorar a articulação da rede assistencial e realizar estratégias de educação em saúde efetivas e dinâmicas, para compartilhar os conhecimentos teórico-práticos necessários conforme preconizado na PNAISC<sup>12,30,31</sup>.

Tal realidade pode ser confirmada a partir de estudos que apontam inserção dos familiares/cuidadores principais no processo de cuidado por meio de atividades educativas durante toda a internação das Crianças, como estratégia para minimizar as dificuldades e promover maior segurança em realizá-los.

Desenvolver tais ações facilita a assistência das famílias com suas crianças em condições crônicas, além de também contribuir para efetivar a implementação da PNAISC<sup>12,32</sup>.

De modo semelhante, estudo realizado no sul do Brasil, que objetivou analisar o cuidado prestado pelas famílias, aponta que a dependência tecnológica, como o uso de sonda nasoenteral, gastrostomia, Derivação Ventrículo-Peritoneal (DVP), oxigênio de uso contínuo, entre outros, impôs às famílias a convivência com esses dispositivos. Acrescenta ainda que o período de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e o apoio dos profissionais eram considerados como estratégias de qualificação para aprender a desenvolver os cuidados<sup>27</sup>.

A despeito da existência de orientações e rede de apoio para as famílias de Crianças, considera-se a possibilidade de ansiedade ou medo diante da necessidade de uso dos dispositivos. Estudo realizado no Rio de Janeiro, Brasil, com seis Crianças dependentes de tecnologia e seus familiares, relata que a ansiedade em relação aos cuidados com os dispositivos tecnológicos foi resolvida gradativamente durante a internação (prolongada), o que possibilitou a experiência com o uso dos aparelhos por meio da observação direta e da realização dos próprios cuidados antes da alta<sup>1</sup>.

Esses dados reforçam a importância da atuação do enfermeiro no processo de educação dessas famílias durante a hospitalização, para minimizar o medo, a insegurança e a incerteza diante da transição para o domicílio. Isso porque o hospital se torna o espaço no qual a presença, a participação e a interação dos familiares e dos profissionais devem ocorrer de maneira efetiva, possibilitando o aprendizado e a aproximação com as tecnologias utilizadas, para que o cuidado ocorra de maneira humanizada<sup>33,34</sup>.

Nesse contexto, a educação em saúde é efetiva em melhorar a interação entre a equipe de enfermagem (do âmbito hospitalar e da atenção básica) e os familiares e para repensar as práticas de cuidados considerando os conhecimentos prévios e o contexto domiciliar,

importantes para elaboração de estratégias específicas e eficazes<sup>1,27</sup>.

Cabe mencionar que o processo de desospitalização supera a simples mudança do ambiente físico e assume como um campo relacional o diálogo, as expectativas, os investimentos, os conhecimentos das inseguranças que essa transição representa e a articulação com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), para um cuidado integral a essas<sup>35</sup> Crianes<sup>1</sup>. No entanto, mesmo depois de desespiralizadas, na maioria das vezes, os locais de atenção à saúde primários que fazem parte da rede são escassos, longe da moradia ou não têm suporte adequado para atender à demanda requerida; assim, essas crianças acabam sendo encaminhadas aos ambulatórios ou serviços de referências onde ficaram hospitalizadas<sup>35</sup>.

Estudo realizado com 17 famílias de Crianes destaca que há peregrinação quando necessitam de algum serviço da rede, principalmente na atenção primária, demonstrando a fragilidade desta, pois relatam dificuldades de articulação e fluxo após a alta hospitalar dessas crianças. Assim, optam por serviços terciários ou particulares de imediato, por serem mais resolutivos, acolhedores e proporcionar facilidade na continuidade do tratamento<sup>36</sup>.

O estudo trouxe como limitação o fato de ter sido realizado em um único contexto hospitalar, impedindo a comparação com outros cenários, e o período de pandemia da Covid-19 que ocasionou diminuição das internações pediátricas no referido nosocômio. Foi percebida também a limitada produção científica relacionado com a temática em países não desenvolvidos, dificultando a assimilação dos resultados encontrados com outras comunidades internacionais de situação econômica semelhante.

## Considerações finais

A descrição do perfil social das Crianes revelou que a maioria vive em domicílio com baixa renda, sem auxílio dos programas sociais do governo e escolaridade média do familiar/

cuidador principal. O perfil clínico aponta malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas como predominantes; correlações de risco apontam a escolaridade como fator de risco significativo para internação em UTI e o uso de dispositivos tecnológicos associados com maior número de reinternações.

Este estudo possibilitou identificar vulnerabilidade social nos participantes. Aponta implicações necessárias para promover a alta segura de Crianes, considerando as particularidades da família, e reforça a relevância de rede de apoio efetiva com familiares, amigos, comunidade e serviços da atenção básica. Estar atentos a esse perfil é fundamental no processo de assistência integral à saúde das Crianes, conforme preconiza a PNAISC.

Tais achados reforçam a relevância da educação em saúde para os familiares/cuidadores de Crianes dependentes de tecnologias. Assim, orienta que a enfermagem se apodere dessas atividades e promova estratégias inovadoras como a produção de tecnologias educativas. Sugere também a incorporação de práticas avançadas de enfermagem nas instituições de saúde, para melhor acompanhamento da transição para o domicílio e maior adesão do processo educacional desses familiares, visto que a educação em saúde nesse contexto ainda se apresenta limitada, com poucas produções científicas relevantes, necessitando assim de aprimoramento.

## Colaboradores

Sousa BVN (0000-0002-3031-3812)\*, Araújo CRS (0000-0002-5740-3746)\*, Oliveira EF (0000-0001-8544-5161)\*, Freitas KKA (0000-0002-4256-7019)\*, Costa PDR (0000-0003-4269-5448)\* e Silva VB (0000-0002-3436-6743)\* contribuíram para concepção do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, redação e/ou revisão crítica do conteúdo, revisão e aprovação final da versão final. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

---

## Referências

1. Esteves JS, Silva LF, Conceição DS, et al. Families' concerns about the care of children with technology-dependent special health care needs. *Invest Educ Enferm*. 2015 [acesso em 2019 jul 12]; 33(3):547-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.iee.v33n3a19>.
2. Viana IS, Silva LF, Cursino EG, et al. Encontro educativo da enfermagem e da família de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto Context Enferm*. 2018 [acesso em 2019 jul 12]; 27(3):1-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005720016>.
3. Cabral IE, Moraes JRMM. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2015 [acesso em 2019 jul 15]; 68(6):1078-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680612i>.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: Características da População e dos Domicílios. 2011. [acesso em 2019 out 10]. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf).
5. Okido ACC, Neves ET, Cavicchioli GN, et al. Fatores associados ao risco familiar de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 [acesso em 2019 out 12]; (52):1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2017048703377>.
6. Ferro MA, Boyle MH. The impact of chronic physical illness, maternal depressive symptoms, family functioning, and self-esteem on symptoms of anxiety and depression in children. *J Abnorm Child Psychol*. 2015 [acesso em 2019 out 15]; 43(1):177-87. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s10802-014-9893-6>.
7. Pinto M, Gomes R, Tanabe RF, et al. Analysis of the cost of care for children and adolescents with medical complex chronic conditions. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019 [acesso em 2020 fev 3]; 24(11):4043-52. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182411.08912018>.
8. Monnerat CP, Silva LF, Souza DK, et al. Estratégia de educação em saúde com familiares de crianças em uso contínuo de medicamentos. *Rev enferm UFPE line*. 2016 [acesso em 2020 fev 3]; 10(11):3814-22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201601>.
9. Góes FGB, Cabral IE. A alta hospitalar de crianças com necessidades especiais de saúde e suas diferentes dimensões. *Rev enferm UERJ*. 2017 [acesso em 2020 fev 3]; (25):1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.18684>.
10. Simonasse MF, Moraes JRM. Crianças com necessidades especiais de saúde: impacto no cotidiano familiar. *J res fundam care online*. 2015 [acesso em 2020 fev 9]; 7(3):2902-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2902-2909>.
11. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012. [acesso em 2020 out 12]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html).
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2020 fev 20]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.
13. Macedo EC, Silva LR, Paiva MS, et al. Sobrecarga e qualidade de vida de mães de crianças e adolescentes com doença crônica: revisão integrativa. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015 [acesso em 2020 abr 6]; 23(4):769-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0196.2613>.
14. Caicedo C. Families With Special Needs Children: Family Health, Functioning, and Care Burden. *J*

- Am Psychiatr Nurses Assoc. 2014 [acesso em 2020 abr 6]; 20(6):398-407. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1078390314561326>.
15. Neves ET, Cabral IE, Silveira A. Rede familiar de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013 [acesso em 2020 abr 6]; 21(2):01-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200013>.
  16. Cruz CT, Zamberlan KC, Silveira A, et al. Care to children requiring continuous and complex assistance: nursing perception. *REME- Rev Min Enferm*. 2017 [acesso em 2020 out 6]; (21):1-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170015>.
  17. Okido ACC, Cunha ST, Neves ET, et al. Criança dependente de tecnologia e a demanda de cuidado medicamentoso. *Rev Bras Enferm*. 2016 [acesso em 2020 out 6]; 69(4):718-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.20166904151>.
  18. Lykens KA, Fulda KG, Bae S, et al. Differences in risk factors for children with special health care needs (CSHCN) receiving needed specialty care by socioeconomic status. *BMC Pediatr*. 2009 [acesso em 2020 out 12]; 9(48):1-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-9-48>.
  19. Wahdan IH, El-Nimr NA. Identifying children with special health care needs in Alexandria, Egypt. *Pediatr Res*. 2018 [acesso em 2020 out 16]; (84):57-61. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41390-018-0008-x>.
  20. Dias BC, Arruda GO, Marcon SS. Family vulnerability of children with special needs of multiple, complex and continuous care. *REME- Rev Min Enferm*. 2017 [acesso em 2020 out 16]; (21):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170037>.
  21. Reis KMN, Alves GV, Barbosa TA, et al. A vivência da família no cuidado domiciliar à criança com necessidades especiais de saúde. *Cienc y Enferm XXVIII*. 2017 [acesso em 2020 out 26]; (1):45-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000100045>.
  22. Moreira MCN, Albernaz LV, Sá MRC, et al. Recomendações para uma linha de cuidados para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2017 [acesso em 2020 out 26]; 33(11):1-13. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00189516>.
  23. Okido ACC, Hayashida M, Lima RAG. Perfil de crianças dependentes de tecnologia no município de Ribeirão Preto-SP. *J Hum Growth Dev*. 2012 [acesso em 2020 out 26]; 22(3):291-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.46356>.
  24. Szilagyi PG, Shenkman E, Brach C, et al. Children With Special Health Care Needs Enrolled in the State Children's Health Insurance Program (SCHIP): Patient Characteristics and Health Care Needs. *Pediatrics*. 2003 [acesso em 2020 nov 12]; 112(6):508-20. Disponível em: [https://pediatrics.aappublications.org/content/112/Supplement\\_E1/e508](https://pediatrics.aappublications.org/content/112/Supplement_E1/e508).
  25. Barreta C, Oliveira MAM, Dias AM, et al. Caracterização dos cuidadores das crianças e dos adolescentes atendidos pelo projeto de extensão de um hospital universitário infantil. *RBTS*. 2016 [acesso em 2020 nov 1]; 3(1):15-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14210/rbts.v3n1.p15-24>.
  26. Santos RP, Severo VRG, Kegler JJ, et al. Perfil de crianças com necessidades especiais de saúde e seus cuidadores em um hospital de ensino. *Cienc Cuid Saude*. 2020 [acesso em 2021 nov 6]; 19:1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v19i0.46724>.
  27. Leite FLLM, Gomes GC, Minasi ASÁ, et al. Criança com necessidades especiais de saúde: análise do cuidado prestado pela família. *REAS/EJCH*. 2019 [acesso em 2021 nov 6]; 11(15):1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25248/reas.e1342.2019>.
  28. Câmara FS, Martins WLL, Moura MLN, et al. Perfil do cuidador de pessoas com deficiência. *R bras Ci Saúde*. 2016 [acesso em 2021 nov 7]; 20(4):269-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4034/RBCS.2016.20.04.02>.

29. Gonçalves JE, Júnio FACP, Lima MK, et al. Perfil socioeconômico, demográfico e clínico de crianças atendidas em um serviço de referência em neurodesenvolvimento no município de Vitória de Santo Antão-PE. *Braz J Hea Rev, Curitiba*. 2020 [acesso em 2021 nov 15]; 3(2):1553-65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n2-019>.
30. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM, et al. Development care for children with special health needs in home care at Paraná - Brazil. *Esc Anna Nery*. 2019 [acesso em 2020 nov 15]; 23(1):1-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0067>.
31. Lima M, Coimbra JAH, Rodrigues BC, et al. Crianças dependentes de tecnologia, um desafio na educação em saúde: estudo descritivo. *Online Brazilian J Nurs*. 2018 [acesso em 2020 nov 15]; 16(4):399. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5862>.
32. Lima GCBB, Guimarães AMDN, Silva JRS, et al. Educação em saúde e dispositivos metodológicos aplicados na assistência ao Diabetes Mellitus. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2021 dez 24]; 43(123):150-158. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N8gGgzSh4psXWgrqJRcrR6F/?format=pdf&lang=pt>.
33. Barreto AP, Inoue KC. Assistência humanizada em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN): a importância dos profissionais de enfermagem. *Uningá Rev*. 2013 [acesso em 2020 nov 18]; 15(1):66-71. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/749/393>.
34. Góes FGB, Cabral IE. Discursos sobre cuidados na alta de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2017 [acesso em 2020 nov 18]; 70(1):163-71. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0248>.
35. Castro BSM, Moreira MCN. (Re)conhecendo suas casas: narrativas sobre a desospitalização de crianças com doenças de longa duração. *Physis Rev Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2022 set 20]; 28(3):1-19. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280322>.
36. Lima HF, Oliveira DC, Bertoldo CDS, et al. (Des) constituição da rede de atenção à saúde de crianças/adolescentes com necessidades especiais de saúde. *Rev Enferm UFSM*. 2021 [acesso em 2022 set 24]; (11):01-20. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769248104>.

---

Recebido em 09/03/2022

Aprovado em 03/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Influência de determinantes socioeconômicos no desenvolvimento motor de lactentes acompanhados por programa de *follow-up* em Manaus, Amazonas

*Influence of socioeconomic determinants on the motor development of infants accompanied by follow-up program in Manaus, Amazonas*

Ana Beatriz da Costa Lameira<sup>1</sup>, Michelle Alexandrina dos Santos Furtado<sup>2</sup>, Renato Campos Freire Júnior<sup>1</sup>, Tiótrefis Gomes Fernandes<sup>1</sup>, Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E509

**RESUMO** O desenvolvimento infantil é um processo gradual e contínuo dividido em estágios para fins teóricos. Os fatores intrínsecos e extrínsecos podem influenciar de modo positivo ou negativo na evolução do lactente. O objetivo foi avaliar a influência do ensino superior materno e da renda familiar no Desenvolvimento Motor (DM) de lactentes. Estudo transversal, que avaliou 106 crianças, oriundas do programa de *follow-up* de uma maternidade de referência no Amazonas. Foram aplicados dois questionários (roteiro de anamnese e perfil socioeconômico); e, em seguida, Escala Motora Infantil de Alberta para avaliar o DM desses lactentes. Para a análise estatística, foram utilizados dados descritivos e teste Qui-quadrado e Exato de Fischer, com  $p \leq 0,05$ . O maior grau de escolaridade materna estava relacionada com a tipicidade do DM (71,4%, com  $p = 0,04$ ), em contrapartida, uma menor renda familiar, apesar de ter apresentado maior percentual em crianças atípicas (51,9%), não demonstrou uma relação significativa com a atipicidade do DM. Foi observado que, na amostra, a escolaridade materna possuiu maior impacto para o adequado DM quando comparado à renda familiar. Tal fato parece estar relacionado com o maior grau de instrução materna, o qual implica o melhor assistencialismo infantil ante cuidados gerais e estimulações.

**PALAVRAS-CHAVE** Desenvolvimento infantil. Escolaridade materna. Fatores socioeconômicos.

**ABSTRACT** *Child development is a gradual and continuous process divided into stages for theoretical purposes. Intrinsic and extrinsic factors can positively or negatively influence the evolution of the infant. The objective was to evaluate the influence of maternal higher education and family income on the Motor Development (MD) of infants. It was a cross-sectional study that evaluated 106 children from the follow-up program of a reference maternity hospital in Amazonas. Two questionnaires were applied (anamnesis script and socioeconomic profile); and then Alberta Infant Motor Scale to assess the MD of those infants. For statistical analysis, descriptive data and Chi-square and Fisher's exact tests were used, with  $p \leq 0.05$ . The higher level of maternal education was related to the typicality of MD (71.4%, with  $p = 0.04$ ), on the other hand, a lower family income, despite having presented a higher percentage in atypical children (51.9%), did not demonstrate a significant relationship with MD atypicality. It was observed that, in our sample, maternal schooling had a greater impact on adequate MD when compared to family income. This fact seems to be related to the higher level of maternal education, which implies better child care, in the face of general care and stimulation.*

**KEYWORDS** *Child development. Maternal schooling. Socioeconomic factors.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Amazonas (Ufam) – Manaus (AM), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.  
alexandrinamichelle@gmail.com

## Introdução

O desenvolvimento infantil é um processo complexo que se inicia desde a concepção e compreende aspectos cognitivos, linguísticos, motores, emocionais e sociais. Tal processo proporciona a aquisição de habilidades físicas e intelectuais, além de gerar mudanças no comportamento infantil<sup>1</sup>. O Desenvolvimento Motor (DM) pode ser compreendido como a evolução de competências motoras, em que há a progressão de movimentos simples até movimentos mais complexos e altamente organizados. Essa evolução engloba a maturação neurológica, cognitiva, comportamental, social, linguística e afetiva da criança, entretanto, fatores extrínsecos também são influenciadores no desenvolvimento infantil, podendo ser caracterizados como fatores de risco ao atraso do desenvolvimento, com ênfase no aspecto do Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM)<sup>1,2</sup>.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), não existem dados estatísticos confiáveis que precisem a incidência de crianças com atipicidade de desenvolvimento, sobretudo devido à complexidade de identificação e notificação de casos. Contudo, a OMS apontou que aproximadamente 249 milhões de crianças (43% de crianças em 2010) apresentavam risco de atraso de desenvolvimento em países de baixa e média renda, o que demanda atenção e enfatiza a importância de estudos e políticas públicas voltadas ao diagnóstico e intervenção precoce sobre atipicidades de DNPM<sup>2,3</sup>.

Apesar dos avanços realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde das gestantes e das crianças, a presença de muitos dos fatores de risco ainda correspondem como um dos principais motivos relativos ao parto prematuro e ao déficit de desenvolvimento infantil, tais como: baixa escolaridade materna, más condições de moradia e saneamento, baixo nível socioeconômico, exposição à agentes tóxicos na gestação, gravidez precoce, prematuridade, entre outros<sup>4</sup>.

Nessa perspectiva, é consenso que bebês e crianças de países de baixa e média renda, incluindo o Brasil, são particularmente sensíveis à vulnerabilidade de desenvolvimento, devido à exposição a fatores de risco nutricionais, socioeconômicos e ambientais, associados principalmente à pobreza (refletido na baixa renda familiar) e a prejuízos de estimulações adequadas. O efeito da pobreza e de outros aspectos, como a baixa escolaridade materna, tende a gerar um ambiente doméstico suscetível a maior estresse familiar, abuso e negligência infantil, que englobam déficits nos cuidados com higiene, alimentação, imunização e oportunização de ambiente acolhedor e seguro à exploração e aprendizagem. Na maioria das vezes, as adversidades coincidem e se acumulam, agravando o efeito negativo<sup>5</sup>.

De fato, os determinantes sociais podem trazer prejuízos à saúde das populações, impactando nos diversos campos da vida dos indivíduos e da família. Considerando o desenvolvimento infantil, os determinantes sociais, aos quais os pais estão expostos, podem afetar seus comportamentos, atitudes e condições de vida, que, por sua vez, influenciam na saúde de seus filhos<sup>6</sup>. Dessa forma, conhecer os determinantes sociais na comunidade e na sociedade onde os pais e cuidadores familiares estão inseridos é crucial para entender a capacidade e a habilidade do cuidado para o desenvolvimento e a saúde criança, especialmente nos primeiros anos de vida.

O perfil socioeconômico dos cuidadores, representado pela renda familiar e o nível de escolaridade, pode ser um importante fator para analisar o DNPM. Em muitos casos, entende-se que o baixo nível socioeconômico e a precária educação materna podem expor as crianças a condições desfavoráveis de estimulação, o que, em vários países, é retratado por meio do atraso motor quando comparado com crianças de níveis econômicos mais elevados<sup>7,8</sup>.

Programas de acompanhamento do desenvolvimento infantil, geralmente associados ao cuidado de bebês de alto risco, são tradicionalmente conhecidos como programas de

*follow-up* e possuem objetivos similares em todos os países: identificar precocemente atrasos e atipicidades no desenvolvimento infantil, sobretudo em bebês prematuros ou aqueles com fatores de risco que contribuem para sua vulnerabilidade de desenvolvimento, o que permite o adequado encaminhamento a serviços especializados de natureza médica ou reabilitativa<sup>9</sup>.

Os programas de *follow-up* devem fazer parte da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD), com ênfase na atenção primária e foco na identificação de atipicidades nos marcos desenvolvimentais que podem levar a comprometimentos futuros. A RCPCD foi instituída em 2012, pelo Ministério da Saúde, por intermédio da Portaria nº 793/2012, e prevê atenção integral e articulada (em rede integradas e regionalizadas) a pessoas com deficiência, desde a atenção primária até a terciária, levando em consideração aspectos reabilitativos, promoção à saúde e identificação precoce de comprometimentos que podem gerar deficiências ou inserção imediata em alguma categoria de deficiência (física, auditiva, visual, intelectual ou múltiplas)<sup>10</sup>.

No Brasil, em especial no Amazonas, existe uma escassez de estudos que associem e identifiquem os fatores de risco com atraso de DNPM em lactentes. Contudo, a cultura, os saberes ancestrais e as situações de vulnerabilidade características da rica diversidade étnica amazônica, formada por povos indígenas, ribeirinhos, quilombolas e comunidades rurais, podem trazer influências na formação e desenvolvimento infantil. Além disso, as longas distâncias geográficas, associadas a áreas com baixa densidade demográfica e de fluxo migratório, acabam tornando desafiadores o acesso à saúde nessa região do Brasil<sup>11</sup>. Por essa realidade de especificidades da região amazônica, faz-se necessário estudar a relação dos determinantes socioeconômicos no DNPM de lactentes para a elaboração de estratégias balizadoras para operacionalização de políticas públicas voltadas à atenção infantil, com ênfase na estimulação oportuna e prevenção de agravos ao DNPM<sup>12-14</sup>.

Desse modo, o objetivo geral do presente estudo foi avaliar a influência de determinantes socioeconômicos, vinculados à escolaridade materna e renda familiar, no DM de lactentes acompanhados em programas de *follow-up* na cidade de Manaus/AM.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (Ufam) com nº CAAE: 79522217.8.0000.5020. A coleta de dados foi realizada no período compreendido entre o segundo semestre de 2017 e o primeiro semestre de 2018, em que foram avaliadas lactentes, via amostra de conveniência, encaminhadas pela equipe médica para o acompanhamento no *follow-up* de uma maternidade de referência em saúde na cidade de Manaus/AM. Os dados só foram coletados após permissão dos pais e/ou responsáveis com respectiva assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nesta pesquisa, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: lactentes integrados ao programa de *follow-up* da maternidade. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: lactentes instáveis fisicamente ou neurologicamente, aqueles que apresentassem alguma impossibilidade para aplicação dos testes e aqueles em que a equipe médica desaconselhasse a avaliação. Durante a avaliação, nenhuma criança satisfaz os critérios de exclusão; portanto, nenhuma delas foi excluída do estudo.

Os dados foram obtidos por meio da avaliação motora, consulta aos prontuários dos pacientes (lactentes) e aplicação de questionários com os genitores, contendo as seguintes informações:

1. Roteiro de anamnese – composto por: nome da criança, data de nascimento, nome dos pais, idade cronológica, idade corrigida,

sexo da criança, cor da pele, número de prontuário, número do Cartão Nacional do SUS (CNS).

2. Questionário socioeconômico – conteúdo: a) renda familiar, categorizada em dois grupos: Até 1,5 salário mínimo e acima de 1,5 salário mínimo (no momento da entrevista); b) nível de escolaridade dos genitores, divididos em dois grupos: com graduação superior ou ausência de graduação.

No segundo momento, foram realizadas as avaliações do DM, por meio da Escala Motora de Desenvolvimento Infantil de Alberta (Alberta Infant Motor Scale – AIMS), a qual possui fácil aplicabilidade, confiabilidade, validade, baixo custo e tradução para a língua portuguesa. O objetivo dessa escala é avaliar o DM infantil de crianças pré-termos e a termos, baseando-se em quatro posturas antigravitacionais, permitindo caracterizar o DM em atraso, suspeito ou normal, de acordo com a idade corrigida do lactente<sup>15-17</sup>.

A escala foi aplicada em tempo real, com apenas um examinador executando todas as avaliações, em ambiente lúdico (consultório de fisioterapia do *follow-up*), com auxílio de brinquedos e duração de aproximadamente 30 minutos. Imagens de vídeo foram obtidas e reexaminadas, em casos de dúvidas, para confirmação dos resultados.

De modo geral, a pontuação da AIMS é obtida avaliando a criança em quatro posições antigravitacionais básicas: prono (21 itens), supino (9 itens), sentado (12 itens) e em pé (16 itens), com o objetivo de analisar os marcos motores das crianças a partir da 38ª semana de idade gestacional até os 18 meses de idade corrigida. A escala é composta por 58 itens, dos quais para cada posição observada se estabelece um ponto, já para aquelas posturas não observadas não se estabelece qualquer pontuação<sup>16-18</sup>.

Posteriormente, o escore total alcançado pelo lactente juntamente com sua idade corrigida em meses são inseridos no gráfico de curvas percentílicas, em que a classificação é

realizada da seguinte maneira: atraso do DM (relação abaixo da curva de 5%); suspeita de atraso do DM (entre 10% e 25%) e DM normal (acima de 25%)<sup>15-17</sup>. Para efeito de análise estatística, foi considerado desempenho motor típico as crianças que apresentaram DM normais, e atípicos, aquelas com atraso ou suspeita de atraso do DM. Aqueles lactentes que foram classificados segundo a AIMS com atipicidade no DM eram encaminhados para o serviço de reabilitação em fisioterapia da maternidade.

Os dados dos pacientes foram digitalizados para banco de dados em planilha do Programa Microsoft Office Excel®. As variáveis de caracterização das crianças e mães, bem como as variáveis socioeconômicas, foram apresentadas usando frequências e porcentagens. As diferenças entre os grupos de DM típico e atípico, categorizados de acordo com a classificação da AIMS, foram analisadas usando o teste Qui-quadrado e Exato de Fischer, conforme aplicação. A significância estatística foi estabelecida em  $p \leq 0,05$  (*two-sided*). As análises estatísticas foram desenvolvidas utilizando o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)® – versão 22, IBM Corporation, Chicago, IL.

## Resultados

Foram avaliados 106 pacientes, sendo 54 do sexo masculino e 52 do feminino. Desses dados, foi observado que 57,4% dos lactentes do sexo masculino tiveram atipicidade de DM em comparação ao sexo feminino, o qual somente 38,5% apresentaram atrasos, porém sem relação significativa com o DM ( $p = 0,5$ ).

Em relação à cor da pele dos lactentes que foram autodeclarados pelos pais, 34 (32,6%) eram brancos e 70 (67,3%) eram pardos. Não houve diferença significativa entre as etnias em relação ao DM ( $p = 0,57$ ).

Quanto à educação dos pais, observou-se que a variável ‘educação paterna’ não apresentou diferença significativa para alterações

motoras, apenas 10,1% tinham ensino superior e cerca de 89,8% tinham ausência de ensino superior ( $p = 0,4$ ). Por outro lado, a escolaridade materna foi estatisticamente diferente

entre os grupos, revelando que as mães de crianças do grupo típico apresentavam maior escolaridade quando comparadas às mães do grupo atípico (dado apresentado na *tabela 1*).

Tabela 1. Relação entre o ensino superior materno e a renda familiar com o desenvolvimento motor dos lactentes avaliados

Variáveis socioeconômicas	Classificação AIMS						p
	Típico		Atípico		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Escolaridade materna Superior</b>							<b>0,04</b>
Sim	15	71,4%	6	28,6%	21	100%	
Não	30	46,2%	35	53,8%	65	100%	
<b>Renda familiar (salário mínimo)</b>							<b>0,39</b>
≤1,5		48,1%	28	51,9%	54	100%	
>1,5	19	57%	14	42,4%	33	100%	

Fonte: elaboração própria.

AIMS: Alberta Infant Motor Scale (Escala Motora de Desenvolvimento Infantil de Alberta).

A relação dos determinantes socioeconômicos avaliados (nível de escolaridade materna

e renda familiar) foi significativo, conforme dados demonstrados na *tabela 2*.

Tabela 2. Relação entre o ensino superior materno e a renda familiar

Variáveis socioeconômicas	Educação Materna Superior						p
	Presente		Ausente		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Renda familiar (salário mínimo)</b>							<b>0,3</b>
≤1,5	9	16,7%	45	83,3%	54	100%	
>1,5	12	37,5%	20	62,5%	32	100%	

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

No presente estudo, foi observada a relação do DM típico com a educação materna superior, isto é, na amostra avaliada, a escolaridade materna é estatisticamente mais importante (significativa) que a própria renda familiar para o desenvolvimento infantil.

Os resultados demonstraram que lactentes com mães graduadas tendiam a apresentar melhor DM. Entretanto, na amostra de lactentes filhos de mães ‘sem ensino superior’, 53,8% deles apresentaram atipicidade do desenvolvimento, o que fortalece os dados apresentados pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), revelando que 43% das

crianças amazônicas estão em situação de risco por apresentarem direitos básicos violados e situação de ‘privação múltipla’, com déficits no acesso à educação, moradia, nutrição, assistencialismo e, conseqüentemente, oportunidade de ambiente enriquecedor e propício ao adequado desenvolvimento infantil<sup>19,20</sup>.

Segundo Hadders-Algra<sup>21</sup>, entender os fatores contextuais ao desenvolvimento é essencial para o estabelecimento de estratégias de atenção infantil, sendo o grau de escolaridade materna um fator importante e relacionado com a estruturação de um ambiente favorável à prestação de cuidados assistenciais, nutrição adequada e contribuição à saúde mental e física de lactentes, gerando condições propícias ao crescimento e ao desenvolvimento infantil.

A pesquisa de Furtado et al.<sup>14</sup> avaliou crianças cujos pais possuíam grau de escolaridade de nível superior e revelou que 80% da população estudada apresentou DM adequado, demonstrando que o nível superior de educação dos pais é fator que favorece ao lactente maiores oportunidades de estimulação e cuidados gerais em seu ambiente familiar e social. Corsi et al.<sup>22</sup> apresentaram também que a escolaridade materna interfere na escolha do ambiente em que a criança é inserida, haja vista que mães com nível superior normalmente oportunizam um ambiente enriquecedor à aprendizagem e ao desenvolvimento sensorio-motor<sup>14,22</sup>.

Em uma pesquisa que averiguou o DM de 345 crianças gregas, verificou-se que o nível da educação materna tem impacto direto no DM, sugerindo que esse fator esteja conferido ao nível de informação das genitoras sobre a indispensabilidade do acompanhamento e estimulação do DM de seus filhos<sup>23</sup>.

Segundo estudos, mães com maior nível de instrução tendem a apresentar maior preocupação com o desenvolvimento infantil e normalmente realizam escolhas mais assertivas sobre o crescimento e o DM, linguístico e social. As escolhas sobre melhor atendimento médico, alimentação saudável e estímulos adequados são identificadas com maior

sensibilidade por mães de nível instrucional mais elevado adicionado também à maior renda econômica<sup>24-27</sup>.

A educação materna está associada com uma maior capacidade de gerar promoção ao adequado desenvolvimento infantil, tornando o ambiente doméstico propício à estimulação e cuidados assistenciais necessários à infância<sup>28-31</sup>. Segundo Sania et al.<sup>32</sup>, existe uma relação dose-resposta entre desenvolvimento infantil e educação materna, em que a alta educação materna (incluindo ensino superior) está relacionada com fatores protetivos ao bem-estar infantil, com a adoção frequente de práticas de higiene, ambiente enriquecedor à exploração infantil e cuidados antenatais e pós-natais com a imunização. Em contrapartida, a baixa educação materna está associada com fatores de risco ao pobre desenvolvimento infantil, tais como má nutrição e depressão ou estresse materno<sup>32</sup>. Além disso, os trabalhos sugerem que quanto menor a educação materna, menor a tendência de as mães serem receptivas às orientações sobre estimulação precoce, as quais envolvem prioritariamente práticas centradas na família e a geração de um ambiente adequado e com oportunidades de aprendizagem, incluindo práticas do brincar e exploração ambiental segura<sup>32-35</sup>.

É interessante ponderar ainda que, em uma sociedade marcada pelo patriarcado, a figura materna normalmente assume o pilar de afeto e cuidados assistenciais dos filhos, sendo a mãe a principal responsável por ofertar cuidado, oportunidade à aprendizagem e, em muitos casos, até mesmo o assistencialismo financeiro, o que interfere diretamente no desenvolvimento infantil. Além das questões biológicas da gestação, a relação mãe-bebê se torna base para a construção do vínculo afetivo e fornece suporte para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais, as quais, por meio das experiências de amor, cuidado, atenção e proteção, estimulam o crescimento e o desenvolvimento saudável do bebê<sup>28,29</sup>.

Talvez por essa perspectiva, não foi identificado relação significativa entre a escolaridade paterna (presença de educação superior) e o

DM dos lactentes avaliados. Contudo, muitos estudos indicam a figura paterna como influência marcante ao DNPM, com destaque para envolvimento em brincadeiras, segurança socioemocional e contribuição econômica<sup>30</sup>.

Também não foi observada a relação significativa da renda familiar com o DM, que pode ser explicado devido ao discreto número amostral ou ao maior impacto de outras variáveis, especialmente a escolaridade materna. Tal resultado foi similar ao apresentado por Machado et al.<sup>31</sup>, o qual insere a baixa renda familiar como fator extrínseco relacionada com as condições de risco para o atraso do DM, mas não a considera como fator primordial.

Outras pesquisas enfatizam que famílias com poder aquisitivo inferior tendem a ser menos envolvidas em ações que incentivem o desenvolvimento infantil, gerando um ambiente desfavorável que pode estar associado a situações de estresse familiar e/ou baixo investimento na atenção infantil, gerando vulnerabilidade à negligência e ao abuso<sup>21,32-35</sup>.

Uma pesquisa realizada na Colômbia sugere, em adição, a hipótese que o fator econômico e o nível de instrução dos pais estejam relacionados com o maior número de partos prematuros e fatores de risco pré ou perinatais, ocasionando maior predisposição para alterações neuromotoras e, conseqüentemente, atraso de DM<sup>35,36</sup>.

## Considerações finais

Em conclusão, determinantes socioeconômicos, identificados principalmente pelo nível de escolaridade superior materna, associaram-se com o DM. A renda dos pais, embora não tenha apresentado associação significativa com o DM dos lactentes avaliados, demonstrou relação significativa com o nível de escolaridade da mãe. Este estudo contribui para o campo da saúde infantil por apontar a importância das iniquidades socioeconômicas no processo de desenvolvimento infantil. Por fim, os dados sugerem que a instrução materna superior pode fornecer aporte para estimulações mais favoráveis ao desenvolvimento da criança, potencializando o adequado DM.

## Colaboradores

Lameira ABC (0000-0001-7321-645X)\*, Furtado MAS (0000-0002-2847-7471)\*, Freire Júnior RC (0000-0002-9603-981X)\*, Fernandes TG (0000-0002-8563-9529)\* e Mendonça ASGB (0000-0002-3676-7292)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito na concepção da pesquisa, coleta e análise de dados, discussão, escrita e revisão. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Saccani R, Valentini NC, Pereira KRG, et al. Motor development's curves of premature infants on the first year of life according to Alberta Infant Motor Scale. *Fisioter. Mov.* 2018 [acesso em 2022 mar 22]; (31). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5918.031.AO39>.
- Adolph KE, Hoch JE. The importance of motor skills for development. Building future health and well-being of thriving toddlers and young children. *Karger.* 2020 [acesso em 2022 mar 22]; (95):136-144. Disponível em: <https://doi.org/10.1159/000511511>.
- Black MM, Walker SP, Fernald LC, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet.* 2017 [acesso em 2022 mar 22]; 389(10064):77-90. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31389-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7).
- Britto PR, Lye SJ, Proulx K, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet.* 2017 [acesso em 2022 mar 22]; 389(10064):91-102. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3).
- Sadovsky ADID, Matijasevich A, Santos IS, et al. Socioeconomic inequality in preterm birth in four Brazilian birth cohort studies. *J. Pediatr.* 2018 [acesso em 2022 mar 22]; (94):15-22. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.02.003>.
- Walker DK. Parenting and social determinants of health. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 2021 [acesso em 2022 mar 22]; 35(1):134-136. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2020.10.016>.
- Rodríguez CR, Muñoz SJA. Rezago en el desarrollo infantil: La importancia de la calidad educativa del ambiente familiar. *Rev. int. investig. cienc. soc.* 2017 [acesso em 2022 mar 22]; 13(2). Disponível em: <http://revistacientifica.uaa.edu.py/index.php/riics/article/view/375>.
- Ribeiro DG, Perosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2022 mar 22]; (19):215-226. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00215.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00215.pdf).
- Maitre NL, Chorna O, Romeo DM, et al. Implementation of the Hammersmith Infant Neurological Examination in a high-risk infant follow-up program. *Ped neurol.* 2016 [acesso em 2022 mar 22]; (65):31-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pediatr-neurol.2016.09.010>.
- Brasil. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. [acesso em 2022 abr 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm).
- Couto RCS. Saúde e ambiente na Amazônia Brasileira. *Nov Cad NAEA.* 2020 [acesso em 2022 mar 22]; 23(3):167-178. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ncn/article/view/7280>.
- Corrêa SRM, Hage SAM. Amazônia: a urgência e necessidade da construção de políticas e práticas educacionais inter/multiculturais. *Rev Nera.* 2012 [acesso em 2022 mar 22]; (18):79-105. Disponível em: <https://doi.org/10.47946/rnera.v0i18.1336>.
- Furtado MAS, Mendonça ASGB, Lameira ABC, et al. Avaliação do desenvolvimento motor de lactentes dependentes de servidores em instituição de ensino superior no Amazonas. *Saúde e Desenv Hum.* 2018 [acesso em 2022 mar 22]; 6(1):29-38. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v6i1.4096>.
- Vargas MC, Mendonça ASGB, Vieira AGS, et al. Avaliação de crianças atendidas em follow-up: perfil epidemiológico e motor. *ConScientiae Saúde.* 2018 [acesso em 2022 mar 22]; 17(4):378-385. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/conssaude.v17n4.8532>.
- Formiga CKMR, Silva LPD, Linhares MBM. Iden-

- tification of risk factors in infants participating in a Follow-up program. *Revista CEFAC*. 2018 [acesso em 2022 mar 22]; (20):333-341. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-021620182038817>.
16. Boonzaaijer M, Dam EV, Haastert ICV, et al. Concurrent validity between live and home video observations using the Alberta Infant Motor Scale. *Ped Physical Therapy*. 2017 [acesso em 2022 mar 22]; 29(2):146. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5374751/>.
  17. Câmara AM, Gomes ALS, Lima SNRD, et al. Aplicabilidade da escala motora infantil alberta: experiência com crianças prematuras no NUTEP. *ExtA*. 2017; 3(12):67-75.
  18. Joppert MP, Matos AC, Oliveira R, et al. Avaliação da Iniciativa Selo UNICEF Município Aprovado-uma experiência participativa com utilização de métodos mistos. *Rev. Bras. Av.* 2020 [acesso em 2022 abr 9]; (8):92-117. Disponível em: <https://www.rbava.org.br/article/10.4322/rbma201408007/pdf/1598015026-8-92.pdf>.
  19. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Agenda pela infância e adolescência na Amazônia. [s.d.]. [acesso em 22 abr 10]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/media/1131/file/Agenda\\_pela\\_infancia\\_e\\_adolescencia\\_na\\_Amazonia.pdf](https://www.unicef.org/brazil/media/1131/file/Agenda_pela_infancia_e_adolescencia_na_Amazonia.pdf).
  20. Hadders-Algra, M. Early human motor development: From variation to the ability to vary and adapt. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018 [acesso em 2022 abr 9]; (90): 411-427. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.05.009>.
  21. Corsi C, Santos MMD, Marques LAP, et al. Impact of extrinsic factors on fine motor performance of children attending day care. *Rev. Paul*. 2016 [acesso em 2022 abr. 9]; (34):439-446. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.007>.
  22. Syrengelas D, Kalamposki V, Kleisiouni P, et al. Gross motor development in full-term Greek infants assessed by the Alberta Infant Motor Scale: Reference values and socioeconomic impact. *Early hum. dev.* 2014 [acesso em 2022 abr 9]; 90(7): 353-357. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.04.011>.
  23. Tella P, Piccolo LDR, Rangel ML, et al. Socioeconomic diversities and infant development at 6 to 9 months in a poverty area of São Paulo, Brazil. *Trends Psychiatry Psychother*. 2018 [acesso em 2022 abr. 9]; (40):232-240. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0008>.
  24. Borges LC, Salomão NMR. Concepções de desenvolvimento infantil e metas de socialização maternas em contexto não urbano. *Psicol. Estud (Natal)*. 2015 [acesso em 2022 abr 9]; (20):114-125. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150013>.
  25. Stamato MIC, Silva MB. Importância da figura paterna no desenvolvimento infantil: uma visão dos pais. *Leopoldianum*. 2016 [acesso em 2022 abr 9]; 42(116-8):18-18.
  26. Santelices MP, Farkas C, Montoya MF, et al. Factores predictivos de sensibilidad materna en infancia temprana. *Psicoperspectivas*. 2015 [acesso em 2022 abr 9]; 14(1):66-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol14-Issue1-fulltext-441>.
  27. Oliveira MD, Siqueira AC, Zandonadi AC. A importância do afeto materno através do toque para o desenvolvimento saudável da criança. *Rev Farol*. 2017 [acesso em 2022 abr 9]; 3(3):97-110. Disponível em: <https://revista.farol.edu.br/index.php/farol/article/view/46/71>.
  28. Silva RS, Porto MC. A importância da interação mãe-bebê. *Rev. Ens. Ciênc. C Biolog. Agra. e da Saúde*. 2016 [acesso em 2022 abr 9]; 20(2):73-78. Disponível em: <https://doi.org/10.17921/1415-6938.2016v20n2p73-78>.
  29. Ribeiro RF, Prat BV, Gomes AM et al. Relação entre práticas parentais e marcos do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida. *Rev. Pesqui. Fisioter*. 2018 [acesso em 2022 abr 9]; 8(3):296-304. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpfv8i3.1836>
  30. Machado D, Valentini NC, Müller AB, et al. Desenvolvimento motor, cognição e linguagem em lacten-

- tes que frequentam creches. *Sci Med*. 2017 [acesso em 2022 abr 9]; 27(4):ID27993. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1980-6108.20174.27993>.
31. Andrade CJ, Praun LD, Benincasa M. O cuidado dos filhos sob a responsabilidade paterna: mudanças de paradigmas nas relações familiares. O cuidado paterno frente às reconfigurações familiares. *Vínculo-Revista do NESME*. 2018 [acesso em 2022 abr 9]; 15(2). Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1394/139457466003/139457466003.pdf>.
32. Sania A, Sudfeld CR, Danaei G, et al. Early life risk factors of motor, cognitive and language development: a pooled analysis of studies from low/middle-income countries. *BMJ open*. 2019 [acesso em 2022 set 18]; 9(10):e026449. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026449>.
33. Salinas V, D'Apremont I, Mena P, et al. Situación socioeconómica familiar y neurodesarrollo de prematuros de muy bajo peso al nacer a los dos años de edad. *ARS MÉDICA*. 2018 [acesso em 2022 abr 9]; 43(2):65. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v43i2.1251>.
34. Novak I, Morgan C, Adde L, et al. Early, accurate diagnosis and early intervention in cerebral palsy: advances in diagnosis and treatment. *JAMA Pediatr*. 2017 [acesso em 2022 abr 9]; 171(9):897-907. Disponível em: <http://10.1001/jamapediatrics.2017.1689>.
35. Dinkel D, Snyder K, Cacola P. Affordances in the Home Environment for Motor Development-Infant Scale, Tradução em espanhol. *Desenv e cuid na primeira infância*. 2019 [acesso em 2022 abr 9]; 189(5):802-810. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1344653>.

---

Recebido em 24/05/2022

Aprovado em 07/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

# Práticas e conhecimentos parentais: um estudo associativo sobre as aquisições motoras infantis

*Parental practices and knowledge: an associative study on children's motor skills acquisitions*

Sara Caroline Fontoura Dall'Alba<sup>1</sup>, Larissa Wagner Zanella<sup>2</sup>, Nadia Cristina Valentini<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E510

**RESUMO** O estudo objetivou investigar as associações entre práticas e conhecimentos dos cuidadores e o desempenho motor de crianças de zero a 2 anos de idade. Participaram 53 crianças avaliadas com a Peabody Developmental Motor Scale-2. Seus familiares responderam a dois questionários de cuidados parentais, a Daily Activities of Infant Scale e Knowledge of Infant Development Inventory, e um questionário de nível socioeconômico. Identificaram-se correlações significativas entre desempenho motor e comprimento ( $p=0,001$ ) e peso atual da criança ( $p=0,005$ ). Em relação às práticas parentais, correlações significativas foram observadas entre o desempenho motor e posturas durante a alimentação ( $p\leq 0,001$ ), banho ( $p\leq 0,001$ ), trocas de roupa ( $p=0,024$ ), sono ( $p=0,035$ ) e no colo ( $p=0,001$ ), bem como em brincadeiras tranquilas ( $p=0,003$ ), ativas ( $p=0,024$ ) e oportunidades de passeio ( $p=0,004$ ) da criança. A análise de regressão evidenciou que o modelo com posturas na alimentação, trocas de roupas e brincadeiras explicou 79% da variância no desempenho motor ( $p<0,001$ ). As oportunidades de trocas posturais durante a alimentação, a higiene do bebê e brincadeiras ativas, influenciaram aquisições de habilidades motoras mais sofisticadas nos primeiros anos de vida.

**PALAVRAS-CHAVE** Destreza motora. Conhecimentos, atitudes e prática em saúde. Criança.

**ABSTRACT** *This study aimed to investigate the associations between caregivers practices and knowledge and the motor performance of children from zero to two years of age. 53 children were assessed with the Peabody Developmental Motor Scale-2. Their family members answered the Knowledge of Infant Development Inventory, the Daily Activities of Infant Scale, and the questionnaire of the Brazilian Association of Research. Significant correlations were identified between motor performance and length ( $p=0.001$ ) and current weight of the child ( $p=0.005$ ). Regarding parenting practices, significant correlations were observed between the motor performance and with the child's postures during feeding ( $p\leq 0.002$ ), bathing ( $p\leq 0.001$ ), changes of clothes ( $p=0.024$ ), sleep ( $p=0.035$ ), being held ( $p=0.001$ ), as well as with quiet ( $p=0.003$ ) and active ( $p=0.024$ ) play, and outside activities ( $p=0.004$ ). The regression analysis showed significant model with changes in postures during feeding and child cleaning and change as well as the active play explained 79% of variance of motor performance ( $p<0.001$ ). Opportunities to change postures during feeding, hygiene routine, active play, impact the acquisition of more sophisticated motor skills in the first two years of life.*

**KEYWORDS** *Motor skills. Health knowledge, attitudes, practice. Child.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Porto Alegre (RS), Brasil. [saradallalba@gmail.com](mailto:saradallalba@gmail.com)

<sup>2</sup>Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) – Sertão (RS), Brasil.



## Introdução

O desenvolvimento infantil é um processo progressivo, previamente organizado<sup>1</sup>, com mudanças que ocorrem de forma gradual, em períodos contínuos e de estabilidade<sup>2</sup> que vão se sucedendo e se sobrepondo ao longo da vida. Esse processo auto-organizado se molda de acordo com as restrições individuais, ambientais e de tarefas<sup>3</sup>. As interações dessas restrições influenciam a conquista de marcos motores, os quais representam a capacidade da criança de coordenar as percepções do mundo com a ação do corpo.

Além disso, os primeiros anos de uma criança são marcados pela alta capacidade de plasticidade cerebral e ganhos de funcionalidade nas diferentes dimensões (cognitiva, motora e psicossocial)<sup>1,3-5</sup>. É um período em que as conexões neurais estão aceleradas e necessitam de estímulos externos, habilitando a criança a desenvolver os padrões de movimentos necessários para a sobrevivência e para a aquisição futura de movimentos mais complexos<sup>1</sup>. Neste sentido, observa-se uma interdependência entre os desenvolvimentos motor, cognitivo e social, que se influenciam mutuamente<sup>4</sup> e enfatizam uma íntima relação destes com os cuidados e as práticas maternas e parentais<sup>6-9</sup>. Por exemplo, no 9º mês de vida, o desempenho motor é influenciado positivamente pela prática dos cuidadores de colocar o bebê na postura de quatro apoios e no chão; já em outro sentido, manter a criança em um berço ou carrinho não promove avanços motores. A mesma tendência pode ser observada também no 12º mês, se a predominância da criança na postura de quatro apoios e em pé influencia positivamente as aquisições motoras<sup>10</sup>.

O desenvolvimento infantil ainda pode ser mais prejudicado em caso de cuidadores precisarem dividir a atenção entre duas ou mais crianças. Um estudo aponta que mães com mais de três filhos dividem a atenção aos múltiplos cuidados das crianças, incidindo em 90% mais chance de as crianças mais novas apresentarem

atrasos motores<sup>11</sup>. A estreita relação afetiva entre a mãe e a criança, por meio de sorrisos e brincado<sup>12</sup>; bem como no propiciar o aleitamento materno<sup>11,12</sup> e a dedicação aos cuidados de higiene<sup>12</sup>, repercute positivamente no primeiro ano de vida como caminho inicial para o desenvolvimento da criança<sup>12</sup>.

Os cuidados parentais são, até certa extensão, também afetados pelos níveis de escolaridade materna: bebês de pais com menor escolaridade demonstram maiores riscos de atrasos motores<sup>13</sup> e de linguagem<sup>14</sup>, possivelmente decorrentes da menor disponibilidade de tempo e acesso às informações desses pais para propiciar experiências e oportunidades motoras apropriadas<sup>13,14</sup>, uma vez que o desenvolvimento depende diretamente da qualidade dos estímulos que são fornecidos à criança<sup>14</sup>. Inicialmente, é o ambiente familiar que provém tais incentivos, sendo, portanto, a primeira fonte de socialização e estimulação do bebê<sup>5,6,15</sup>.

Desse modo, o ambiente domiciliar e a forma como os cuidadores interagem com o bebê são fatores fundamentais para o desenvolvimento infantil integral. Consequentemente, a avaliação do desenvolvimento ao longo dos primeiros anos de vida da criança é essencial, e uma crescente preocupação na saúde pública<sup>16</sup>. A identificação precoce de crianças com atrasos e ou suspeitas de atraso possibilita o encaminhamento para a intervenção adequada, o que poderá minimizar danos em diversos domínios (cognitivo, social, motor) ao longo da vida desses indivíduos<sup>7,14,17-19</sup>.

Indo ao encontro disso, a avaliação motora ao longo da infância possibilita a instrução dos pais sobre as aquisições motoras esperadas para cada fase do desenvolvimento da criança e sobre a implementação de atividades apropriadas<sup>5,13</sup>, fornecendo evidências para o estabelecimento dos fatores de risco e protetivos do desenvolvimento<sup>18,19</sup>. Apesar da importância desse tema, são escassos os estudos que investigam a interdependência entre as práticas e os conhecimentos parentais com o desenvolvimento motor no Brasil, um país que apresenta fatores de risco para atrasos

e prevalência de atrasos motores elevados em crianças<sup>2,5,10,11,13-15,17</sup>. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi investigar as associações entre as práticas e os conhecimentos parentais e o desempenho motor de crianças de zero a 2 anos de idade.

## Material e métodos

### Participantes

Participaram deste estudo, associativo e observacional<sup>19</sup>, 53 crianças, sendo 25 meninas (47,2%) e 28 meninos (52,8%), com idade entre 0 e 35 meses (M = 17,20 meses; DP = 8,40); e os seus pais ou cuidadores. Todos os participantes eram provenientes do sul do Brasil. Foram adotados como critérios de exclusão: doenças em fase aguda ou contagiosas. Os participantes do estudo foram incluídos de forma consecutiva, com adequada representatividade em cada faixa etária.

### Instrumentos

O desempenho motor das crianças foi avaliado por meio da Peabody Developmental Motor Scale – Second Edition (PDMS-2)<sup>20</sup>. A PDMS-2 é uma escala utilizada para avaliar crianças de desenvolvimento típico e atípico, com idade entre 0 e 5 anos e 11 meses. O instrumento avalia as competências motoras grossas e finas. Para a motricidade grossa, 151 itens são avaliados nas subescalas de reflexos, equilíbrio, locomoção e controle de objetos. A motricidade fina contém duas subescalas, preensão e integração visomotora.

Para avaliar os conhecimentos da família sobre o desenvolvimento infantil, foi utilizado o Knowledge of Infant Development Inventory (KIDI). O KIDI é um instrumento elaborado por Macphee<sup>21</sup>, traduzido e adaptado por Silva et al.<sup>22,23</sup>, denominado Inventário de Conhecimento do Desenvolvimento Infantil para crianças de zero a seis anos. O KIDI avalia o conhecimento familiar relacionado com os

períodos mais prováveis para aquisição de determinadas habilidades motoras, perceptuais e cognitivas, bem como questões relativas ao desenvolvimento e a práticas parentais, e a cuidados adequados com a alimentação, a higiene e a segurança.

Para investigar as práticas maternas, foi utilizada a Daily Activities of Infant Scale (DAIS)<sup>24</sup>. A DAIS avalia oportunidades de controle postural e exploração de movimentos disponibilizadas pelo principal cuidador durante diferentes tarefas da rotina infantil (alimentação, banho, troca de roupa, colo, brincadeiras tranquilas e ativas, passeio e sono). As respostas são organizadas em escala ordinal. A soma dos escores compõe a pontuação total da DAIS.

O questionário da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (Abep)<sup>25</sup> foi utilizado para estimar o nível socioeconômico das famílias das crianças avaliadas.

A pesquisadora entrou em contato com as instituições participantes para apresentação do objetivo do estudo. Após a assinatura do termo de consentimento institucional, os pais foram contatados, e somente participaram as crianças cujos responsáveis retornaram os termos de consentimento. Portanto, este estudo foi composto pela investigação de um grupo de pais ou cuidadores das crianças, os quais responderam aos instrumentos referentes à rotina de práticas e aos conhecimentos maternos e parentais com o uso da DAIS<sup>24</sup> e do KIDI<sup>2,21,23</sup>, e sobre fatores socioeconômicos com o uso da Abep<sup>25</sup>; um segundo grupo composto pelas crianças, entre zero e 35 meses, as quais foram avaliadas com a escala de desenvolvimento motor PDMS-2<sup>20</sup>. Os questionários KIDI, DAIS e Abep foram enviados aos pais e/ou responsáveis legais para que pudessem preenchê-los em casa. Todos eles foram devolvidos em um prazo aproximado de 24 horas após a avaliação motora das crianças, a qual foi realizada na instituição de origem, em uma sala organizada previamente com os materiais (brinquedos e tapete de EVA) conforme protocolo estabelecido pelos autores

do instrumento. A administração do instrumento foi realizada por avaliador capacitado e treinado previamente.

O desenvolvimento do presente estudo respeitou os preceitos da legislação que regulamenta as pesquisas com seres humanos, a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, e suas complementares. Todos os bebês participaram mediante autorização fornecida pelos pais ou responsáveis legais por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob parecer nº 32646.

## Análise de dados

Estatísticas descritivas (média, desvio-padrão, frequência, percentual), correlações de Pearson e análise de regressão linear foram

utilizadas para investigar a relação entre as práticas e os conhecimentos maternos e parentais com o desempenho motor. Somente foram inseridas no modelo de regressão linear variáveis com correlações com desempenho motor significativas com  $r \geq 0,30$ . As análises foram realizadas no programa Statistical Package for the Social Sciences® 21.0; valores de  $p \leq 0,05$  foram adotados.

## Resultados

A amostra apresentou dados de idade gestacional ( $M = 38,2$ ;  $DP = 1,9$  semanas), peso ( $M = 3182,4$ ;  $DP = 0,610$  gramas) e comprimento ( $M = 48,8$ ;  $DP = 2,8$  centímetros) típicos. As famílias apresentaram dados socioeconômicos com renda entre R\$ 2.400,00 e R\$ 4.400,00 aproximadamente. Na *tabela 1*, são exibidos os dados referentes à distribuição sociodemográfica dos participantes.

Tabela 1. Caracterização dos participantes e de renda familiar

Variáveis	M(DP)	F(%)
<b>Características da criança</b>		
Semanas de gestação	38,20 (1,90)	-
Peso ao nascer	3,18 (0,61)	-
Comprimento ao nascer	48,80 (2,80)	-
Peso atual	10,60 (3,14)	-
Comprimento atual	79,10 (14,70)	-
Raça		
Branca	-	50,00 (94,30)
Negra	-	2,00 (3,80)
Parda	-	1,00 (1,90)
<b>Socioeconômico Familiar - Abep</b>		
'A' (RM domiciliar R\$ 20.272,56)	-	10,00(18,90)
'B1' (RM domiciliar R\$ 8.695,88)	-	5,00 (9,40)
'B2' (RM domiciliar R\$ 4.427,36)	-	31,00 (58,50)
'C1' (RM domiciliar R\$ 2.409,01)	-	6,00 (11,30)

Fonte: elaboração própria.

M = Média; DP = Desvio-Padrão; F = Frequência / RM = Renda Média.

Correlações positivas, moderadas a fortes e significativas foram encontradas entre o desempenho motor e o comprimento ( $r = 0,73$ ;  $p = 0,001$ ) e o peso ( $r = 0,62$ ;  $p = 0,005$ ) atuais da criança. Não foram encontradas correlações significativas entre o desempenho motor e o peso ( $r = 0,08$ ;  $p = 0,693$ ) e o comprimento ( $r = 0,02$ ;  $p = 0,942$ ) ao nascer.

Correlação positiva, moderada e significativa foi encontrada entre o desempenho motor e o escore geral da DAIS ( $r = 0,54$ ;  $p = 0,001$ ). Especificamente em relação às práticas maternas e parentais mensuradas pela DAIS, as posturas possibilitadas pelos pais durante a alimentação ( $r = 0,50$ ;  $p \leq 0,001$ ), no banho ( $r = 0,55$ ;  $p \leq 0,001$ ), nas trocas de roupa ( $r = 0,31$ ;  $p = 0,024$ ), e nas posturas no colo ( $r = 0,45$ ;  $p = 0,001$ ) e no sono ( $r = 0,29$ ;  $p = 0,035$ ); bem como com as brincadeiras tranquilas ( $r = 0,40$ ;  $p = 0,003$ ) e ativas ( $r = 0,31$ ;  $p = 0,024$ ), e nas oportunidades de passeios ( $r = 0,39$ ;  $p = 0,004$ ). Relações não significativas foram

encontradas entre o desempenho motor e número de adultos ( $r = 0,22$ ;  $p = 0,316$ ) e de crianças ( $r = 0,05$ ;  $p = 0,829$ ) que convivem na casa mensuradas pela DAIS.

Não foram encontradas correlações significativas entre o desempenho motor e os escores da KIDI ( $r = 0,05$ ;  $p = 0,694$ ) e com o nível socioeconômico familiar ( $r = 0,10$ ;  $p = 0,511$ ).

Os resultados da regressão linear *backward* indicaram seis modelos significativos com preditores que explicam entre 79% e 83% da variância no desempenho motor (tabela 2). O modelo seis, [ $r^2 = 0,79$ ;  $F(9,12) = 13,98$ ;  $p < 0,001$ ] foi adotado como o mais representativo, uma vez que apresenta valores de Beta ( $\beta$ ) mais elevados (entre 0,36 e 0,72) e um maior número de variáveis significativas (posturas na alimentação e nas trocas de roupas e brincadeiras ativas) que explicaram 79% da variância no desempenho motor, sendo as posturas adotadas na alimentação o preditor mais forte do desempenho motor.

Tabela 2. Modelos de regressão linear entre o desempenho motor e as características da criança e práticas maternas e parentais

	Modelos de Regressão				
	R	R <sup>2</sup>	$\beta$	F	p
<b>Modelo 1</b>	<b>0,91</b>	<b>0,83</b>		<b>4,42</b>	<b>0,033</b>
Peso atual			0,21		0,641
Comprimento atual			0,20		0,669
Postura na alimentação			1,46		0,067
Posturas no banho			0,22		0,567
Posturas nas trocas de roupas			0,43		0,144
Posturas no colo			1,17		0,244
Brincadeiras tranquilas			0,32		0,525
Brincadeiras ativas			0,40		0,213
<b>Modelo 2</b>	<b>0,91</b>	<b>0,83</b>		<b>5,58</b>	<b>0,014</b>
Peso atual			0,06		0,818
Postura na alimentação			1,51		0,043
Postura no banho			0,24		0,502
Posturas nas trocas de roupas			0,47		0,076
Posturas no colo			1,26		0,182

Tabela 2. (cont.)

	Modelos de Regressão				
	R	R <sup>2</sup>	$\beta$	F	p
Brincadeiras tranquilas			0,40		0,384
Brincadeiras ativas			0,44		0,128
<b>Modelo 3</b>	<b>0,91</b>	<b>0,83</b>		<b>7,26</b>	<b>0,005</b>
Posturas na alimentação			1,46		0,029
Posturas no banho			0,21		0,501
Posturas nas trocas de roupas			0,44		0,042
Posturas no colo			1,20		0,158
Brincadeiras tranquilas			0,37		0,371
Brincadeiras ativas			0,42		0,103
<b>Modelo 4</b>	<b>0,90</b>	<b>0,82</b>		<b>9,08</b>	<b>0,002</b>
Posturas na alimentação			1,49		0,021
Posturas nas trocas de roupas			0,44		0,038
Posturas no colo			0,99		0,188
Brincadeiras tranquilas			0,25		0,482
Brincadeiras ativas			0,38		0,113
<b>Modelo 5</b>	<b>0,90</b>	<b>0,81</b>		<b>11,71</b>	<b>0,001</b>
Posturas na alimentação			1,23		0,011
Posturas nas trocas de roupas			0,39		0,041
Posturas no colo			0,59		0,199
Brincadeiras ativas			0,28		0,116
<b>Modelo 6</b>	<b>0,88</b>	<b>0,79</b>		<b>13,98</b>	<b>&lt; 0,001</b>
Posturas na alimentação			0,72		0,001
Posturas nas trocas de roupa			0,36		0,050
Brincadeiras ativas			0,37		0,035

Fonte: elaboração própria.

## Discussão

No presente estudo, investigaram-se as relações entre as práticas e conhecimentos parentais e características da criança e o desenvolvimento motor. Foram encontradas relações significativas entre o desempenho motor e as posturas possibilitadas à criança pelos pais durante o tempo de colo e do sono, a alimentação e o banho, as trocas de roupa, bem como nas brincadeiras tranquilas e ativas, e nas oportunidades de passeios.

Entre as características da criança, o comprimento e peso atual influenciaram

positivamente o seu desempenho motor nos primeiros 2 anos de idade. O desempenho motor pode ser influenciado positiva ou negativamente pelas características biológicas do indivíduo, como o comprimento<sup>26-28</sup> e o peso<sup>27,29</sup>, o que foi observado no presente estudo. Crianças com comprimento e peso inadequados demonstraram escores mais baixos de desenvolvimento motor amplo. O comprimento e o peso são medidas relacionadas diretamente com o estado nutricional do indivíduo, portanto, quanto mais baixa a classificação de comprimento e peso da criança, maior será o risco de atraso do desenvolvimento<sup>28,30</sup>.

Crianças com indicadores de desnutrição, menor comprimento e baixo peso podem apresentar alterações estruturais e bioquímicas no cérebro, que reduzem as atividades motoras e, conseqüentemente, interferem no seu desenvolvimento<sup>27</sup>, evidenciando atrasos motores na motricidade ampla e fina<sup>28</sup> – no presente estudo, esse resultado se confirma em relação ao desempenho motor amplo. Em contrapartida, crianças com peso e comprimento adequados indicam índices de nutrição pertinentes à idade, fatores estes altamente importantes para o neurodesenvolvimento<sup>29</sup>, similares ao resultado obtido no presente estudo. Destaca-se que crianças bem nutridas geralmente apresentam maior motivação para explorar o ambiente em que convivem, o que potencializa as aquisições motoras.

Uma questão preocupante e relevante nos resultados deste estudo é a probabilidade de que as crianças investigadas não tenham seu potencial individual de desenvolvimento motor otimizado, uma vez que índices de nutrição abaixo da média durante o período de zero a 2 anos de idade repercutem no desenvolvimento ao longo da infância<sup>26,30</sup>. Estudo prévio, desenvolvido na Inglaterra<sup>26</sup> com 280 crianças com baixo peso nos primeiros anos de vida, evidenciou que essas crianças, aos 7 anos de idade, continuaram apresentando déficits significativos de peso, altura e desempenho motor<sup>26</sup>; um indicativo de que as crianças de baixa estatura e peso necessitam de constante acompanhamento para a compensação dessas carências já observadas.

O modelo adotado como o mais representativo (que explicou 79% da variância no desempenho motor) indicou que as práticas parentais (posturas na alimentação e nas trocas de roupas e brincadeiras ativas) foram os fatores de maior influência e os melhores preditores do desenvolvimento; e as posturas adotadas na alimentação, o preditor mais forte do desempenho motor. Os escores das práticas parentais, especificamente em relação às oportunidades possibilitadas às crianças de vivenciar diferentes posturas durante alimentação,

banho, trocas de roupa, no colo e nas brincadeiras tranquilas e ativas, bem como nos passeios na rua, influenciaram positivamente as aquisições motoras. Estudos apontam que as posturas que os pais ou cuidadores estimulam as crianças nos anos iniciais de vida são oportunidades que, embora relativamente simples, são cruciais para o desenvolvimento integral delas e influenciam diretamente nas aquisições motoras durante a infância<sup>2,4,5,9,10,13,31-32</sup>; conforme observado no presente estudo.

As mudanças nas posições dos bebês, especialmente no que se refere às relações encontradas nesta pesquisa, sugerem que, em momentos de alimentação e em brincadeiras ativas desencadeadas pelos pais, os bebês recrutam suas habilidades visuais e sensoriais, as quais são interdependentes das habilidades motoras para explorar o ambiente<sup>31,32</sup>, favorecendo assim as aquisições e o controle motor. O controle motor ocorre à medida que a criança recebe oportunidades adequadas para explorar trocas de posturas e desencadear movimentos<sup>1,31,32</sup>. Os resultados do presente estudo atraem a atenção para a importância da diversidade na postura dos bebês para promover a aquisição de habilidades motoras, especialmente em posições que exigem força muscular e controle postural contra a gravidade<sup>33-35</sup>, como sentar (durante a alimentação), rolar (durante as trocas de roupas) ou ficar em prono, de joelhos e transitar para posições mais altas (em pé) e retornar para posições mais baixas (sentado, ajoelhado, em quatro apoios) nas brincadeiras ativas. Essas posturas precisam apenas dos estímulos do cuidador, não necessitando de aparatos (carinhos, cadeiras, balanços), que são, muitas vezes, caros e inacessíveis para a maior parte da população brasileira.

Corroborando os achados, estudos<sup>4,9,10,13,16,17,31,32,36-39</sup> indicam que o apoio e a força da gravidade nas diferentes posturas, em prono, sentado, em quatro apoios ou em pé<sup>4,16,17</sup>, assim como os deslocamentos proporcionados pela exploração do ambiente em que a criança está, proporcionam diferentes necessidades de movimento, otimizando a aquisição de novas

habilidades<sup>4,13,16,17,31,32,36-39</sup>. Entretanto, quando os pais ou os cuidadores mantêm os bebês a maior parte do tempo com maiores apoios de tronco (colo, berço, carrinho, assentos), ocorre a diminuição das reações e ajustes posturais de tronco, restringindo movimentos amplos, de coordenação axial e visual, causando atrasos em importantes marcos motores, como engatinhar e caminhar<sup>4,8-10,13,28,31,32</sup>.

As mudanças de posturas (de pé para sentado, sentado para prono, prono para rolar, sentado para quatro apoios) exigem elevada coordenação entre membros e controle motor, os quais serão determinantes para aquisição dos marcos motores posteriores e na idade adequada. Por exemplo, quando o bebê é posicionado em quatro apoios, rola após a troca de fraldas, ou então, quando o bebê é estimulado a sentar em diferentes superfícies (cadeiras, almofadas, chão, colo) no momento da alimentação, tais atividades auxiliam na dissociação de cintura escapular e pélvica, requerem controle das musculaturas de tronco anteriores e posteriores, preparando o bebê para a aquisição da marcha.

Quando os bebês são colocados no chão e estimulados para a adoção da postura de quatro apoios, a aquisição de marcos motores posteriores é mais evidente<sup>10</sup>. Quando sentados independentemente (no colo ou livremente) durante a alimentação, durante o banho ou em brincadeiras tranquilas e ativas, a criança explora o meio com oscilações corporais constantes, exigindo que o corpo mantenha e/ou recupere o equilíbrio e recrutando novos meios de controlar a musculatura<sup>40</sup> e novas aquisições motoras. Essas práticas maternas simples podem determinar a trajetória do desenvolvimento da criança.

No presente estudo, especialmente as posturas estimuladas durante a alimentação, trocas de roupa e brincadeiras ativas podem ter contribuído para a criação de oportunidades para o desenvolvimento motor, ampliando as interações pelo contato visual dos pais ou cuidadores com a criança, os reforços positivos por meio de sorrisos e incentivos verbais<sup>31</sup>,

contribuindo possivelmente para que o bebê se mantivesse explorando e descobrindo novas possibilidades de movimento em um ambiente familiar. O espaço domiciliar é o fator extrínseco que mais influencia no desenvolvimento infantil<sup>32,36-38,43</sup>. A interação familiar<sup>38,41</sup> e um ambiente diversificado em oportunidades<sup>4,10,13,17,31,32,38,39,42</sup> fornecem benefícios fundamentais para o desenvolvimento integral do bebê, sendo esse universo rico para o aprendizado desse bebê e da própria família em momentos específicos do desenvolvimento<sup>38</sup>, também ao longo do tempo<sup>31</sup>.

Os resultados do presente estudo permitem inferir que as oportunidades de estimulação ambiental e a qualidade das experiências vividas pela criança com seus cuidadores – e, possivelmente, os vínculos estabelecidos<sup>39,41-43</sup> – contribuem efetivamente para o adequado desenvolvimento, pois auxiliam no processo de desenvolvimento das aquisições motoras. Por meio dos resultados identificados no presente estudo, pode-se verificar um indicativo de que as práticas parentais são fatores protetivos para o desenvolvimento motor, e, também, de que as famílias que oportunizam momentos diários de maior independência e adotam posturas mais verticalizadas e sem apoio possibilitam que as crianças atinjam níveis mais elevados de desenvolvimento. Ao longo do tempo, isso pode repercutir em crianças mais competentes motoramente e independentes em tarefas de autocuidado.

Potencializar as aquisições motoras requer oportunidades simples de movimento proporcionadas durante o cuidado da criança e o brincar, as quais não dependem de recursos econômicos, mas principalmente do conhecimento e da disponibilidade dos cuidadores.

## Conclusões

Os resultados do presente estudo demonstraram a forte relação entre as oportunidades de movimento criadas durante os cuidados maternos e parentais e o desempenho motor das

crianças na primeira infância. Considerando os resultados desta investigação, verifica-se a importância do acompanhamento por parte dos profissionais da saúde, bem como o treinamento dos pais e cuidadores das crianças que apresentaram atrasos, para oportunizar experiências de maior demanda motora nos dois primeiros anos de vida. A implementação de programas de capacitação dos profissionais de saúde mediante políticas públicas em países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, que objetivem intervenção e orientação às famílias e profissionais de educação, é uma ferramenta fundamental na promoção de uma infância que potencializa o desenvolvimento das crianças.

Este estudo avança ao fornecer uma maior compreensão das práticas de cuidados parentais e sua relação com o desenvolvimento motor, trazendo uma melhor compreensão dos fatores contextuais que promovem ou restringem o desenvolvimento infantil. Ainda

há poucos estudos que apontem a relação do ambiente familiar e o desenvolvimento motor infantil, portanto, sugerem-se, para o futuro, estudos longitudinais que apontem essa relação, bem como o efeito dessa correlação em longo prazo. Proporcionar orientações adequadas às famílias quanto às estratégias e às oportunidades de cuidado que otimizam o desenvolvimento motor é um modelo de intervenção de baixo custo, fácil aplicabilidade em serviços públicos de saúde e pode ser uma direção futura a seguir.

## Colaboradoras

Dall'Alba SCF (0000-0002-4995-3086)\*, Zanella LW (0000-0001-5261-4803)\* e Valentini NC (0000-0001-6412-5206)\* contribuíram igualmente na elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Newell KM, Scully DM, McDonald PV, et al. Task constraints and infant grip configurations. *Dev Psychobiol.* 1989; (22):817-831.
2. Saccani R, Valentini NC. Análise do desenvolvimento motor de crianças de zero a 18 meses de idade: representatividade dos itens da alberta infant motor scale por faixa etária e postura. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2010; 20(3):753-764.
3. Thelen E, Corbetta D, Kamm K, et al. The transition to reaching: Mapping intention and intrinsic dynamics. *Child Dev.* 1993; (64):1058-1098.
4. Pereira KRG, Saccani R, Valentini NC. Cognição e ambiente são preditores do desenvolvimento motor de bebês ao longo do tempo. *Fisioter Pesq.* 2016; 23(1):59-67.
5. Lodi MN, Trubian F, Sangali CC, et al. A Influência das Práticas Maternas no Desenvolvimento Motor de Crianças Prematuras. *Rev Bras de Ciên da Saúde.* 2020; 24(3):505-514.
6. Scarzello D, Arace A, Prino LE. Parental practices of Italian mothers and fathers during early infancy: The role of knowledge about parenting and child development. *Infant Behav Dev.* 2016; (44):133-143.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

7. Ricci MBP, Lourenço BMC, Della PCS. Revisão sistemática integrativa da literatura sobre modelos e práticas de intervenção precoce no Brasil. *Rev Paulista de Ped [onl]*. 2017; 35(4):456-463.
8. Borba LS, Pereira KRG, Valentini NC. Preditores do desenvolvimento motor e cognitivo de bebês de mães adolescentes e adultas. *J. Phys. Educ.* 2016; 28(1).
9. Ribeiro RF, Prat VB, Gomes AM. Rela et al. Ação entre práticas parentais e marcos do desenvolvimento motor no primeiro ano de vida. *Rev Pesq. Fisio.* 2018; 8(3):296-304.
10. Almeida MD, Moreira MCS, Tempiski PZ. A intervenção fisioterapêutica no ambulatório de cuidado a pessoa com síndrome de Down no Instituto de Medicina Física e Reabilitação HC FMUSP. *Acta Fisiatr.* 2013; 20(1):55-62.
11. Delgado DA, Michelon RC, Gerzson LC, et al. Avaliação do desenvolvimento motor infantil e sua associação com a vulnerabilidade social. *Fisiot e Pesq [onl]*. 2020; 27(1):48-56.
12. Frota MA, Bezerra JA, Férrer MLS, et al. Percepção materna em relação ao cuidado e desenvolvimento infantil. *Braz J Health Prom.* 2011; 24(3):245-250.
13. Saccani R, Valentini NC, Pereira KRG, et al. Associations of biological factors and affordances in the home with infant motor development. *Pediatrics Intern.* 2013; 55(2):197-203.
14. Walker SP, Wachs TD, McGregor SG, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *The Lancet.* 2011; 378(8-14):1325-38.
15. Morais RLS, Carvalho AM, Magalhães LC. The environmental context and the child development: brazilian studies. *J Phys Educ.* 2016; (27).
16. Guimarães AF, Carvalho DV, Machado NAA, et al. Risk of developmental delay of children aged between two and 24 months and its association with the quality of family stimulus. *Rev. paul. Pediat.* 2013; 31(4):452-8.
17. Franco VM, Apolônio A. Problemas do desenvolvimento infantil e intervenção precoce. Ed em *Rev.* 2012; (43):49-64.
18. Veleda AA, Soares MCF, César-Vaz MR. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças. *Rev Gaúcha Enf.* 2011 32, 79-85.
19. Zangirolami-Raimundo J, Echeimberg JO, Leone C. Research methodology topics: Cross-sectional studies. *J. Human Growth and Development.* 2018; 28(3):356-360.
20. Folio R, Fewell R. *Peabody Developmental Motor Scales-2.* Austin: TX: Pro-Ed; 2000.
21. Macphee D. *Manual for the Knowledge of Infant Development Inventory.* University of North Carolina; 1981. No prelo.
22. Ribas JRC, Seidl MML, Gomes APN, et al. *Adaptação Brasileira do Inventário de Conhecimento sobre o Desenvolvimento Infantil de David Macphee.* Rio de Janeiro: 1999. No prelo.
23. Silva AK, Vieira ML, Moura ML, et al. Conhecimento de mães primíparas sobre desenvolvimento infantil: um estudo em Itajaí, SC. *J Hum Growth Dev.* 2005; 15(3):1-10.
24. Bartlett DJ, Fanning JK, Miller L, et al. Development of the Daily Activities of Infants Scale: a measure supporting early motor development. *Dev Med Child Neurol.* 2008; 50(8):613-7.
25. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. *Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes.* [São Paulo - SP]. [2015]. [acesso em 2019 mar 19]. Disponível em: <https://www.abep.org/criterio-brasil>.
26. Rodvalho JC, Braga AKP, Formiga CKMR. Diferenças no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em centros de educação infantil de Goiânia/GO. *Rev Eletr. Enfer.* 2012; 14(1):122-32.
27. Braga AKP, Rodvalho JCR, Formiga CKM. Evolução do crescimento e desenvolvimento neuropsico-

- motor de crianças pré-escolares de zero a dois anos do município de Goiânia (GO). *Rev Bras Cresc e Desenv Hum*. 2011; 21(2):230-239.
28. Saccani S, Brizola E, Giordani AP, et al. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre. *Scientia Medic*. 2007; 17(3):130-7.
29. Porto JA, Oliveira AG, Largura A, et al. Efeitos da epilepsia e da desnutrição no sistema nervoso central em desenvolvimento: aspectos clínicos e evidências experimentais. *J. Epilepsy. Clin. Neurophysiol*. 2010; 16(1):26-31.
30. Santos CAG, Lopes CJL. Fine motor development in children with chronic malnutrition. *Cad Bras de Ter Ocup [on]*. 2019; 27(01):54-60.
31. Pereira KR, Valentini NC, Saccani R. Brazilian infant motor and cognitive development: Longitudinal influence of risk factors. *Pediatrics Internat*. 2016; 58(12):1297-1306.
32. Saccani R, Valentini NC, Pereira KRG, et al. Influence of biological factors and affordances in the home on infant motor development. *Pediatr Int*. 2012; (55):197-203.
33. Neto RF, Xavier CRF, Amaro KN. Importância da avaliação motora em escolares. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2010; 6(12).
34. Pin TW, Darrer T, Eldridge B, et al. Motor development from 4 to 8 months corrected age in infants born at or less than 29 weeks' gestation. *Dev. Med. Child Neurol*. 2009; (51):739-45.
35. Lopes VB, Lima CD, Tudella E. Motor acquisition rate in Brazilian infants. *Inf Child Dev*. 2009; (18):122-32.
36. Carolina C et al. Impact of extrinsic factors on fine motor performance of children attending day care. *Rev Pauli de Ped*. 2016; 34(4):439-446.
37. Miquelote AF, Santos DCC, Caçola PM, et al. Effect of the home environment on motor and cognitive behavior of infants. *Inf. Behav. Dev*. 2012; (35):329-34.
38. Oliveira SMS, Almeida CS, Valentini NC. Programa de fisioterapia aplicado no desenvolvimento motor de bebês saudáveis em ambiente familiar. *Rev Educ Fis/UEM*. 2012; 23(1):25-35.
39. Bueno EA, Chiquetti EMS. Estudo da Presença das Oportunidades Ambientais e Práticas Maternas no Desenvolvimento Motor de 21 Lactentes. *Rev Unipampa*. 2013; 5(2):225-231.
40. Dusing SC, Thacker LR, Galloway JC. Infant born preterm have delayed development of adaptive postural control in the first 5 months of life. *Infant Behav Dev*. 2016; (44):49-58.
41. Ferreira RC, Alves CR, Guimarães MA, et al. Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. *J Pediatr (Rio J)*. 2020; (96):20-38.
42. Cardoso KVV, Carvalho CM, Tabosa TA, et al. Desenvolvimento motor de bebês em intervenção parental durante a puericultura: série de casos. *Fisiot e Pesq*. 2021; 8(2):172-178.
43. Toledo AM, Soares DA, Tudella E. Proximal and distal adjustments of reaching behavior in preterm infants. *J Mot Behav*. 2011; 43(2):137-45.

---

Recebido em 21/04/2022

Aprovado em 07/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Análise quantitativa de frenectomias realizadas no contexto do SUS após obrigatoriedade do teste da linguinha

*Quantitative analysis of frenectomies performed in the context of the SUS after mandatory tongue test*

Mônica Guimarães Macau-Lopes<sup>1</sup>, Ana Daniela Silva da Silveira<sup>2</sup>, Clélia Maria Nolasco Lopes<sup>3</sup>, Pedro Augusto Thiene Leme<sup>4</sup>, Daniel Demétrio Faustino-Silva<sup>5</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E511

**RESUMO** Buscou-se investigar e conhecer a frequência e a distribuição de frenectomias e frenectomias realizadas no Sistema Único de Saúde (SUS) após os dispositivos legais que instituíram o teste da linguinha, bem como entender quais profissionais estão realizando o procedimento cirúrgico. Estudo descritivo analítico, retrospectivo, com dados secundários, disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais do DataSUS, extraídos por meio do TabWin. Observou-se um aumento considerável no número de procedimentos, porém, com flutuações nos anos seguintes. Das frenectomias registradas no SUS, no período, 33% foram realizadas por dentistas na atenção primária. Os resultados apontaram que houve um aumento substancial no número de procedimentos cirúrgicos em dois momentos, em 2014 e em 2017, possivelmente em decorrência da publicação da Lei nº 13.002/2014 e da Nota Técnica (NT) nº 09/2016. A NT nº 35/2018 deslocou o diagnóstico e o tratamento para a média complexidade, possivelmente resultando em filas, principalmente em se tratando de cirurgias que poderiam ser realizadas na atenção primária. Apesar de não haver unanimidade quanto à correlação anquiloglossia e desmame, não parece haver um monitoramento para evitar cirurgias desnecessárias, uma vez que a ordenha pode não ser afetada e o acompanhamento ser realizado para confirmar ou não essa necessidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Freio lingual. Anquiloglossia. Criança. Desmame. Cirurgia bucal.

**ABSTRACT** *This study sought to investigate and to know the frequency and the distribution of frenectomies and frenectomies performed in the Unified Health System (SUS) after the legal provisions that instituted the tongue test, and to understand which professionals are performing the surgical procedure. This is an analytical, descriptive, retrospective study, with secondary data, available in the DATASUS Information System. It was observed that a considerable increase in the number of procedures, but with fluctuations in the following years. Out of the frenectomies registered in the SUS in the period, 33% were performed by dentists in primary care. The results showed that there was a substantial increase in the number of surgical procedures in two moments, in 2014 and in 2017, possibly as a result of the publication of Ordinance nº 13.002/2014 and Technical Note (NT) No. 09/2016. NT No. 35/2018 shifted diagnosis and treatment to medium complexity, possibly resulting in queues, especially in the case of surgeries that could be performed in primary care. Although there is no unanimity regarding the correlation between ankyloglossia and weaning, there seems to be no monitoring to avoid unnecessary surgeries, since milking may not be affected and follow-up is carried out to confirm or not this need.*

**KEYWORDS** *Lingual frenum. Ankyloglossia. Child. Weaning. Surgery, oral.*

<sup>1</sup>Centro Universitário Icesp (Unicesp) – Brasília (DF), Brasil.  
monica.macau@icesp.edu.br

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal do Ceará (UFC) – Fortaleza (CE), Brasil.

<sup>4</sup>Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) – Campinas (SP), Brasil.

<sup>5</sup>Grupo Hospitalar Conceição (GHC) – Porto Alegre (RS), Brasil.



## Introdução

A anquiloglossia é uma anomalia congênita, caracterizada pela inserção curta do frênulo lingual e que, dependendo da situação, pode ocasionar postura anormal da língua e mobilidade restrita, promovendo deglutição atípica, dificultando a fonação, a mastigação e a amamentação, bem como ocasionando a formação de diastema entre os incisivos centrais inferiores e periodontopatias<sup>1-4</sup>.

Ela representa 78% de todas as condições bucais detectadas em estudos envolvendo bebês de até 3 meses<sup>5</sup>. A frequência dessa alteração, no entanto, é variada e controversa na literatura acadêmica. Baldani et al.<sup>6</sup> apontam a incidência de anquiloglossia de 1,49% a 1,59% em crianças de até 1 ano, sendo mais frequente nas meninas. Para Vieira<sup>7</sup>, a ocorrência dessa anomalia é de cerca de 1 indivíduo a cada 300 nascimentos. Segundo Neville et al.<sup>8</sup>, a prevalência varia de 1,7% a 4,4%, sendo raros os casos mais acentuados. De acordo com Francis et al.<sup>9</sup>, essa variação nos dados provavelmente decorre da inconsistência dos métodos diagnósticos e da ausência de critérios universalmente aceitos para a identificação da condição.

No Brasil, a partir de 2014, ainda que não regulamentada, a avaliação do frênulo lingual passou a ser obrigatória com a Lei nº 13.002/2014<sup>10</sup> que determina a realização do 'Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês' (teste da linguinha), sendo incorporada como parte do exame físico de rotina do recém-nascido e, portanto, realizado pelo pediatra assistente antes da alta hospitalar. Contudo, essa lei não contempla detalhamentos como orientações de conduta, apontando somente a obrigatoriedade de realização do exame, não estabelecendo padrões nem formas de registro específico nos sistemas de informações vigentes. Apenas dois anos depois, com a publicação da Nota Técnica (NT) nº 09/2016<sup>11</sup>, passaram a existir orientações quanto aos profissionais indicados para o

diagnóstico, bem como o fluxo dos lactentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, em resposta à emergente necessidade e em busca de um instrumento de registro, adotou-se, de forma mais ou menos generalizada, o teste da linguinha. Adotado por diversas maternidades brasileiras, tal protocolo se limita aos aspectos físicos da língua e, com esse viés, desconsideram-se outras situações que deveriam ser analisadas antes do encaminhamento para o procedimento cirúrgico, como a qualidade da mamada e até mesmo o choro do bebê<sup>12</sup>.

Uma vez que o teste da linguinha objetiva a identificação precoce de alterações na inserção do freio lingual e possíveis complicações no aleitamento, este deve ser feito por equipe multidisciplinar<sup>3,13,14</sup>. Além disso, uma vez definido o diagnóstico, faz-se necessário envolver a família na decisão de conduta, seja ela o procedimento cirúrgico (frenotomia, nos primeiros meses de vida, ou frenectomias, após 1 ano de idade), seja no acompanhamento e na orientação da mamada<sup>14,15</sup>. Pelo fato de a lei<sup>10</sup> ser omissa quanto à conduta a ser realizada ante os diferentes diagnósticos possíveis, ela dá margem a diversos desfechos, incluindo, em potencial, cirurgias desnecessárias.

Considerando a hipótese de a obrigatoriedade do teste da linguinha gerar impacto no número de cirurgias realizadas em bebês de até 1 ano de idade, esta pesquisa procurou descrever, por meio de um estudo exploratório de dados secundários, o quantitativo desses procedimentos realizados no SUS, em um período que contempla um ano antes da promulgação da lei<sup>10</sup> e um ano após a publicação da NT nº 09/2016<sup>11</sup>.

Assim, o objetivo da presente pesquisa foi investigar e conhecer a frequência e a distribuição de frenotomias realizadas no SUS, antes e após a publicação da lei que tornou obrigatório o teste da linguinha, assim como o período após a NT do Ministério da Saúde (MS) – período de 2013 a 2017 –, considerando a faixa etária, bem como o profissional responsável pela execução da cirurgia.

A pesquisa se justifica pelo impacto gerado em razão da obrigatoriedade e da indicação de cirurgias em bebês, muitas vezes desnecessárias, visto que a anquiloglossia raramente é apontada como fator de desmame nas pesquisas desenvolvidas com a temática, levando à falta de evidência científica que contribua para essa afirmação.

## Material e métodos

Estudo descritivo analítico e retrospectivo com dados secundários, disponíveis no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do DataSUS, que é o sistema oficial do MS, com extração por meio do programa TabWin, no período de 2013 a 2017.

Considerando que, dentro do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (Sigtap), frenectomia e frenotomia são registradas sob o mesmo código – código 0401010082 –, esta pesquisa buscou levantar essa ocorrência relacionando-a com a idade do paciente, excluindo procedimentos realizados em pacientes maiores de 10 anos. Os dados foram extraídos considerando, além da frequência de procedimentos, o nível de atenção em que foi realizado e o código da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do profissional responsável.

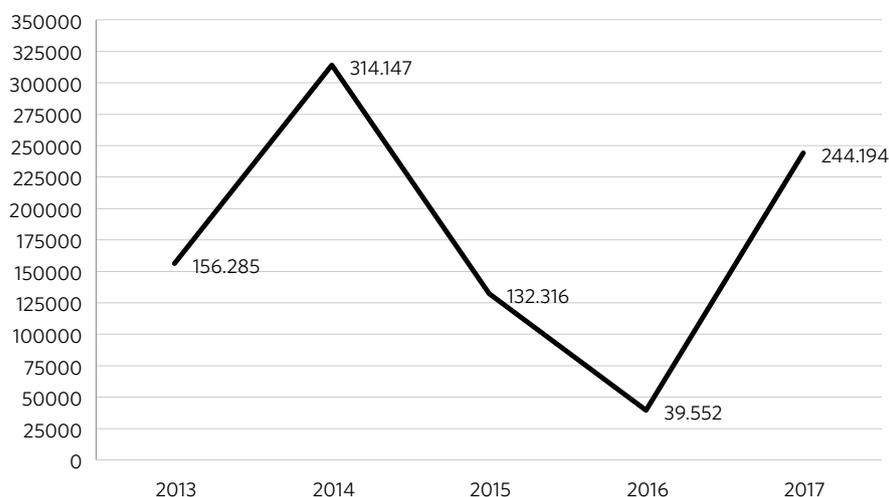
Os resultados foram organizados em planilhas do Microsoft Excel® e analisados mediante estatística descritiva por meio do *software* Jamovi® versão 1.2.27. Além disso, por se tratar de um estudo com base em dados secundários públicos, a pesquisa não necessitou de aprovação ética conforme preconizado na Resolução nº 510/16 do CNS/Conep.

## Resultados

A partir da análise dos dados obtidos por meio do Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C), com exclusão dos não informados/não exigidos, observa-se que o quantitativo sem informação da faixa etária do paciente é de 99,7% do total de frenectomias aprovadas no SUS, sendo uma limitação para esta pesquisa.

Ainda assim, em relação ao proposto, ou seja, identificar o impacto, a evolução da realização de frenectomias/frenotomias antes e depois dos regramentos publicados pode ser observada pelo aumento no número desses procedimentos, tanto entre 2013 e 2014 como entre 2016 e 2017. Considerando, portanto, o efeito indutor das portarias e das notas da gestão federal do SUS, repercutindo em estados e municípios, é possível afirmar que esse aumento é resultado da vigência da Lei nº 13.002/2014 e da NT nº09/2016, conforme ilustrado com o *gráfico 1*.

Gráfico 1. Quantidade de frenectomias/frenotomias aprovadas pelo procedimento e por ano no SUS (código Sigtap 040100082) de acordo com ano de registro

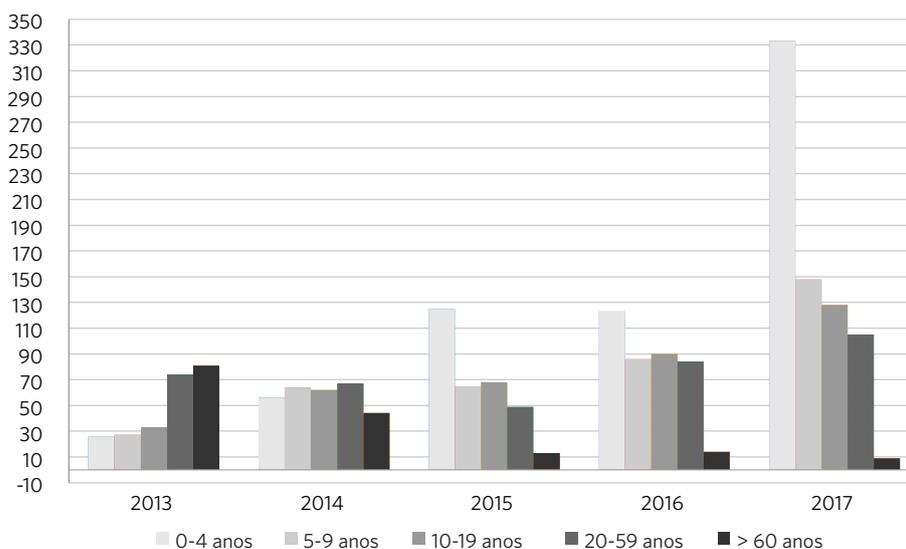


Fonte: DataSUS<sup>16</sup>.

Ao analisar o quantitativo de procedimentos quando é registrada a idade do paciente, atenta-se a um aumento de frenectomias no período de 2013 a 2017, nas faixas etárias de zero a 4 anos, de 5 a 9 anos, de 10 a 19 anos, com flutuação em adultos de 20 a 59 anos, e

redução em idosos acima de 60 anos (*gráfico 2*). A faixa etária de zero a 4 anos é a que mais se destaca pelo crescimento do número de procedimentos, sendo verificado um aumento de 26 procedimentos registrados para 333 procedimentos em 2017.

Gráfico 2. Quantitativo de frenectomias/frenotomias aprovadas no SUS (código Sigtap 040100082), de acordo a faixa etária e ano, excluindo os casos não informados/não exigidos

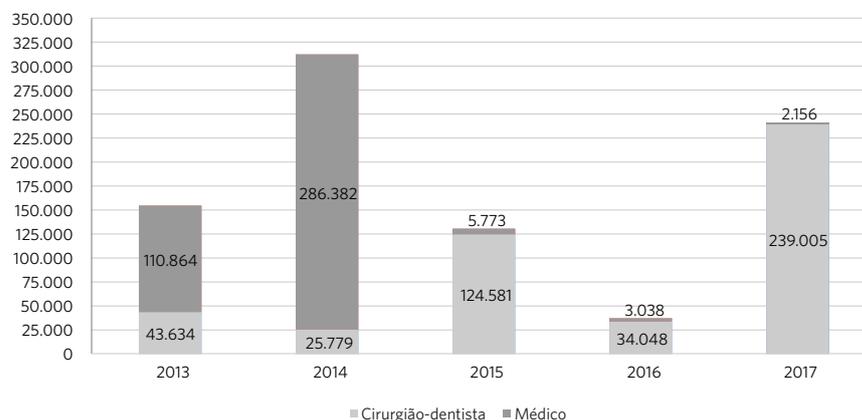


Fonte: DataSUS<sup>16</sup>.

Quanto ao diagnóstico de anquiloglossia, observa-se que ele está centrado nos hospitais, em parte nas maternidades, bem como em estruturas de média complexidade como Centros Especializados em Reabilitação e Centros de Especialidades Odontológicas (CER e CEO). No entanto, para o procedimento cirúrgico,

verifica-se que o nível de atenção mais procurado é a atenção primária. Outrossim, em relação à categoria profissional que executou o procedimento no período estudado, dos 886.517, 53,6% foram realizadas por cirurgiões-dentistas (*gráfico 3*).

Gráfico 3. Quantitativo de frenectomias/frenotomias realizadas na atenção básica de acordo com categoria profissional e ano

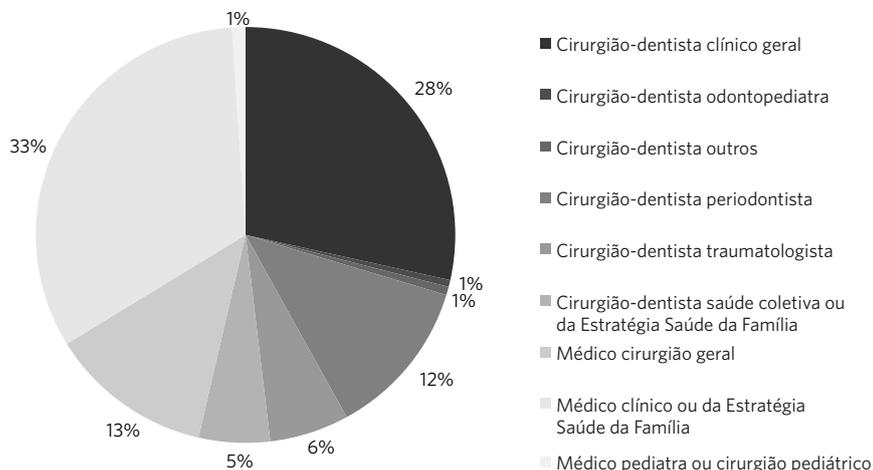


Fonte: DataSUS<sup>16</sup>.

Embora os profissionais que mais realizam o procedimento cirúrgico sejam os cirurgiões-dentistas, uma vez que a língua está dentro do seu escopo de práticas, observa-se que as NT do MS não os priorizam, muito menos essa categoria está elencada para o diagnóstico de anquiloglossia nas maternidades e nos hospitais.

A maioria dos profissionais que realizaram procedimentos de frenectomia no período deste estudo foram médicos clínico geral ou de saúde da família (33%), cirurgiões-dentistas generalistas (28%), médicos especializados em cirurgia (13%) e especialistas em periodontia (12%), conforme pode ser analisado no *gráfico 4*.

Gráfico 4. Frequências relativas de frenectomias/frenotomias realizadas de acordo com especialidade profissional no período de 2013 a 2017



Fonte: MS/DataSUS<sup>16</sup>.

## Discussão

A Lei nº 13.002<sup>10</sup>, de 20 de junho de 2014, determina a obrigatoriedade de aplicação do teste da linguinha em bebês recém-nascidos de todas as maternidades e hospitais do Brasil. A lei se fundamenta na justificativa de que há necessidade de realizar a avaliação do frênulo lingual do bebê para que prováveis alterações sejam diagnosticadas precocemente e, assim, seja possível prevenir o desmame precoce, a perda de peso e os prejuízos na fala<sup>15,17</sup>.

Devido à falta de maiores informações, no sentido de complementar e esclarecer fluxos, dois anos depois, em março de 2016, o MS publicou a primeira NT<sup>11</sup> sobre o assunto, mas deixou a desejar no sentido de orientar sobre a quem caberia o diagnóstico de anquiloglossia, reportar profissional de saúde integrante da equipe neonatal, limitando-se na preferência, que deveria ser pediatra/neonatologista, enfermeiro, fonoaudiólogo ou profissional do Banco de Leite Humano, excluindo o cirurgião-dentista lotado em hospitais e maternidades, muitos dos quais atuando em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Além de indicar a cirurgia imediata nos casos diagnosticados como anquiloglossia grave, e orientar as equipes de saúde quanto ao monitoramento do processo de amamentação nos casos de anquiloglossia moderada ou sem diagnóstico definido, esse documento também procurou estabelecer o fluxo de acompanhamento dos lactentes diagnosticados com anquiloglossia na Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, de acordo com a gravidade (moderada ou severa). Dessa forma, entende-se que há uma sugestão de que o freio lingual curto teria incondicional determinação sobre o desmame precoce e que seria fator necessariamente relacionado com as dificuldades enfrentadas para o aleitamento exclusivo, devendo entrar de imediato na rede de diagnóstico<sup>11</sup>.

Os achados da presente pesquisa, apesar de serem produto de uma investigação descritiva, levantam a indagação se haveria uma relação entre o aumento da frequência de procedimentos e a legislação vigente que, em 2014, instituiu a obrigatoriedade do teste da linguinha; e, em 2016, quando o MS estabeleceu um fluxo de acompanhamento dos lactentes

diagnosticados com anquiloglossia na RAS no âmbito do SUS, orientando, inclusive, a cirurgia imediata nos casos de anquiloglossia grave.

A despeito das orientações e dos procedimentos que foram crescentes nesses dois momentos, não existem evidências científicas suficientes para sustentar a afirmação de que a anquiloglossia interfere, incondicionalmente, no aleitamento materno exclusivo, ou de que a cirurgia de freio seria essencial para a amamentação. Sobre a análise dos dados, identificou-se um aumento do número de registros de frenectomias em crianças ao longo do período estudado, principalmente na faixa etária de zero a 4 anos, em que o aumento foi o mais expressivo quando se compara o ano de 2013 com o de 2017 (*gráfico 2*). Esse ponto, a princípio, considerado uma limitação do dado, tendo em conta que o BPA-C não permite comparar esse aumento quando se dispõe em avaliar o quantitativo percentual entre os 14.682.289 nascidos vivos no período.

Reporta-se que, apesar de encontrar publicações que expõem prejuízos futuros na fala e na alimentação, entende-se que a anquiloglossia deve ser bem diagnosticada e ponderada por uma equipe multiprofissional, considerando o contexto familiar do bebê<sup>18-20</sup>. Sob esse aspecto, revisões sistemáticas publicada por Francis et al.<sup>9</sup>, Fraga<sup>21</sup> e Visconti<sup>22</sup> reforçam a carência de evidências que apontem uma relação estreita entre a anquiloglossia e a dificuldade para o aleitamento materno exclusivo. Os autores identificaram que os estudos publicados até aquele momento sobre o assunto não apontaram resultados confiáveis. Não contemplada pelas pesquisas levantadas foi a não comparação da frenotomia com outras técnicas não cirúrgicas ou ainda não realizando um acompanhamento longo, por exemplo, para averiguar se a anquiloglossia interfere no aleitamento ou se a frenectomia realmente melhora a sucção do bebê.

Em outra pesquisa publicada no mesmo ano, Power e Murphy<sup>23</sup> procuraram identificar

uma possível relação entre a anquiloglossia e a dificuldade no aleitamento materno por meio de uma revisão estruturada e integrativa da literatura. Os autores concluíram que um diagnóstico preciso é essencial para que a indicação de cirurgia seja feita de forma correta, uma vez que, segundo os autores, 50% dos bebês com anquiloglossia não desenvolvem problemas futuros na amamentação. O estudo sugere ainda que, para um encaminhamento acertado, é necessário que seja feito um acompanhamento de duas a três semanas antes de intervir.

Outro dado coletado nesta pesquisa e apresentado graficamente diz respeito ao profissional responsável pelos procedimentos. Apesar de a legislação vigente nos anos de registro dos dados não definir especificamente quais os profissionais seriam os responsáveis pela execução do teste da linguinha ou pela realização da frenectomias/frenotomia, ela apenas orienta o trabalho em equipe multidisciplinar e que o profissional passe por treinamento específico. Os resultados obtidos indicam que o cirurgião-dentista foi o profissional que mais realizou as cirurgias, contudo, não foi possível precisar se este participou também do processo de diagnóstico de anquiloglossia nas maternidades, uma vez que é muito frequente o encaminhamento de outro profissional, como fonoaudiólogo, médico ou enfermeiro.

Dos cirurgiões-dentistas que realizaram o procedimento, os clínicos gerais, ou da equipe de Saúde da Família, são a maioria dos responsáveis pelos procedimentos, indicando que grande parte das cirurgias de frênulo lingual são realizadas na atenção primária, que é a porta prioritária de entrada dos usuários do SUS. É possível que as frenotomias também sejam realizadas nos CEO, considerando os especialistas que registraram os procedimentos – periodontistas, traumatologistas buco-maxilofacial e odontopediatras.

Destaca-se que, em 2018, a NT nº 35<sup>24</sup> do MS trouxe novas especificidades, com informações complementares às publicadas em 2016, atribuindo baixa/insuficiente força de evidência à

relação entre a anquiloglossia e a dificuldade de amamentação, assim como não se verifica melhoria na amamentação e redução da dor nos mamilos após procedimento cirúrgico. O documento traz diversas orientações aos profissionais para acolhimento do binômio mãe-bebê, bem como diretrizes mais humanizadas para o diagnóstico mais adequado por equipe multiprofissional.

Contudo, assim como a anterior, essa NT não trouxe orientações sobre quais profissionais seriam responsáveis pelas cirurgias, apenas direcionando os usuários para a rede de serviços disponível em cada região, preferencialmente às equipes multidisciplinares com experiência em amamentação, como Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Bancos de Leite Humano, ambulatórios dos Hospitais credenciados como 'Amigo da Criança', Hospitais de referência para Método Canguru ou nos CER.

Assim, a partir de 2018, os procedimentos deixaram de ser realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e passaram a ser acolhidos em unidades especializadas para a saúde da mulher e do bebê, principalmente para os CEO ou serviços semelhantes ainda no campo da odontologia. É possível que os fluxos sejam atualmente para a média complexidade e para os hospitais; no tocante ao CEO, podem ser feitos em razão de o procedimento constar do seu monitoramento quanto ao volume de procedimentos mínimos para cirurgias orais no rol de Procedimentos de Cirurgia Oral, o que possivelmente provoca filas de espera e reduz o quantitativo total esperado de cirurgias ao ano.

A principal limitação deste estudo reside no fato de ter utilizado dados que não mensuram diretamente a quantidade de testes da linguinha e procedimentos cirúrgicos indicados a partir do diagnóstico de anquiloglossia, impossibilitando uma análise mais aprofundada. Ademais, outra limitação foi a ausência de dados relacionados com o procedimento de frenotomia, que é o mais adequado para bebês e objeto da lei, e que não faz parte do cadastro de procedimentos do Sigtap, sendo, portanto, adotada para todos a frenectomia,

dificultando uma possível investigação sobre a sua relação com diagnóstico de anquiloglossia nas maternidades e nas UBS.

Na sequência, a não comparação percentual entre frenectomias e nascidos vivos no período, em razão da ausência da informação de grande parte dos pacientes que se submeteram ao procedimento (99,7%). Por fim, pelo fato de que, no Sigtap, o registro ao qual é condicionado o procedimento está à escolha do gestor, podendo ser realizado tanto no BPA-C quanto no BPA Individualizado (BPA-I) e ainda, na Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Os resultados encontrados se somam aos da comunidade acadêmica, a qual se debruça sobre a saúde da criança e a saúde bucal, contribuindo para a construção de uma base teórica robusta destinada a embasar um protocolo de conduta seguro e eficaz para a execução do teste da linguinha e a cirurgia de frenotomia em lactentes.

Outrossim, em razão do monitoramento do CEO, a frenectomia parece estar condicionada ao fluxo para a média complexidade, o que pode acarretar filas para o atendimento, fato este que poderia explicar a redução do seu quantitativo ao ano.

Ressalta-se que, embora a avaliação do frênulo lingual em neonatos tenha se tornado obrigatória, na literatura, inexistente consenso sobre quais instrumentos ou protocolos deveriam ser adotados para o diagnóstico, ou ainda quais profissionais seriam responsáveis pela realização do procedimento cirúrgico. Assim, colocamos sob questão como seriam feitos os diagnósticos na rotina dos serviços e quais seriam os desfechos das condutas terapêuticas. Entendemos que, para além de marcos regulatórios legais, cabe ao MS se responsabilizar por um maior aprofundamento técnico, para que os procedimentos diagnósticos e os tratamentos sejam realizados de forma integrada e minimamente padronizada pelas equipes multiprofissionais da RAS do SUS, com ênfase no desenvolvimento integral das crianças brasileiras.

## Conclusões

Esta pesquisa se propôs a investigar as possíveis influências da lei e das orientações do MS quanto ao diagnóstico de anquiloglossia e a frequência de frenotomias realizadas no SUS. Foi também estudado o nível de atenção do registro, bem como o profissional responsável pela execução da cirurgia. Todavia, não foi possível separar a frenotomia da frenectomia em face do que foi definido no Sigtap, sendo, portanto, necessário adotar o termo único para este trabalho.

Assim, os achados provenientes de dados secundários e tratados de forma descritiva e com análise inspiram sobre a necessidade de deixar claro quais idades e faixas etárias estão sendo submetidas ao tratamento, haja vista que quase a totalidade do procedimento parece ter sido registrada como consolidada no BPA-C, sendo este um limitador para o aprofundamento da pesquisa. Ademais, o termo unificado dificulta a compreensão do tipo de cirurgia realizada e a possibilidade de gerar novos estudos que analisem, com maior detalhamento, todo o processo desde o diagnóstico até os desfechos funcionais relacionados com

a anquiloglossia. Sobre esse ponto, um perfil de sucesso ou fracasso, bem como a condução do seu tratamento no âmbito do SUS. Para tanto, criam-se duas propostas de alterações no Sigtap: no registro, deixando apenas para o BPA-I, e a criação de um código específico para frenotomias, sendo definida a faixa etária para menores de 1 ano.

A ampliação do local para diagnóstico e a mudança do procedimento cirúrgico da média complexidade para a atenção primária podem contribuir para uma análise mais criteriosa; e, ao mesmo tempo, pelo retardo da primeira consulta especializada, o encontrado ou sugerido como anquiloglossia pode não mais estar presente em razão do estímulo provocado pela ordenha.

## Colaboradores

Macau-Lopes MG (0000-0001-9610-5584)\*, Silveira ADS (0000-0001-7314-7693)\*, Lopes CMN (0000-0001-8833-4520)\*, Leme PAT (0000-0003-3894-3189)\* e Faustino-Silva DD (0000-0001-6876-6537)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Procópio I, Costa V, Lia E. Frenotomia lingual em lactentes. *Rev Faculdade De Odonto. UPF.* 2017 [acesso em 2022 mar 19]; 22(1):114-119. Disponível em: <https://doi.org/10.5335/rfo.v22i1.6849>.
2. Leonardi N. A Frenectomia, da criança ao adulto. [dissertação]. Gandra: Instituto Universitário de Ciências da Saúde; 2020. [acesso em 2022 mar 19]. Disponível em: <https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/3373>.
3. Pacheco IAP, Santos LNC, Macau-Lopes MG. Intervenções cirúrgicas em anquiloglossia. *Rev. Ciênc. Odonto.* (no prelo).
4. Knox I. Tonguetie and frenotomy in the breast feeding new born. *Neo reviews.* 2010; 11(9):513-9.
5. Azevedo AV, Marinho JL, Barreto RC. Anquiloglossia e Frenectomia: uma revisão de literatura. *Braz. J. Develop.* 2020 [acesso em 2021 mar 19]; 6(12):98628-35. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/21661>.
6. Baldani MH, Lopes CML, Scheidt WA. Prevalence of oral alterations in infants seen at the public pediatric dental clinics from Ponta Grossa - PR, Brazil. *Pesqui. Odontol. Bras.* 2001; 15(4):302-7.
7. Vieira KA, Machado FG. Moldagem de Laminados Cerâmicos com Técnica Modificada em três Passos: Relato de Caso. *RvAcBO.* 2017; 7(2):145-152.
8. Neville BW, Allen CM, Damm DD, et al. Defeitos do desenvolvimento da região maxilofacial e oral. *Patologia oral e maxilo facial.* 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.
9. Francis KS, Mcpheeters M. Treatment of ankyloglossia and breastfeeding outcomes: a systematic review. *Pediatrics.* 2015; 135(6):1459-1466.
10. Brasil. Lei nº 13.002, de 20 junho de 2014. Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. *Diário Oficial da União.* 20 Jun 2014.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Nota técnica nº 09/2016, de 10 de março de 2016. Orientar profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, como também estabelecer o fluxo de acompanhamento dos lactentes diagnosticados com anquiloglossia na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS. *Diário Oficial da União.* 10 Mar 2016.
12. Martinelli RLDC, Marchesan IQ, Rodrigues AC, et al. Protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês. *Rev. Centro de Espec. Fonoaudiologia Clínica.* 2012; 14(1):138-145.
13. Oliveira MTP, Montenegro NC, Silva RADA. Frenotomia Lingual Em Bebês Diagnosticados Com Anquiloglossia Pelo Teste Da Linguinha: Série De Casos Clínicos. *RFO UPF.* 2019; 24(1):73-81.
14. Bistaffa AGI, Giffoni TCR, Franzin LCD. Frenotomia Lingual Em Bebê Lingual Frenotomy In Baby. *Rev UNINGÁ Review.* 2017; 29(2):18-22.
15. Costa ASE, Topanotti J, Herber V, et al. Prevalência de alteração do frênulo lingual em recém-nascidos. *Rev. Thêma et Scientia.* 2020; 10(2).
16. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. DATASUS. Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimento do SUS (SIGTAP). [acesso em 2021 mar 25]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>.
17. Fujinaga CI, Chaves JC, Karkow IK, et al. Frênulo lingual e aleitamento materno: estudo descritivo. *Audiol., Commun. Res.* 2017 [acesso em 2022 mar 25]; (22):e1762. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/YtZ9Fjn7YvzVDspLtm34JSh/?lang=pt>.
18. O'shea JE, Foster JP, O'Donnell CP, et al. Frenotomy for tongue tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 3(3):CD011065.
19. Gomes JDL, Freitas RC, Costa TN, et al. Anatomia, diagnóstico e tratamento de anquiloglossia na pri-

- meira infância. *Rev Eletr. Acervo Saúde*. 2021 [acesso em 2022 mar 25]; 13(2):e5815. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e5815.2021>.
20. Cota ALS, Lima ÁV, Pereira SK, et al. Frenectomia para restituição fono- motricial da língua. *Rev. Eletr. Acervo Saúde*. 2019 [acesso em 2022 mar 25]; (35):e1457. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/336816953\\_Frenectomia\\_para\\_restituicao\\_fono-motricial\\_da\\_lingua](https://www.researchgate.net/publication/336816953_Frenectomia_para_restituicao_fono-motricial_da_lingua).
21. Fraga MRBA, Barreto KA, Lira TCB, et al. Anquiloglossia versus amamentação: qual a evidência de associação? *Rev. CEFAC*. 2020 [acesso em 2022 mar 25]; 22(3):e1221. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v22n3/pt\\_1982-0216-rcefac-22-03-e12219.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rcefac/v22n3/pt_1982-0216-rcefac-22-03-e12219.pdf).
22. Visconti A, Hayes E, Ealy K, et al. A systematic review: The effects of frenotomy on breastfeeding and speech in children with ankyloglossia. *Int J Speech Lang Pathol*. 2021; 23(4):349-358.
23. Power RF, Murphy JF. Tongue-tie and frenotomy in infants with breastfeeding difficulties: achieving a balance. *Arch Dis Child*. 2015; 100(5):489-94.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Nota técnica nº 35/18. Com a finalidade de atender à Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, esta Nota Técnica visa orientar os profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identificação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, bem como estabelecer o fluxo de atendimento dessa população na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo em vista sua potencial interferência sobre a amamentação. *Diário Oficial da União*. 20 Dez 2014.

---

Recebido em 16/04/2022

Aprovado em 17/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Efeito da intervenção motora domiciliar centrada na família para a funcionalidade de indivíduos com Duchenne

*Effect of family-centered home motor intervention on the functioning of individuals with Duchenne*

Leonardo de Carvalho Brandão<sup>1</sup>, Michelle Alexandrina dos Santos Furtado<sup>2</sup>, Victória Natália de Sá Oliveira<sup>1</sup>, Guilherme Peixoto Tinoco Arêas<sup>1</sup>, Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E512

**RESUMO** O objetivo foi investigar o impacto de um Programa de Intervenção Motora Domiciliar (PIMD), com a abordagem centrada na família, na funcionalidade de indivíduos com Distrofia Muscular de Duchenne (DMD). Foi realizado uma série de casos, entre novembro de 2020 a junho de 2021 e aplicado a função motora grossa dos membros superiores e inferiores antes e após o PIMD, durante 16 sessões. Permaneceram seis crianças entre 12-13 ( $\pm 2,90$ ) anos de idade; 9,14 ( $\pm 0,90$ ) anos para perda de deambulação e 6,38 ( $\pm 1,06$ ) anos para idade de diagnóstico. A Medida da Função Motora inicial foi 47,8 ( $\pm 20,13$ ) e final, 56 ( $\pm 20,53$ ); na Escala de Vignos, inicial foi 7 ( $\pm 1,73$ ) e final, 6,4 ( $\pm 1,95$ ); na Escala de Brooke, inicial foi 2,0 ( $\pm 1,30$ ) e final, 2,2 ( $\pm 1,22$ ); na Performance of the Upper Limb, inicial foi 28,29 ( $\pm 11,94$ ) e final, 35 ( $\pm 13,28$ ). Na criança deambuladora, a média do escore de North Star Ambulatory Assessment (NSAA) total inicial foi 25 e final, 27. Portanto, o PIMD pode ser uma alternativa para prolongar a funcionalidade do curso clínico da DMD, em períodos sem intervenção presencial. A telerreabilitação é uma estratégia promissora, entretanto, é necessário treinamento da equipe de cuidados à saúde e o envolvimento dos pais.

**PALAVRAS-CHAVE** Distrofia muscular de Duchenne. Reabilitação. Assistência domiciliar.

**ABSTRACT** *The objective was to investigate the impact of a Home Motor Intervention Program (PIMD), with a family-centered approach, on the functionality of individuals with Duchenne Muscular Dystrophy (DMD). A series of cases was carried out between November 2020 and June 2021 and applied to the gross motor function of the upper and lower limbs before and after PIMD, during 16 sessions. Six children between 12-13 ( $\pm 2.90$ ) years of age remained; 9.14 ( $\pm 0.90$ ) years for loss of ambulation and 6.38 ( $\pm 1.06$ ) years for age at diagnosis. The initial Motor Function Measure was 47.8 ( $\pm 20.13$ ) and final, 56 ( $\pm 20.53$ ); on the Vignos Scale, initial was 7 ( $\pm 1.73$ ) and final, 6.4 ( $\pm 1.95$ ); on the Brooke Scale, initial was 2.0 ( $\pm 1.30$ ) and final, 2.2 ( $\pm 1.22$ ); in the Performance of the Upper Limb, initial was 28.29 ( $\pm 11.94$ ) and final, 35 ( $\pm 13.28$ ). In the ambulatory child, the initial total North Star Ambulatory Assessment (NSAA) mean score was 25 and the final score was 27. Therefore, PIMD can be an alternative to prolong the functionality of the clinical course of DMD, in periods without face-to-face intervention. Telerehabilitation is a promising strategy, however, training of the health care team and parental involvement is required.*

**KEYWORDS** *Muscular dystrophy, Duchenne. Rehabilitation. Home nursing.*

<sup>1</sup> Universidade Federal do Amazonas (Ufam) - Manaus (AM), Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte (MG), Brasil.  
alexandrinamichelle@gmail.com



## Introdução

As distrofias musculares são doenças hereditárias caracterizadas pela degeneração progressiva dos músculos esqueléticos e causadas pela alteração na produção da distrofina, proteína muscular localizada no sarcolema das fibras musculares. De maneira geral, elas são diferenciadas de acordo com a idade em que se manifestam os primeiros sintomas, a forma como é distribuída a fraqueza da musculatura pelo corpo, a relação com as doenças cardíacas e o envolvimento ou não do sistema nervoso central ou periférico<sup>1</sup>.

Do grupo de distrofias progressivas, a que se destaca com maior gravidade e incidência é a Distrofia Muscular de Duchenne (DMD). Essa doença afeta aproximadamente 1 a cada 3.500 meninos nascidos vivos, tem sintomas mais evidentes entre 3 e 5 anos de idade, e o início das alterações funcionais se dá a partir da perda de força muscular. É uma miopatia ligada ao cromossomo X, com deleção e duplicação no gene que codifica a proteína distrofina, o que resulta em uma perda progressiva dos sistemas locomotor e respiratório<sup>2</sup>.

Como principal característica clínica, tem-se a perda progressiva da força muscular, inicialmente na musculatura proximal, afetando a cintura pélvica e os membros inferiores, ascendendo para os membros superiores e a cintura escapular. A fraqueza muscular progressiva interfere na capacidade de marcha, com perda de deambulação por volta dos 12 anos de idade e progressiva deterioração das funções motoras, cardíacas e respiratórias, o que leva o paciente a óbito e pode afetar secundariamente as funções mentais<sup>2</sup>.

Até o momento, não foram encontrados estudos científicos que abordassem dados de prevalência ou incidência da DMD na região norte do Brasil, ou mesmo que abordassem métodos de tratamento, diagnósticos ou avaliativos nessa população e região. Contudo, na literatura geral, há inúmeros estudos que aplicam diversos instrumentos para avaliação e acompanhamento da progressão de crianças

e jovens com DMD. Dentre eles, destacam-se a Medida da Função Motora (MFM) e a North Star Ambulatory Assessment (NSAA), as quais são direcionadas à avaliação da capacidade funcional de membros inferiores, sendo a NSAA aplicada para indivíduos deambuladores; a 'Performance of the Upper Limb (PUL)', voltada para membros superiores; e as escalas de Vignos e de Brooke, respectivamente, para verificar a função dos membros superiores e inferiores<sup>3-5</sup>.

Tais instrumentos são extremamente aplicados em situações que se quer observar a progressão ou o sucesso terapêutico diante de um programa de intervenção ou condutas específicas para a função de membros inferiores, sendo instrumentos confiáveis e já validados para a população brasileira<sup>6,7</sup>.

Embora os instrumentos de avaliação para a DMD apresentem adequadas variáveis psicométricas e os estudos revelem sua extensa aplicabilidade na mensuração da capacidade funcional de indivíduos com Duchenne, a intervenção fisioterapêutica ainda carece de mais evidências e investigações sobre seu impacto na funcionalidade desses indivíduos. Segundo Hind et al.<sup>8</sup>, apesar de a fisioterapia ser considerada o principal tratamento para os pacientes com DMD, ainda não existe consenso sobre o tipo e a intensidade de tratamento que devem ser empregados na conduta terapêutica, e as recomendações perfazem orientações sobre treinamento de baixa intensidade, com exercícios funcionais e prática de alongamentos.

De forma geral, as evidências apontam para um caminho intermediário de atividade física (entre o desuso e o uso excessivo), reforçando a ideia da necessidade de mais estudos clínicos e pré-clínicos para elucidação das melhores estratégias de intervenção<sup>8,2</sup>.

Nesse sentido, a utilização de programas domiciliares, preferencialmente com práticas centradas na família<sup>9,10</sup>, pode ser encarada como uma opção viável, sobretudo após a pandemia da Covid-19, que levantou a discussão sobre novas estratégias de intervenção por meio do telemonitoramento e teleconsulta<sup>12</sup>.

O telemonitoramento doméstico é uma forma de monitoramento remoto destacada como estratégia promissora para melhorar o atendimento e o manejo de pacientes com diferentes comprometimentos e afecções clínicas<sup>12</sup>. Nesse sentido, em março de 2020, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) publicou a Resolução nº 516, que autorizou o atendimento não presencial por meio de teleconsulta, teleconsultoria e telemonitoramento, auxiliando na prática de telessaúde e permitindo a elaboração de programas domiciliares voltados a diferentes públicos<sup>13</sup>.

Os programas domiciliares consistem em estratégias específicas que promovem a colaboração entre o profissional e a família, com o intuito de definir metas de tratamento tangíveis durante o processo de intervenção. A abordagem de tratamento centrado na família busca promover o cuidado à criança por meio da participação ativa dos pais, construída na boa relação com o terapeuta, visando à atenção integral sob a supervisão do profissional, o que promove a elaboração de metas conjuntas e de acordo com a percepção da criança e da família sobre suas prioridades, níveis de dificuldade das atividades e percepção de esforço (ponto central para o tratamento da DMD já que o excesso de atividade pode promover efeitos deletérios)<sup>8,12</sup>.

Desse modo, com o avanço notável das abordagens centradas na família e a emergente demanda por estratégias de telessaúde no contexto da pandemia da Covid-19, é necessária a formulação de novas modalidades de tratamento viáveis e seguras para pacientes com distrofias musculares. Logo, o objetivo principal do presente trabalho foi investigar o impacto de um Programa de Intervenção Motora Domiciliar (PIMD), com a abordagem centrada na família, na funcionalidade de indivíduos com DMD.

## Material e métodos

O estudo se caracteriza como uma série de casos, realizado de novembro de 2020 a junho de 2021. O projeto foi aprovado pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas (CEP/Ufam), com registro em CAEE: 39714820.9.0000.5020.

## Amostra

A amostra de conveniência foi composta por 6 pacientes, recrutados de um universo de 8 indivíduos residentes em Manaus-AM, com idade de 8 a 18 anos, os quais apresentaram diagnóstico clínico de DMD e foram encaminhados ao estudo pelo Programa de Reabilitação Pediátrica (Proped/Ufam) e pelo ambulatório de neurologia do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV).

## Crítérios de inclusão

Foram incluídos no estudo: crianças e adolescentes, com idade de 8 a 18 anos e diagnóstico clínico de DMD estabelecido por um profissional médico. A criança ou o jovem deveriam apresentar estabilidade clínica, ausência de alterações físicas ou funcionais que impossibilitem a realização dos testes propostos. Foram incluídos apenas as crianças ou os jovens, cujo responsável legal consentiu a participação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (Tale) para criança e adolescentes.

## Crítérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram: crianças e adolescentes com alterações neurológicas ou neurocomportamentais adicionais à DMD ou que apresentassem intolerância à realização das avaliações e dos exercícios propostos.

## Intervenção

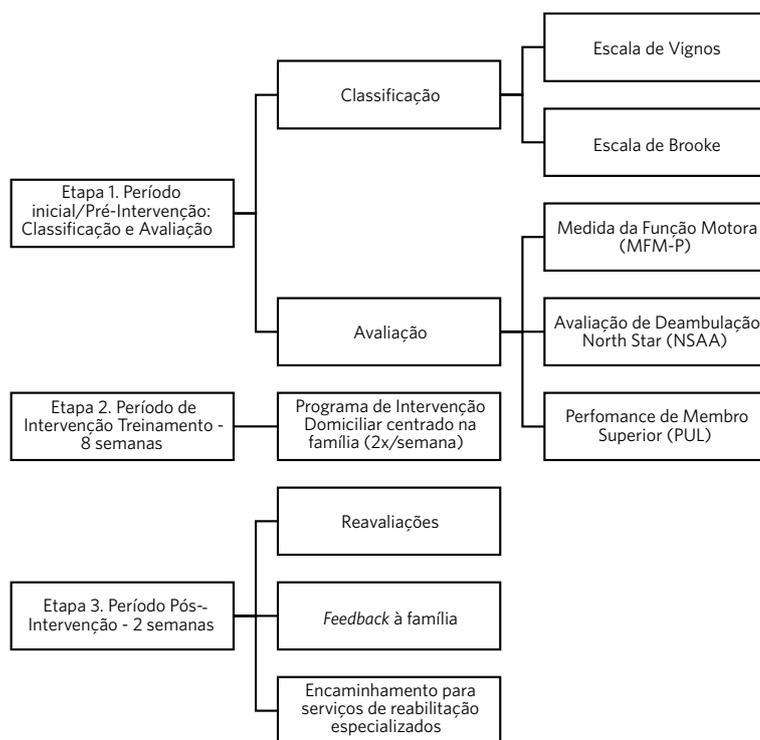
### AValiação e CLASSIFICAÇÃO

Antes de iniciar o programa domiciliar, a equipe do projeto foi submetida a um treinamento-piloto

com avaliação de duas crianças. Nessa etapa, foram ajustadas as aplicações dos instrumentos para viabilizar a execução da avaliação em formato remoto. Devido ao agravamento da pandemia da Covid-19, o processo de classificação e avaliação, realizado anteriormente e posteriormente ao PIMD, foi executado de forma remota por meio de videoconferências e reuniões prévias com as famílias dos pacientes, com duração total de duas semanas.

As avaliações foram realizadas por dois avaliadores independentes, e filmagens foram obtidas, visando à confirmação dos resultados (por um terceiro avaliador). Ao final das intervenções, os indivíduos foram reavaliados e reclassificados pelos mesmos instrumentos. A *figura 1* estabelece um fluxograma metodológico do projeto conforme cronograma de execução das atividades.

Figura 1. Fluxograma metodológico do projeto conforme cronograma de execução das atividades



Fonte: elaboração própria.

## INSTRUMENTOS PADRONIZADOS

Foi incluída a aplicação dos instrumentos Escala de Vignos, MFM, NSAA, Escala de Brooke e PUL, além do Modelo Adaptado de Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) para traçar metas singulares para cada indivíduo em seu núcleo familiar.

A Escala de Vignos tem por objetivo padronizar uma classificação funcional ao longo do tempo, por meio do desempenho de funções motoras, graduando por fases o estadiamento da doença (de 0 a 10). Quanto maior a nota obtida, pior é o desempenho. Essa escala é tida como padrão ouro e leva em consideração prioritariamente as habilidades de membros inferiores<sup>3</sup>.

A MFM foi desenvolvida para doenças neuromusculares, incluindo a DMD<sup>4</sup>. Ela avalia uma série de atividades, independentemente do comprometimento motor que apresentem ou da fase de progressão da doença. Contém 32 itens, divididos nas dimensões 1 a 3, em que a pontuação varia de 0 a 3, com base nos melhores desempenhos<sup>4,6</sup>.

A NSAA é considerada um instrumento clínico especificamente desenhado para avaliar a funcionalidade de membros inferiores em meninos deambuladores com DMD<sup>5</sup>. A escala consiste em uma série de 17 itens que contemplam desde a manutenção da ortostase (item 1) até a habilidade de correr (item 17)<sup>7</sup>.

A Escala de Brooke avalia subjetivamente a função do membro superior nas DMD. Ela mensura o desempenho programado de seis tarefas (variando de 1 a 6 de acordo com a severidade). O grau 1 representa um indivíduo capaz de elevar seus braços em toda a amplitude de movimento acima da cabeça, e o grau 6 caracteriza um indivíduo com 'mão não funcional'<sup>3</sup>.

A PUL é um instrumento de avaliação que foi projetado com o objetivo de refletir a progressão de fraqueza muscular observada na DMD em membros superiores. A escala inclui três níveis (ombro, porção média e porção distal), cada um incluindo itens que exploram

atividades facilmente relacionadas com as atividades da vida diária, e possui opções de pontuação que variam na escala de  $0 \pm 1$  a  $0 \pm 2$  de acordo com o desempenho<sup>9</sup>.

A COPM é uma ferramenta baseada em uma entrevista com o indivíduo – neste caso, a família –, para identificar limitações sobre autocuidado, produtividade e lazer. A partir disso, os entrevistados avaliam suas percepções acerca da importância de cada atividade em uma escala de 1 a 10, escolhendo até cinco em que desejam se concentrar durante a terapia<sup>14</sup>.

### TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO

O PIMD foi adotado como método de tratamento fisioterapêutico e foi embasado nas práticas de abordagens centradas na família<sup>10,11</sup>, em que foram utilizados princípios da COPM<sup>14,15</sup> para traçar objetivos individuais de cada criança/adolescente, de acordo com seus principais compromissos e potencialidades (*figura 2 a e b*). Ressalta-se que, mesmo que o objetivo principal do presente estudo tenha sido analisar a funcionalidade de membros inferiores, o PIMD considerou o indivíduo inteiramente, sendo realizadas análises comparativas (antes e após a intervenção) centradas nos membros inferiores.

Figura 2. Roteiro de entrevista para estabelecimento de metas (inspirado no COPM e centrado na família)

## 2a. Roteiro de perguntas do COPM adaptado para versão português realizado com as amostras da pesquisa

O que sua criança/família gosta de fazer?

Quais são as atividades que sua criança gostaria de fazer? (Desejada)	Sua criança tentou realizar esta atividade (desejada)?	Há alguma parte da tarefa/atividade que é mais difícil para a criança?	Quão importante é para sua família que _____ seja capaz de realizar esta atividade? (Importância 0-10)	Em relação a que _____ é capaz de fazer, onde sua criança está hoje? (Desempenho 0-10)	Em dois meses, quando você observar a criança realizando esta atividade, o que vai fazer você dizer "Uau! Alguma coisa está diferente, ele(a) está fazendo muito bem!"?
1					
2					
3					
4					
5					

## 2b) Nível de 1 a 10 de importância e desempenho informados pelos pais/cuidadores/crianças/jovens para cada pergunta do roteiro do COPM adaptado

## IMPORTÂNCIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Atividade não muito importante					Atividade extremamente importante				

## DESEMPENHO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não é capaz de fazer de forma alguma					Faz a atividade muito bem				

Preliminarmente, foi feita a captação e a coleta de dados de identificação e clínicos gerais, como: sexo, idade, endereço, telefone, escolaridade materna, escolaridade da criança/jovem, número de irmãos, idade materna, profissão materna, renda familiar, História da Doença Progressiva (HDP), História da Doença Atual (HDA.), uso de medicamentos, manutenção de deambulação (presente

ou ausente) e horários de preferência para PIMD. Em seguida, a criança foi avaliada pelos instrumentos padronizados.

Sendo assim, o primeiro encontro de intervenção (após encerramento das avaliações) foi realizado de forma remota e envolveu o estabelecimento de metas, com planejamento, prescrição e orientações das atividades envolvidas nas intervenções.

De modo geral, as intervenções motoras seguiram modelos de exercícios inspirados por Alemdaroglu et al.<sup>16</sup> e foram implementadas conforme as diretrizes gerais da National Strength and Conditioning Association<sup>17</sup>. Além disso, foi utilizada a Escala de Percepção de Esforço de Borg Adaptada durante cada série de exercício, visando não ultrapassar a pontuação de 5 (caracterizando a atividade de leve-moderada intensidade).

A intervenção motora domiciliar foi acompanhada pela equipe de fisioterapia, a qual participou do estabelecimento de metas (com a família) e desenvolveu o PIMD para um tempo médio de 30 a 40 minutos de execução, de modo remoto (*telehealth* – por meio de métodos síncronos ou assíncronos), dois dias por semana, de preferência da família, durante 8 semanas (totalizando 16 encontros de PIMD).

O programa adotado consistiu nas atividades envolvidas com:

1. Alongamentos passivos ou ativos de membros e músculos do pescoço. Caso a criança não conseguisse realizar o autoalongamento (ativo), a família/cuidador(a) poderia auxiliar na atividade.
2. Exercícios de ativação da musculatura do core; membros superiores e inferiores (a depender das deficiências de estrutura e função e limitações de atividade). Tais exercícios seguiram as diretrizes gerais da National Strength and Conditioning Association<sup>16</sup>, com baixa intensidade, 1 a 3 séries e até 6 repetições.
3. Exercícios funcionais, como sentar e levantar de uma cadeira, jogar bola (arremessar, agarrar e chutar), pegar objetos acima ou na linha da cabeça, transferir objetos de um lado para o outro, de cima para baixo e transferências de posturas.
4. Atividades aeróbicas de baixa intensidade, como, por exemplo, caminhar por 10-15 minutos.

Cada dia de atividade, seguido de monitoramento, foi computado como um dia de intervenção, sendo o PIMD finalizado somente após 16 encontros virtuais, seguido das reavaliações e das reclassificações pela Escala de Vignos, e das reavaliações pelas MFM e NSAA.

## Resultados e discussão

Inicialmente, foi realizado o recrutamento de oito pacientes advindos do Proped e do ambulatório de neurologia do HUGV. A partir dessa etapa, foram agendadas reuniões prévias com as famílias e crianças/jovens em que ocorreu a coleta de dados de identificação e clínicos gerais dos pacientes.

Conforme a *tabela 1*, apenas uma criança foi relatada como deambuladora, e a maioria delas perdeu a habilidade de marcha aos 8 anos de idade. A média de irmãos foi de 1,25, sendo a maioria menina (sem DMD); e houve dois irmãos (sexo masculino) acometidos (também participantes da amostra). A maioria das mães possui ensino superior completo e era professora (n = 5), apenas uma mãe possuía ensino fundamental completo (com profissão de diaristas), e duas mães, com ensino médio completo (agente administrativa e cozinheira). A renda familiar variou bastante, mas a maioria foi acima de 1,5 salário mínimo.

Em relação à HDP, três das oito crianças foram prematuras (36 semanas), porém sem relatos de atraso do desenvolvimento infantil identificados na primeira infância. Salienta-se, entretanto, que a maioria das mães (principais cuidadoras) relatou que a marcha independente das crianças aconteceu apenas após 1 ano e 6 meses de idade cronológica, o que, associado com outros achados de desenvolvimento, poderia caracterizar suspeita ou mesmo atraso no desenvolvimento motor.

Outro achado interessante está relacionado com a idade de diagnóstico e o local de diagnóstico da DMD, o qual se deu após os 6 anos de idade e apenas quatro casos foram identificados no estado do Amazonas, o que suscita

uma fragilidade do sistema de saúde do estado quanto à identificação precoce de sinais/sintomas e diagnóstico adequado da DMD.

Atualmente, todas as crianças fazem uso de corticoterapia e relataram não estar

inseridas em programas de intervenção fisioterapêutica há pelo menos oito meses, devido, sobretudo, à paralisação desses serviços pela pandemia da Covid-19.

Tabela 1. Características gerais da amostra expressa por frequência

Variáveis		Nº de indivíduos
Deambulação	Presente	1
	Ausente	7
Uso de terapia medicamentosa (Corticoide)	Presente	8
	Ausente	0
Reabilitação (últimos 6 meses)	Presente	1
	Ausente	7
Local de diagnóstico	Amazonas	4
	Demais estados	4
Frequenta escola	Presente	8
	Ausente	0
Idade compatível com nível de escolaridade	Sim	5
	Não	3
Escolaridade materna	Básica/Média	3
	Superior	5
Renda familiar	<1,5 salários	5
	>1,5 salários	3
Atraso de DM identificado até 36 meses	Presente	0
	Ausente	8
Prematuridade ao nascimento	Presente	3
	Ausente	5

Fonte: elaboração própria.

Nº: Número; DM: Desenvolvimento Motor.

De acordo com a *tabela 2*, todas as crianças são do sexo masculino, conforme epidemiologia esperada da doença, escolares (ensino fundamental e um adolescente no ensino médio) e com idade média de 12-13 anos. A idade média da perda de deambulação foi de 9,14 anos, enquanto a idade média de diagnóstico de DMD foi de 6,38 anos, e o número de irmãos foi de 1,25 em média.

Após a etapa de entrevistas, houve duas assistências dentro do universo de oito pacientes

entrevistados. Em seguida, foram avaliados seis indivíduos (somente um deambulador), por meio dos instrumentos Escala de Vignos, MFM, NSAA, Escala de Brooke e PUL. Para os indivíduos não deambuladores, a aplicação da NSAA foi restrita aos itens 10 (função de levantar para sentar) e 12 (função de elevar a cabeça). Posteriormente, as crianças elegíveis para o estudo foram encaminhadas às subseqüentes fases do PIMD.

Tabela 2. Características das idades da amostra expressa (8 indivíduos) por média e desvio-padrão

Variáveis	Média	Desvio-padrão
Idade	12,13	±2,90
Idade de perda de deambulação	9,14	±0,90
Idade de diagnóstico da DMD	6,38	±1,06
Número de Irmãos	1,25	±0,89

Fonte: elaboração própria.

DMD: Distrofia Muscular de Duchenne.

Conforme a *tabela 3*, as características da amostra obtida por meio da aplicação da NSAA foram expressas em escore de pontos (pts). Sendo assim, os dados foram apresentados para o grupo de não deambuladores (5) e deambuladores (1), e a criança deambuladora obteve escore de NSAA total inicial de 7,2 pts, e final, de 7,8 pts. Na MFM,

a média dos valores inicial foi de 47,8 pts ( $\pm 20,13$ ), e final, de 56 pts ( $\pm 20,53$ ). Na Escala de Vignos, a média inicial foi de 7 pts ( $\pm 1,73$ ), e final, de 6,4 pts ( $\pm 1,95$ ). Na Escala de Brooke, a média inicial foi de 2,0 pts ( $\pm 1,30$ ), e final, de 2,2 pts ( $\pm 1,22$ ). Já na PUL, observa-se a média inicial de 28,29 pts ( $\pm 11,94$ ), e final, de 35 pts ( $\pm 13,28$ ).

Tabela 3. Características das amostras pelos instrumentos de avaliação da Distrofia Muscular de Duchenne

Instrumentos	Média	Desvio-padrão
<b>NSAA</b>		
NSAA total inicial*	7,2	±9,98
NSAA total final*	7,8	±10,78
NSAA total inicial**	25	-
NSAA total final**	27	-
<b>MFM</b>		
Inicial	47,8	±20,13
Final	56	±20,53
<b>Escala de Vignos</b>		
Inicial	7	±1,73
Final	6,4	±1,95
<b>Escala de Brooke</b>		
Inicial	2,2	±1,30
Final	2,0	±1,22
<b>PUL</b>		
Inicial	28,29	±11,94
Final	35	±13,28

Fonte: elaboração própria.

\*Avaliação da amostra total - 5 indivíduos.

\*\*Avaliação de deambulador - 1 indivíduo.

NSAA: North Star Ambulatory Assessment; MFM: Medida da Função Motora; PUL: Performance of Upper Limb.

Desse modo, conforme os resultados dos instrumentos avaliativos após a aplicação do PIMD, é possível inferir que os escores de funcionalidade de membros superiores e inferiores foram mantidos mediante o curso clínico da DMD, o qual tende a involução e perda gradativa de funcionalidade, a qual potencialmente agravar-se-ia pela ausência de intervenção motora e diminuição de atividades (incluindo rotina escolar) devido ao isolamento demandado pela pandemia da Covid-19.

De acordo com Agostini et al.<sup>19</sup>, a maior potencialidade trazida pelo processo de telerreabilitação é a possibilidade de aumentar a frequência e a intensidade do cuidado aos pacientes, uma vez que é capaz de motivá-los a realizar a terapia em ambiente domiciliar.

Novak et al.<sup>20</sup> propõem uma revisão sobre as diversas intervenções para a prevenção e o tratamento de paralisia cerebral. A partir disso, abordagens de treinamento motor demonstraram nível de evidência consistente de literatura, incluindo os programas domiciliares de treino direcionado ao objetivo em pacientes pediátricos.

O modelo de prática centrada na família proposto por Rosenbaum et al.<sup>21</sup> indica a importância dos programas domiciliares como uma estratégia de envolvimento do núcleo familiar no processo de saúde, logo, mostra-se positivo por trazer benefícios sobre a participação e a interação da criança com a rotina de casa.

Sobre o contexto atual da pandemia da Covid-19, o estudo de Sobierajska-Rek et al.<sup>22</sup> afirma que parte do cuidado proposto pela fisioterapia foi transferido do ambiente clínico para o domiciliar. Logo, a demanda pela implementação de programas de telerreabilitação bem estruturados, com ênfase nas necessidades do paciente e nas habilidades dos cuidadores, torna-se uma prioridade no tratamento de pacientes com DMD.

## Limitações

A pandemia da Covid-19 trouxe um impacto sobre a realização das avaliações e a aplicação dos instrumentos validados para DMD

em formato presencial, como proposto inicialmente. Entretanto, o estudo teve que se adaptar à execução das avaliações em ambiente virtual e, dessa forma, reduzir o risco de contaminação dos pacientes, pais e/ou responsáveis, bem como da equipe do projeto pelo novo coronavírus. Além disso, outro efeito importante foi a dificuldade para recrutamento de novos pacientes que pudessem compor uma amostra maior de crianças com DMD.

Um ponto presente em algumas famílias é a do acesso limitado à internet associado a eventuais casos de instabilidade da conexão ou queda de energia elétrica, condições que podem influenciar na execução de atividades síncronas. Contudo, os teleatendimentos não foram prejudicados, pois foram realizados os ajustes de horário, sempre que necessários, para proporcionar todos os 16 encontros virtuais propostos, adequando-se à disponibilidade de cada família.

## Considerações finais

O PIMD pode ser visto como uma alternativa para a prolongar a janela de funcionalidade mediante o curso clínico da DMD nos pacientes, o qual tende a involução e perda gradativa, especialmente em períodos de ausência de intervenção motora e inatividade. Além disso, a telerreabilitação se reafirma como estratégia promissora de cuidado continuado à saúde em ambiente domiciliar.

A partir da execução do PIMD em pacientes com DMD, é possível destacar forte participação e envolvimento dos pais e/ou responsáveis como um eixo importante para a adesão dos pacientes aos teleatendimentos. Outro fator importante é observado pelos benefícios do treinamento prévio da equipe para a condução das atividades síncronas e assíncronas durante as fases de avaliação, intervenção e telemonitoramento; torna-se, assim, uma opção viável para a atenção de crianças com DMD.

## Agradecimentos

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o qual agradecemos pela concessão de bolsa de iniciação científica, assim como à Ufam pelo apoio na execução e na infraestrutura.

## Colaboradores

Brandão LC (0000-0003-3668-4793)\*, Furtado MAS (0000-0002-2847-7471)\*, Oliveira VNS (0000-0001-6715-4731)\*, Arêas GPT (0000-0002-7083-8314)\* e Mendonça ASGB (0000-0002-3676-7292)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito na concepção da pesquisa, coleta e análise de dados, discussão, escrita e revisão. ■

---

## Referências

1. Martins R, Assumpção MS, Schivinski CI. Percepção de esforço e dispneia em pediatria: revisão das escalas de avaliação. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2014 [acesso em 2022 abr 2]; 47(1): 25-35. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v47i1p25-35>.
2. Cornelio F, Dworzak F, Morandi L, et al. Functional evaluation of Duchenne muscular dystrophy: proposal for a protocol. *Ital J Neurol Sci*. 1982; 3(4):323-30.
3. Barra TMF, Baraldi KF. O uso das escalas funcionais para avaliação clínica da Distrofia Muscular de Duchenne. *Rev. neurociênc*. 2013 [acesso em 2022 abr 2]; 21(3):420-426. Disponível em: <https://doi.org/10.34024/rnc.2013.v21.8168>.
4. Berard C, Payan C, Fermanian J, et al. A motor function measurement scale for neuromuscular diseases - description and validation study. *Revue Neurol*. 2006 [acesso em 2022 abr 2]; 162(4):485-493. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0035-3787\(06\)75039-1](https://doi.org/10.1016/s0035-3787(06)75039-1).
5. Scott E, Eagle M, Mayhew A, et al. Development of a functional assessment scale for ambulatory boys with Duchenne muscular dystrophy. *Physiother. res. int*. 2012 [acesso em 2022 abr 2]; 17(2):101-109. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pri.520>.
6. Iwabe C, Miranda-Pfeilsticker BH, Nucci A. Medida da função motora: versão da escala para o português e estudo de confiabilidade. *Braz. J. Phys. Ther*. 2008 [acesso em 2022 abr 2]; 12(5):417-424. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-35552008000500012>.
7. Okama LO, Zampieri LM, Ramos CL, et al. Reliability and validity analyses of the North Star Ambulatory assessment in Brazilian Portuguese. *Neuro. Disorders*. 2017 [acesso em 2022 abr 2]; 27(8):723-729. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nmd.2017.05.013>.
8. Hind D, Parkin J, Whitworth V. Aquatic therapy for children with Duchenne muscular dystrophy: a pilot feasibility randomised controlled trial and mixed-methods process evaluation. *Health Technol. Assess*. 2017 [acesso em 2022 abr 2]; 21(27):1. Disponível em: <http://doi.org/10.3310/hta21270>.
9. Mayhew A, Mazzone ES, Eagle M, et al. Development of the Performance of the Upper Limb module for Duchenne muscular dystrophy. *Dev Med Child Neurol*. 2013 [acesso em 2022 abr 1]; 55(11):1038-1045. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dmcn.12213>.
10. An M, Palisano RJ, Dunst CJ, et al. Strategies to promote family-professional collaboration: two case re-

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

- ports. *Disabil. Rehabil.* 2016 [acesso em 2022 abr 2]; 38(18):1844-1858. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1107763>.
11. Law M, Teplicky R, King S. Family centred service: moving ideas into practice. *Child Care Health Dev.* 2005 [acesso em 2022 abr 2]; 31(6):633-642. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2005.00568.x>.
  12. Kitsiou S, Paré G, Jaana M. Effects of home telemonitoring interventions on patients with chronic heart failure: an overview of systematic reviews. *J. Med. Internet Res.* 2015 [acesso em 2022 abr 2]; 17(3):e4174. Disponível em: <https://doi.org/10.2196/jmir.4174>.
  13. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 516, de 20 de março de 2020 - Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria. [acesso em 2022 abr 2]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>.
  14. An M, Palisano RJ. Family-professional collaboration in pediatric rehabilitation: A practice model. *Disabil. Rehabil.* 2014 [acesso em 2022 abr 2]; 36(5):434-440. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.797510>.
  15. Alemdarolu I, Karaduman A, Yilmaz ÖT, et al. Different types of upper extremity exercise training in Duchenne muscular dystrophy: effects on functional performance, strength, endurance, and ambulation. *Muscle & nerve.* 2015 [acesso em 2022 abr 2]; 51(5):697-705. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/mus.24451>.
  16. Faigenbaum AD, Kraemer WJ, Blimkie CJ, et al. Youth resistance training: updated position statement paper from the national strength and conditioning association. *J Strength Cond Res.* 2009 [acesso em 2022 abr 2]; (23):S60-S79. Disponível em: [https://journals.lww.com/nsca-jscr/fulltext/2009/08005/Youth\\_Resistance\\_Updated\\_Position.2.aspx](https://journals.lww.com/nsca-jscr/fulltext/2009/08005/Youth_Resistance_Updated_Position.2.aspx).
  17. Voet NB, Kooi ELV, Engelen BGV, et al. Strength training and aerobic exercise training for muscle disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2019 [acesso em 2022 abr 2]; (12). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003907.pub5>.
  18. Agostini M, Moja L, Banzi R, et al. Telerehabilitation and recovery of motor function: a systematic review and meta-analysis. *J Telemed Telecare.* 2015 [acesso em 2022 abr 2]; 21(4):202-213. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1357633X15572201>.
  19. Novak I, Morgan C, Fahey M, et al. State of the evidence traffic lights 2019: systematic review of interventions for preventing and treating children with cerebral palsy. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2020 [acesso em 2022 abr 2]; 20(2):1-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11910-020-1022-z>.
  20. Rosenbaum P, King S, Law M, et al. Family-centred service: A conceptual framework and research review. *Phys Occup Ther Pediatr.* 1998 [acesso em 2022 abr 2]; 18(1):1-20. Disponível em: [https://doi.org/10.1080/J006v18n01\\_01](https://doi.org/10.1080/J006v18n01_01).
  21. Sobierajska-Rek A, Małski Ł, Jabłońska-Brudło J, et al. Establishing a telerehabilitation program for patients with Duchenne muscular dystrophy in the COVID-19 pandemic. *Wien. Klin. Wochenschr.* 2021 [acesso em 2022 abr 10]; 133(7):344-350. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01786-8>.

---

Recebido em 22/04/2022

Aprovado em 17/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Código de financiamento 001

# Repercussões da pandemia da Covid-19 em crianças do Ensino Fundamental

## *Repercussions of the COVID-19 pandemic on Elementary School children*

Andréia Vedana Romanzini<sup>1</sup>, Letícia Thomasi Jahnke Botton<sup>1</sup>, Aline Groff Vivian<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E513

**RESUMO** A saúde mental infantil no contexto da pandemia precisa ser observada com atenção devido a maior vulnerabilidade emocional dessa população. Objetivou-se conhecer as questões emocionais e comportamentais vivenciadas pelas crianças durante o período da pandemia da Covid-19, conforme a percepção dos pais. Buscou-se identificar as necessidades emocionais e psicológicas das crianças em idade escolar, matriculadas no Ensino Fundamental I, com idades entre seis e dez anos, de duas escolas privadas de um município do Vale do Caí/RS. Estudo qualitativo, cujas entrevistas foram realizadas por meio da plataforma Google Meet. Os dados foram gravados e transcritos, submetidos à análise de conteúdo qualitativa de Bardin, com auxílio do QRS NVivo. Os resultados foram organizados em duas categorias: percepção dos pais acerca das necessidades emocionais infantis; e aspectos promotores da saúde mental para as crianças durante o período de distanciamento social da pandemia da Covid-19. As crianças estiveram sujeitas a desenvolver ansiedade, entre outros comportamentos acionados pelo distanciamento social, tais como tristeza, agressividade e medo. Porém, estratégias de promoção da saúde, brincadeiras, passeios ao ar livre, em áreas verdes aos quais as famílias tinham acesso, e o diálogo adotado por parte dos pais colaboraram para a promoção da saúde mental das crianças.

**PALAVRAS-CHAVE** Crianças. Distanciamento social. Covid-19. Aprendizagem. Saúde mental.

**ABSTRACT** *Children's mental health in the context of the pandemic needs to be carefully observed due to the emotional vulnerability of this population. This study aimed to know the emotional and behavioral issues experienced by children during the period of the COVID-19 pandemic, as perceived by their parents. We sought to identify the emotional and psychological needs of school-age children, enrolled in elementary school I, aged 6 to 10 years, from two private schools in a city in Vale do Caí/RS. This is a qualitative study, whose interviews were conducted through the Google Meet platform. The data were recorded and transcribed, submitted to Bardin's qualitative content analysis, with the aid of QRS NVivo. The results were organized into two categories: Perception of parents about children's emotional needs; and aspects promoting of mental health for children during the period of social distancing in the COVID-19 pandemic. Children were prone to developing anxiety, among other behaviors triggered by social withdrawal, such as sadness, aggression, and fear. However, health promotion strategies, playing, outdoor strolls in green areas to which families had access, and the dialogue adopted by the parents collaborated to promote the children's mental health.*

**KEYWORDS** *Children. Social withdrawal. COVID-19. Learning. Mental health.*

<sup>1</sup>Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGProSaúde) - Canoas (RS), Brasil.  
anromanzini@gmail.com



## Introdução

Desde o início de 2020, o mundo tem enfrentado um colapso com a pandemia da infecção do novo coronavírus. Para tentar conter o avanço da pandemia, foi adotado o distanciamento social; e, por causa disso, ocorreu o fechamento de escolas e centros de educação infantil. Tal medida de segurança foi realizada em nível mundial, no entanto, o que protege a saúde física pode causar inúmeros prejuízos à saúde mental. As crianças foram privadas da socialização com seus pares, fundamental para favorecer aprendizados importantes para o desenvolvimento humano, como experiências lúdicas, interações presenciais, cooperação, compartilhamento de decisões, convivência com as diferenças, aprendizagens relacionadas com o controle dos impulsos, lidar com as frustrações, entre outros<sup>1</sup>.

A morte ou a ameaça desta passaram a ser um assunto enfatizado, seja por meio das mídias, seja, até mesmo, presencialmente, nos ambientes domésticos, associado a uma hipervigilância por parte das crianças<sup>2</sup>. A iminência de morte é vista como algo imprevisível, não sendo possível o seu controle, o que pode desencadear ansiedade, medos e desamparo vivenciados pelas crianças<sup>3</sup>.

A saúde mental infantil no contexto da pandemia, em função do distanciamento ou do isolamento social, deve ser observada com atenção devido à vulnerabilidade emocional. Estudo mostrou que o confinamento de 220 milhões de crianças e adolescentes chineses em casa, incluindo 180 milhões de estudantes de escolas primárias e secundárias e 47 milhões da pré-escola, provocou impactos psicológicos importantes, por estarem sujeitos a estressores, como duração prolongada, frustração e tédio, medo de infecção, lacunas de contato pessoal com colegas, amigos e professores, informações inadequadas, falta de espaço pessoal em casa e perda financeira familiar<sup>4</sup>.

Um estudo realizado pelo Núcleo Ciência Pela Infância apurou que a pandemia teve impactos diretos e indiretos na vida das crianças:

entre março de 2020 e setembro de 2021, 867 crianças de até 4 anos e 194 crianças entre 5 e 5 anos de idade morreram devido à Covid-19<sup>5</sup>. O mesmo estudo apontou que 273 adolescentes entre 10 e 14 anos de idade e 808 entre 15 e 19 anos de idade perderam suas vidas devido a essa doença. Com relação às vacinas, 22,7% das crianças com baixo nível socioeconômico e 15% das crianças com nível socioeconômico maior deixaram de ser vacinadas naquele período.

Uma revisão sistemática da literatura, incluindo 63 estudos, apontou associação entre solidão e problemas mentais e que, quanto maior o tempo de solidão, maior a propensão de desenvolver depressão em longo prazo, principalmente entre crianças e adolescentes. Contudo, solidão e distanciamento social não significam a mesma coisa. O papel da escola e do convívio social entre os estudantes se torna fator de proteção às doenças mentais em tempos de pandemia<sup>6</sup>.

Estudo do Cenário da Exclusão Escolar no Brasil – um alerta sobre os impactos da pandemia da Covid-19 na Educação, realizado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) em parceria com o Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária (Cenpec Educação), em abril de 2021, mostrou que mais de 5 milhões de brasileiros entre 6 e 17 anos não tiveram acesso à educação no Brasil em novembro de 2020, número este próximo ao que o País apresentou no início dos anos 2000. O mesmo estudo apontou que, em 2019, quase 1,1 milhão entre crianças e adolescentes em idade escolar estavam fora da escola no Brasil. Ou seja, o aumento da exclusão escolar foi bastante relevante, sendo a maioria dessas pessoas pretas, pardas e indígenas, somando mais de 70% do total<sup>7</sup>.

Uma pesquisa gaúcha realizada a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com 8 responsáveis por crianças entre 7 e 12 anos de idade apontou para o surgimento de agentes estressores, como separação e confinamento com as famílias nucleares, aprofundamento

da insegurança laboral, interrupção de rituais, perda do lazer e inadequação do espaço doméstico<sup>8</sup>. Nesse estudo qualitativo, os entrevistados relataram sentimentos de perda da liberdade, medo, preocupação, solidão, frustração, tédio, impotência, desamparo, confusão, conflitos familiares, e que o processo de ensinar e aprender passou a ser desgastante. Por outro lado, surgiram resultados benéficos para as crianças, como responsabilidade, valorização da escola, contato físico e solidariedade.

Conforme a Cartilha de Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia COVID-19 da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), as crianças estão suscetíveis às repercussões psicossociais da pandemia. Dentre as medidas praticadas por autoridades sanitárias para conter o avanço do contágio da Covid-19, destaca-se o distanciamento social, agravado pelo fechamento de escolas, o qual interferiu na rotina e nas relações interpessoais das crianças<sup>9</sup>. As crianças podem ser impactadas pelas dificuldades financeiras enfrentadas por seus familiares, por enfermidades, por hospitalização e pela morte de pessoas próximas, o que pode acarretar complicações para a sua percepção de segurança.

As crianças sentiram os impactos da pandemia, especialmente, pela suspensão das aulas presenciais. Mesmo que brincar seja algo prazeroso e fundamental, elas necessitam do contato com os colegas, os professores e o ambiente escolar<sup>10</sup>. Um estudo realizado em Shaanxi, na China, com 320 crianças e adolescentes, por meio de questionários on-line, respondidos pelos pais e/ou cuidadores, apontou os seguintes resultados: 36% apresentaram dependência excessiva dos pais; 32%, desatenção; 29%, preocupações; 21%, problemas de sono; 18%, falta de apetite; 14%, pesadelos; 13%, desconforto e agitação<sup>2,11</sup>.

Outro estudo transversal realizado, de forma on-line, na China, com uma amostra de 2.330 estudantes entre 7 e 18 anos de idade, no período de fevereiro a março de 2020, mostrou que os sintomas de ansiedade e depressão em crianças e adolescentes estavam aumentados

quando comparados aos números anteriores à pandemia<sup>12</sup>. Foram citados ansiedade de separação, medo de lesão física, fobia social, transtorno do pânico e ansiedade generalizada. Entre os aspectos relacionados ao aumento da depressão, esteve elencada a redução das atividades ao ar livre e de interação social.

Um estudo qualitativo realizado em Portugal, com 23 participantes, na faixa etária entre 4 e 18 anos de idade, demonstrou que as crianças e os adolescentes participantes da pesquisa se sentiam tristes, aborrecidos, chateados, zangados e com saudades. Os autores ainda destacaram a importância de orientar os pais no que se refere a compreendê-los diante de suas dificuldades no processo de trabalho remoto, dar atenção aos filhos, ajudá-los nas atividades escolares, afazeres domésticos; a relevância de terem seu próprio espaço e darem espaço às crianças; a necessidade de atividades físicas, entre outras demandas que surgiram no dia a dia, para que os pais interagissem de forma a facilitar a esperança no futuro de seus filhos.

A saúde mental infantil pode ser afetada de diversas formas durante a pandemia. Alterações de comportamento e humor costumam se apresentar por meio de tristeza, medo, ansiedade, desânimo, insônia, raiva e estresse. Uma revisão integrativa da literatura com sete artigos publicados em plataformas internacionais, no período de janeiro a julho de 2020, apontou que os motivos que levaram as crianças a agir dessa forma podem ser variados. O adoecimento e a perda de familiares, o afastamento da escola e dos entes queridos pelo isolamento social, até a crise financeira enfrentada pelos pais e o uso prolongado da internet são alguns dos motivos que podem afetar a saúde mental infantil<sup>13</sup>. É preciso pensar no pós-pandemia e planejar ações para lidar com os impactos desse período na geração que o vivenciou.

O impacto da pandemia pode causar efeitos diretos e indiretos na infância segundo apontou um estudo da Fiocruz, sendo os diretos, as manifestações clínicas

da Covid-19, e os indiretos, os prejuízos no ensino, na socialização e no desenvolvimento; o afastamento do convívio familiar ampliado, o estresse causando aumento de sintomas de depressão e ansiedade; o aumento da obesidade e o exagero no uso das mídias/telas<sup>9</sup>. Alguns autores sugerem que o estresse nas fases iniciais do desenvolvimento infantil pode induzir alterações na capacidade do eixo Hipotálamo Pituitária-Adrenal (HPA) em responder ao estresse na vida adulta<sup>14</sup>. É na fase infantil que surge a maior parte dos transtornos mentais, com 50% de todos os transtornos mentais iniciados até os 14 anos segundo a Organização Mundial da Saúde<sup>15</sup>.

Em revisão bibliográfica de caráter descritivo com estudos disponíveis nas plataformas SciELO, PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 2015 a 2020, em línguas portuguesa e inglesa, com total de 11 artigos analisados, constatou-se que o distanciamento social causado pela pandemia aumenta a incidência de prejuízos à saúde mental, assim como desordens no comportamento infantil<sup>16</sup>. As crianças estão sujeitas a modificações estruturais na vida, tais como distanciamento, restrição do convívio social com familiares e amigos, mudanças na rotina escolar com redução da socialização, o que pode ocasionar modificações de humor, sintomas de estresse pós-traumático, depressão ou ansiedade, destacando-se ainda o luto pelos familiares.

A escola é vista como importante rede de apoio para muitas crianças. No entanto, durante o período de pandemia, elas foram levadas a se afastar desse local do ensino, da socialização, do afeto e do cuidado, perdendo o contato direto com colegas e amigos. Algumas crianças e adolescentes tiveram a oportunidade de seguir com o processo de aprendizagem por meio das plataformas digitais, porém, outras, foram obrigadas a interromper totalmente as aulas por não possuírem os recursos necessários para tal processo. A escola é o segundo microsistema para o desenvolvimento e aprendizagem infantil, por essa razão, qualquer alteração no ambiente escolar

pode gerar estresse e ansiedade<sup>17</sup>. Durante este período, os pais atuam como correguladores e exemplos de como agir diante das demandas e eventos estressores que ocorrem durante a infância e a adolescência<sup>3</sup>. Os cuidados parentais de suporte às crianças caracterizados por afetividade, encorajamento, reciprocidade, responsividade, ensino e comunicação podem promover a parentalidade positiva ou pró-desenvolvimento, fundamentais no contexto da pandemia da Covid-19<sup>18</sup>.

Diante do exposto, com vista à promoção da saúde mental de escolares pertencentes ao nível fundamental I de educação no contexto de distanciamento social gerado pela pandemia do Covid-19, este estudo teve como objetivo identificar as necessidades psicológicas e emocionais das crianças na percepção dos pais. Buscou-se averiguar, também, os eventuais impactos no desenvolvimento com relação às experiências vivenciadas nesse período.

## Material e métodos

Trata-se de estudo de caráter qualitativo, descritivo com delineamento transversal. Participaram 18 mães e 2 pais de 22 crianças que frequentavam o Ensino Fundamental I, com idades entre 6 e dez anos, que estudavam na rede privada de um município do Vale do Caí/RS. Sendo as escolas localizadas no centro da cidade. Foram incluídos os genitores que realizaram trabalho em *home office*, com filhos sem transtornos do neurodesenvolvimento, e excluídos os pais e/ou responsáveis que receberam algum tipo de apoio profissional com relação às crianças durante a pandemia da Covid-19.

As entrevistas foram conduzidas pela plataforma Google Meet durante o período de abril a setembro de 2021. Das 22 crianças, 3 estavam no primeiro ano; 5, no segundo ano; 8, no terceiro ano; 3, no quarto ano; e 3, no quinto ano Fundamental I. Mesmo com entrevistas no formato on-line, muitos outros pais convidados não aceitaram participar do

estudo alegando a falta de tempo, o que não possibilitou equiparar o número de crianças em cada ano por escola.

Antes de iniciar o procedimento de coleta, foi realizado um contato prévio com a direção das duas escolas privadas, com vistas a obter o contato dos pais ou responsáveis. Foi utilizada uma ficha sociodemográfica para caracterização dos participantes quanto ao grau de instrução do respondente, estado civil, profissão, idade, o nome da escola em que a criança estava matriculada e idade do filho. O roteiro da entrevista foi elaborado a fim de compreender a percepção parental sobre as repercussões do período de distanciamento social para as crianças.

Os participantes que preencheram os critérios de inclusão foram abordados por e-mail, com entrevista agendada e encaminhados para uma sala virtual na qual receberam explicação sobre o estudo, seu objetivo, além de informações relacionadas com os princípios éticos. Após o aceite, os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por meio do Google Forms. Na sequência, ocorreu a aplicação da ficha de dados sociodemográficos e, posteriormente, foi realizada a entrevista pela plataforma Google Meet, com um tempo médio de duração estimado em 50 minutos cada.

As entrevistas foram gravadas em vídeo digital e transcritas posteriormente. Os dados resultantes das entrevistas foram analisados por meio da análise de conteúdo e organizadas nas seguintes categorias: Percepção dos pais acerca das necessidades emocionais infantis; e Aspectos promotores da saúde mental para as crianças durante o período de distanciamento social da pandemia da Covid-19<sup>19</sup>. A análise foi realizada com o auxílio do *software* QSR NVivo versão 10<sup>20</sup>.

Os resultados foram analisados em três etapas, sendo a primeira delas a pré-análise, em que o material coletado, neste caso, os depoimentos dos pais participantes, foram organizados de modo a responder ao objetivo geral da pesquisa, para elucidar a interpretação

final do estudo<sup>19</sup>. A segunda etapa foi a exploração sistemática do material, em função das categorias apresentadas anteriormente. Na terceira etapa, os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, de forma que pudessem elucidar as informações, para que fossem feitas as inferências e as interpretações obtidas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), sob o nº 4.565.877 e Certificado de Apresentação e Apreciação Ética – CAAE sob o nº 40720020.8.000.5349. Foram assegurados aos participantes do estudo: o anonimato e o direito à recusa na participação, livre de qualquer dano, exposição ou constrangimento. A pesquisa foi conduzida respeitando os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep), que aborda as exigências éticas e científicas fundamentais dos estudos envolvendo seres humanos, visando assegurar os direitos e os deveres do participante. Os materiais coletados ficaram sob a responsabilidade da pesquisadora da instituição, e as gravações geradas pelas entrevistas on-line foram armazenadas em um *pendrive*, sendo este arquivado na sala 124 do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGProSaúde) durante o prazo de cinco anos e após o qual será descartado.

## Resultados

Foram organizadas duas categorias derivadas das falas dos participantes e da literatura: Percepção dos pais acerca das necessidades emocionais infantis; e Aspectos promotores da saúde mental para as crianças durante o período de distanciamento social da pandemia da Covid-19.

Os dados sociodemográficos dos participantes demonstraram que a maioria dos entrevistados, 18 (90,9%), foram as mães, e

que 2 (9,1%) foram os pais. Em sua maioria, 15 (80%), eram casados ou em união estável; 4 (15%) se declararam solteiras; e 1 (0,5%), separada. Desse total, 19 (95,5%) concluíram o ensino médio, 15 (77,3%) concluíram o ensino superior, e 3 (17,6%) possuem pós-graduação. Com relação ao número de filhos, 8 (36,4%)

tinham 1 filho, e 12 (63,6%) tinham 2 filhos, totalizando 22 crianças do Ensino Fundamental I, com idades entre 6 e 10 anos.

O quadro 1 abaixo apresenta os participantes de acordo com idade, nível de escolaridade, estado civil do respondente, seguido de idade e escolaridade da criança.

Quadro 1. Dados sociodemográficos dos participantes

Aluno	Idade	Escola	Série	Profissão do respondente	Respondente	Estado Civil	Idade
P1	10	A	5 <sup>ª</sup>	Assistente Financeiro/Sup. Comp.	Mãe	casada	37
P1	6	A	1 <sup>ª</sup>	Assistente Financeiro/Sup. Comp.	Mãe	casada	37
P2	9	A	3 <sup>ª</sup>	Assistente Adm./Sup. Comp.	Mãe	separada	42
P3	9	A	4 <sup>ª</sup>	Advogada/ Sup. Comp.	Mãe	solteira	51
P4	8	A	3 <sup>ª</sup>	Empresário/ Sup. Incomp.	Pai	casado	35
P5	7	A	2 <sup>ª</sup>	Professora/Sup. Comp.	Mãe	casada	43
P6	6	B	1 <sup>ª</sup>	Enfermeira/Sup. Comp.	Mãe	casada	36
P7	7	A	2 <sup>ª</sup>	Professor/Mestrado	Pai	casado	50
P8	7	B	2 <sup>ª</sup>	Consultora de Vendas/Sup. Comp.	Mãe	casada	37
P9	7	B	2 <sup>ª</sup>	Psicóloga/Sup. Comp.	Mãe	casada	42
P10	8	B	3 <sup>ª</sup>	Professora/Pós-Graduação	Mãe	solteira	35
P11	10	B	5 <sup>ª</sup>	Pedagoga/Sup. Comp.	Mãe	casada	36
P12	10	B	5 <sup>ª</sup>	Professora/Sup. Incomp.	Mãe	casada	37
P13	8	A	2 <sup>ª</sup>	Agente de viagens/Fundamental	Mãe	casada	29
P14	8	B	3 <sup>ª</sup>	Professora/Sup. Comp.	Mãe	casada	36
P15	8	B	3 <sup>ª</sup>	Engenheira Mecânica/Sup. Comp.	Mãe	solteira	36
P16	9	B	3 <sup>ª</sup>	Funcionária Pública/Técnico	Mãe	casada	46
P17	9	B	3 <sup>ª</sup>	Enfermeira/Sup. Comp.	Mãe	solteira	53
P18	10	A	4 <sup>ª</sup>	Coorden. Pedagógica/Mestranda	Mãe	casada	37
P19	6	B	1 <sup>ª</sup>	Aux. Saúde Bucal/Técnico	Mãe	casada	30
P20	8	B	3 <sup>ª</sup>	Trader/Sup. Comp.	Mãe	casada	39

Fonte: elaboração própria.

## Percepção dos pais acerca das necessidades emocionais infantis

Esta categoria refletiu a percepção dos pais diante das necessidades emocionais de seus filhos durante o distanciamento social imposto pela pandemia da Covid-19.

Os pais evidenciaram o medo apresentado por seus filhos em contrair a Covid-19 ou que

algun membro da família contraísse conforme expressões a seguir:

*Medo da vó morrer, o medo de eu ficar doente. (P01).*

*Medo da COVID, mas o medo seria de contrair ou passar para mim ou passar para a mana. (P02).*

*Ele tem muito medo. Ele não anda sem máscara de jeito nenhum. (P06).*

*Mãe, vamos embora que o pessoal tá sem máscara. Mãe, os adolescentes estão aglomerados, vamos embora. Vamos para casa, vamos sair daqui. O pessoal não se cuida. (P06).*

*Medo de ficar doente. (P08).*

*O medo de perder alguém, de alguém ficar doente da nossa família. (P09).*

*Ela tem medo de contrair, tem medo que os familiares dela pegarem. (P10).*

*Ela tem muito medo, é toda hora passando álcool. (P12).*

*Medo de sair ou medo de se contaminar. (P14).*

*Ela agora não tem dormido no quarto dela depois de grande...daqui a pouco pelo medo de perder, né, ela dorme com nós. (P15).*

Diante do exposto, destacou-se o medo das crianças e adolescentes em se contaminarem com a Covid-19 e transmitirem aos seus familiares<sup>22</sup>. Corrobora-se ainda o que a literatura aponta que fatores de estresse associados ao medo propiciado pela perda ou pela separação dos cuidadores podem causar sofrimento mental imediato ou em longo prazo nas crianças, incluindo maior propensão ao desenvolvimento de transtornos de humor e outros quadros mais graves na idade adulta<sup>21</sup>. Esses sentimentos podem acarretar insegurança e aumentar os níveis de ansiedade vivenciados pelas crianças.

Alguns pais relataram alterações no sono das crianças, como fica evidenciado por meio das suas falas:

*Dificuldades de sono, mas eu vejo isso ligado a esse excesso de tecnologia, entendeu. Tipo, muito jogo, muito jogo virtual, muito vídeo muito desenho. (P03).*

*A gente percebeu que o sono ficou diferente, Ele custava pra dormir e acordava de noite, fora do normal assim. (P18).*

*Alterou muito a questão do sono, eles perderam aquela rotina de deitar cedo, deitar na hora. (P19).*

*Eu acho que na questão do sono um pouco, teve um período ali que eles estavam, meio agitados. (P20).*

Nesse sentido, o distanciamento social ao qual crianças e adolescentes foram submetidos gerou neles sentimentos de solidão com efeitos na saúde mental expressos em sintomas de ansiedade, depressão, distúrbios no sono e no apetite<sup>23</sup>.

Foram evidenciados sintomas de ansiedade nas crianças de acordo com relatos dos pais entrevistados:

*Ele ficou mais ansioso, mais agitado, foi bem difícil fazer as tarefas da escola. (P06).*

*Eu notei que ele mais agitado, mais ansioso assim. (P08).*

*Ansiedade de querer voltar, de querer sair pra rua, de querer ver os colegas, os amigos (P15).*

*Ficou bastante ansioso com relação à escola. (P16).*

*Ela teve herpes, enormes assim, de nervosa. (P19).*

*Mais ansioso, mais explosivo, assim, um pouco mais irritado. (P20).*

Nessa fase do neurodesenvolvimento infantil, faixa etária que envolve o Ensino Fundamental I, as crianças estão mais vulneráveis a eventos de estresse devido à compreensão limitada da situação, à incapacidade ou dificuldade de formar estratégias de enfrentamento e à dificuldade em expressar seus sentimentos e angústias<sup>24</sup>. O distanciamento social e as alterações emocionais infantis causadas por estresse psicológico, ansiedade, medo e preocupação têm aumentado as adversidades

funcionais ou comportamentais nas crianças, como mostram os dados do Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância, em que foram apontados os seguintes sinais: 36% de dependência excessiva dos pais; 32% de desatenção; 29% de preocupação; 21% de problemas no sono; 18% de falta de apetite; 14% de pesadelos; e 13% de desconforto e agitação<sup>25</sup>.

No que diz respeito ao comportamento das crianças durante o período de distanciamento social, os pais relataram desde regressão, agitação, tristeza, aumento de irritabilidade e comportamentos agressivos até sintomas físicos como dores de cabeça e de barriga:

*Houve uma regressão, uma infantilização em alguns aspectos. (P07).*

*Ela tá mais triste em relação algumas questões da escola. (P09).*

*Impaciente, porque ela queria brincar com alguém. (P10).*

*De ficar irritada em casa [...] comer [...] ela sempre foi muito magrinha [...] mas eu vi assim que ela transferiu para comida [...] ela dizia assim 'eu não aguento mais. Daí vinha dor de cabeça, vinha dor de barriga'. (P12).*

*Hiperativa, é hiperativa, assim, inquieta. (P13).*

*Ela ficou mais agitada [...] mais carente, birrenta. (P14).*

*Agressivo, explosivo. (P15).*

*Ele se irritava e qual é o descontrole dele, é o choro, o que a gente viu era, assim, essa impaciência dele. (P17).*

*Ele ficou mais sensível, tinha que cuidar o jeito que, às vezes, falava com ele. (P19).*

*Ela ficou mais ansiosa, com uma irritabilidade bem maior. (P20).*

O período da infância e da adolescência é a fase em que os circuitos neuronais dos jovens estão mais vulneráveis às influências experimentadas pelo contexto vivenciado, gerando impactos no seu comportamento<sup>26</sup>. De acordo com tal perspectiva, refere-se que o distanciamento social imposto pela pandemia da Covid-19 pode ter interferido nas potencialidades das crianças, dificultando a obtenção de novas habilidades e capacidades, podendo ocasionar prejuízos também às interações e às relações interpessoais dos jovens, as quais são importantes na infância e na adolescência<sup>13</sup>.

Os pais puderam evidenciar o sofrimento dos filhos diante da saudade dos amigos durante o período em que as crianças não tiveram acesso às aulas presenciais conforme as seguintes falas:

*Não ter esse contato na escola, com colegas não foi sofrido. (P03).*

*[...] ele chorava e dizia que ele tinha saudade dos colegas de aula [...]. (P06).*

*Ele tava muito triste, aí a gente via que ele tava triste. Ele chorava porque queria encontrar os amigos. (P15).*

*Vontade de encontrar colega pra brincar. (P18).*

*Ele chorava que queria ir pra escola. (P19).*

Na pesquisa realizada, produziram-se questionamentos com relação ao nível de estresse das crianças durante a pandemia, indicando que o comportamento e o humor infantil sofreram modificações durante esse período<sup>27</sup>. Dessa forma, os pais relataram que as crianças demonstraram maior irritabilidade, maior frustração e que apresentavam um menor limiar de paciência. Os genitores também relataram que as crianças ficaram tristes por não manterem contato presencial com seus amigos e familiares, apontando para o fato de os filhos não

lidarem bem com o tédio. Destacou-se que o comportamento dos jovens se relacionou com as mudanças abruptas na rotina deles devido à necessidade do fechamento das escolas<sup>27</sup>.

As dificuldades na adaptação ante as atividades escolares foi uma fala trazida, frequentemente, pelos pais conforme evidenciado:

*O rendimento dele baixou com relação às notas, em relação à própria aprendizagem dele... a concentração é péssima. (P02).*

*O que ela não gostou foi a questão da aula online, ela não se adaptou, não gostou... Eu vi sofrimento na aula online [...]. (P03).*

*Depois do terceiro mês [...] um pouco irritado, já não prestava mais tanto atenção, com o tempo nós até contratamos uma ex-professora dele. (P07).*

*Via mais ela triste em relação a algumas questões da escola... quando ela não estava muito a fim na aula de copiar eu copiava num quadro, pra ela copiar de mim, pra gente fazer uma brincadeira de escola. Então a gente trabalhava as resistências dela, né, com outros recursos. (P09).*

*Em função do ensino a gente vai ficar um pouco atrasado, né? bastante, assim. Tudo é muito retornado e volta atrás e retoma. (P12).*

*Na aula remota não deu pra aprender praticamente nada... ela teve várias crises de choro... a gente não tem esse... conhecimento pra poder ensinar. (P13)*

*Na hora da aula, enfim, às vezes ela não queria entrar, ela não parava quieta, sabe. Tipo, pra escrever no caderno era uma briga. (P16).*

*Ficou um pouco prejudicado com relação ao conteúdo. (P18).*

*Ele não gostava nem um pouco da aula on-line. (P20).*

Assim, longos períodos fora da escola podem trazer prejuízos à saúde mental e ao processo de aprendizagem das crianças, bem como ser relacionado com o prejuízo na saúde emocional e cognitiva, além de afetar o bem-estar na vida de crianças e adolescentes<sup>28</sup>. Estudos corroboram a referência piagetiana no que diz respeito ao processo de aquisição do conhecimento, propondo interpretar a criança como um sujeito capaz de produzir o seu próprio conhecimento<sup>29</sup>. Nesse sentido, é fundamental que lhe sejam oferecidos meios adequados de desenvolvimento.

Em sua maioria, os pais não possuem o conhecimento pedagógico para propiciar um processo de aprendizagem acadêmica ideal aos seus filhos. Estudos sugerem que, no contexto educacional, os efeitos causados pelas aulas on-line para as crianças em fase de alfabetização podem ser gerados pelas fragilidades nas condições de acesso; além disso, a falta de interação escolar e o despreparo pedagógico dos pais podem vir a ser amenizados mediante ampliação da formação em docência, aumento da carga horária escolar, intensificação da busca ativa, materiais adequados para a recuperação das aprendizagens no contexto escolar e domiciliar<sup>30</sup>.

Entre todas as dificuldades apresentadas pelas crianças, nesse período do distanciamento social, os pais apontaram como principais fatores para o prejuízo na saúde mental dos filhos sentimentos de insegurança e medo:

*Essa insegurança tenha sido para eles talvez o maior problema. (P04).*

*A falta dos amigos, dele brincar e eu acho que foi mais complicado pra ele. (P06).*

*Falta de convivência com outras pessoas. (P08).*

*O medo de perder alguém, de alguém ficar doente da nossa família. O medo sempre. (P09).*

*Distanciamento social. A liberdade, querendo ou não nós perdemos a liberdade.* (P10).

*Função do ensino.* (P12).

*Medo da perda, angústia [...] a insegurança* (P14).  
*A falta da socialização.* (P15).

*Essa falta de contato.* (P16).

*A questão do estresse.* (P18).

*A questão de aprendizado das crianças mesmo... eles não absorveram nada praticamente.* (P19).

As escolas não apenas atuam como espaços de aprendizagem de saberes científicos, mas também consistem em importantes influenciadoras das habilidades sociais que uma criança necessita aprender. É por meio dos conhecimentos sociais que as crianças adquirem habilidades para desenvolver comunicação, cooperação, engajamento em atividades e relações sociais com seus amigos, familiares e professores<sup>31,32</sup>.

O desenvolvimento das habilidades sociais é um fator importante para que as crianças e os adolescentes possam se relacionar e interagir em diferentes ambientes, permitindo que lidem com os seus sentimentos, saibam como agir diante de uma agressão e consigam manejar situações de estresse<sup>31,32</sup>. No entanto, todos esses fatores foram influenciados pelo distanciamento social no contexto pandêmico<sup>32</sup>. Dessa forma, evidenciou-se que as mudanças ocorridas nas vidas cotidianas de crianças e adolescentes no cenário da pandemia passaram a incluir o medo da infecção, o tédio, o estresse, o desamparo, o reduzido contato com os amigos, a falta de atividades e a frustração como fatores capazes de provocar repercussões desfavoráveis para a saúde mental e o desenvolvimento infantil<sup>33</sup>.

A seguir, serão expostos os aspectos percebidos pelos pais como promotores de saúde mental para as crianças em idade escolar.

## Aspectos promotores da saúde mental para as crianças durante o período de distanciamento social da pandemia da Covid-19

Esta categoria descreveu as percepções dos pais acerca dos aspectos promotores da saúde mental de seus filhos durante o período do distanciamento social gerado pela pandemia da Covid-19, bem como os aspectos favoráveis em função desse distanciamento.

Um fator importante apontado pelos pais na promoção da saúde mental de seus filhos foi o acompanhamento psicológico que as crianças puderam fazer conforme relatos:

*Ela faz terapia há mais de um ano com uma psicóloga [...].* (P03).

*Já faz acompanhamento de uma psicóloga desde os três anos.* (P07).

*Agora que a psicóloga tá atendendo ele.* (P17).

*E ela fazia também acompanhamento com a psicopedagoga.* (P19).

*Durante a pandemia ele estava indo na psicóloga.* (P20).

Pesquisadores do Núcleo Ciência Pela Infância elaboraram a cartilha 'Repercussões da Pandemia de COVID19 no Desenvolvimento Infantil', que apontou que a resposta emitida pela criança a um estímulo do ambiente em que está inserida depende de sua condição cognitiva e emocional, e tal condição está relacionada com os adultos que a cercam<sup>5</sup>. O estresse se desenvolve a partir do confronto entre alguma situação desconfortável e os recursos que a criança dispõe para lidar com eles. Pode ser difícil para uma criança avaliar uma situação e acionar os recursos saudáveis para enfrentá-la. É fundamental que os pais compreendam as reações expressadas pela criança, para, assim, auxiliar em seu desenvolvimento e autopercepção das próprias emoções. As

crianças percebem a realidade de forma diferenciada dos adultos, o que se aplica também às questões da pandemia<sup>9</sup>. Faz-se necessário observar como elas comunicam seus sofrimentos e pesares, e a psicoterapia infantil pode facilitar a expressão dos sentimentos por meio de verbalizações, brincadeiras e desenhos, fazendo com que a criança elabore estratégias de cuidado específicas para ela.

Os pais relataram a importância de manter uma rotina adequada apesar de todo o contexto de instabilidade e mudanças como apresentado a seguir em seus relatos:

*Eu gosto de manter uma certa rotina, dorme no mesmo horário, acorda no mesmo horário, dificilmente a gente muda a nossa rotina, a não ser nos finais de semana. (P04).*

*Então ele tinha a rotina de estudos dele igual [...] tinha hora, tinha que escovar o dente, botava uniforme, sempre fazia tudo, como se tivesse indo, só não estava indo pra escola, né. (P08).*

*Eu não deixo ela ficar no celular, ela tem uma hora por dia pra jogar, ou de manhã ou de noite ela pode escolher. (P10).*

*Ele manteve a rotina. (P15).*

Destaca-se a importância em tentar manter a rotina escolar, apontando que esta possa ser realizada em clima de tranquilidade, respeitando as orientações pedagógicas adequadas, com exigências e pressões apropriadas para a família, sem cobranças excessivas aos filhos<sup>34</sup>.

Com relação às atividades recreativas, muitos pais entrevistados apontaram como sendo um recurso benéfico e estimulador do bem-estar de seus filhos, como podemos observar em suas falas:

*A gente criou umas rotinas para fazer atividade física, né, nós quatro. Aí cada dia inventava alguma coisa, aí inventamos até coisa de artesanato, fomos pro Youtube catar o que nós íamos fazer né. (P08).*

*Um jogo de tabuleiro, brincar de boneca, Ele gosta muito de música, a gente foi pro pátio brincar com jogo de cabra cega, boliche. (P09).*

*Ela tem uma égua, ela anda na égua, a cavalo. (P10).*

*Ele andava de bicicleta na rua, então ele nunca ficou preso [...] ele ia junto com meu marido pra ajudar, porque a gente tem vaca de leite. (P11).*

*Planta aqui em casa nessa pandemia, todo mundo sabe plantar. (P12).*

*Pra rua pra brincar na calçada [...] a gente ia pra algum mato [...] a gente pedala, então a gente ia andar de bicicleta em algum lugar ou ia em algum campo. (P15).*

*Os dois brincavam às vezes juntos, deixava eles brincar na rua é no brincar que eles estão aprendendo, na chácara, caminhava lá e brincava com os guris, acabava brincando num espaço mais aberto. (P18).*

*O final de semana a gente saía pra remar. A gente pegava as pranchas e ia pro rio. (P19).*

*As idas pro sítio né. Que jogava futebol, brincava, essas coisas. Eu acho que as idas no sítio foram o que mais ajudou, na minha opinião. (P20).*

Conforme estudos, a manutenção da rotina pode auxiliar a criança a sustentar a sua estabilidade e equilíbrio<sup>35</sup>. A brincadeira foi a atividade infantil preferida, independentemente do ambiente em que estão inseridas. É por meio do brincar que a criança desenvolve seus conhecimentos e aumenta a interação com seus pares, incrementando, dessa forma, suas habilidades de lidar com as próprias expectativas e frustrações, aprendendo a conviver em grupo e a expor seus sentimentos. A realização de atividades físicas em suas residências durante o período de distanciamento social, em que as crianças estavam fora do ambiente escolar, foi um fator importante que diminuiu

a possibilidade de a criança desenvolver ansiedade<sup>21</sup>. Os dados desta pesquisa mostram que crianças que não praticaram algum tipo de atividade física tinham 1,37 mais chance de terem ansiedade quando comparadas às que realizaram atividades quaisquer.

Alguns pais trouxeram como diferencial, no contexto do isolamento da pandemia, o fato de residirem fora dos grandes núcleos de aglomerações, com acesso a áreas verdes, como segue:

*Eu tinha comprado e tinha botado lá na casa da minha mãe uma pracinha, eu dei pra ele de Natal no ano passado. Eu disse que aquilo foi a minha salvação nesta pandemia. (P06).*

*A gente mora é bem tranquilo, não tem movimento. (P08).*

*A gente mora numa chácara, ela ficava na rua brincando andando de bici, de balanço. (P10).*

*A gente mora no interior, então ele estava um pouco livre, né, não estava totalmente preso. (P11).*

*A gente mora mais retirado. (P12).*

Existem comprovações de que possibilitar o acesso de crianças, jovens e famílias a espaços naturais diversos e aconchegantes pode trazer contribuições para a recuperação de sua saúde e bem-estar, assim como o fortalecimento de vínculos e das conexões sociais<sup>36</sup>. As áreas verdes são alternativas baseadas na natureza não apenas em funções ambientais, mas também para a melhoria da saúde pública<sup>7</sup>. A Sociedade Brasileira de Pediatria reconhece o direito de a criança brincar ao ar livre, em contato com a natureza, como sendo fundamental para diversos marcos do desenvolvimento infantil<sup>37</sup>.

Foi quase unânime, nas falas dos entrevistados, a questão do reencontro familiar durante esse período, do quanto, apesar das dificuldades externas, as famílias conseguiram aproveitá-lo para se fortalecer conforme apresentado:

*Foi uma oportunidade de conviver mais com as minhas filhas. (P05).*

*A gente conseguiu dar mais atenção pra ele [...] eu acho que a vida ficou menos corrida... curtir mais a função família pequena. (P06).*

*Nós ficávamos muito mais tempo juntos do que ficávamos antes, foi importante até para nós nos conhecermos mais, nos relacionarmos melhor e entender um ao outro. (P07).*

*Ficar mais tempo junto e se conhecer melhor. (P08).*

*A gente se conheceu mais, a gente conseguiu perceber mais coisas dela. (P09).*

*Tinha tempo pra pentear o cabelo dela, sabe, tirava o tempo pra fazer coisas com ela, pra enxergar melhor a nossa família. (P10).*

*A gente ter mais momentos juntos. (P13).*

*A gente reaprendeu a conviver todos juntos dentro de um espaço, no qual a gente só dividia ele, principalmente, no final do dia ali, no noturno. Então a gente voltou a fazer as refeições juntos. (P14).*

*Poder ficar mais perto e acompanhar esse ano dele assim, desenvolvimento e acompanhar ele na escola, acompanhar o aprendizado dele, foi muito bom. (P15).*

*Eu acho que ele cresceu muito com o relacionamento com o pai dele, acho que isso veio a calhar. (P18).*

*A questão dos laços afetivos, eles se fortaleceram mais. Vejo tanto como marido e mulher e mãe e filhos, eu acho que por a gente estar juntos. (P18).*

*A gente ficou mais ativo, mais informado da rotina deles, escolar de todos os eventos, porque antes a gente acabava tendo que pedir mais ajuda, a babá se envolvia mais, a minha mãe. (P20).*

Destaca-se que um relacionamento entre pais e filhos, em que se sintam mais próximos,

pode propiciar bem-estar mental tanto para as crianças como para os genitores<sup>38</sup>. Em concordância com estudo, a comunicação efetiva dos pais com as crianças, de acordo com sua idade e capacidade de compreensão, mostra evidências positivas<sup>21</sup>. Nesse sentido, tais estudos mostraram a importância para a saúde e o bem-estar da criança promovidos por diálogos com o intuito de escutar e entender os sentimentos e a percepção infantil acerca da Covid-19. O tempo compartilhado em família constitui um importante mediador perante as longas horas de trabalho. Independentemente das atividades praticadas entre pais e filhos, o mais importante foi a qualidade do tempo juntos<sup>39,40</sup>. Além disso, a disponibilidade emocional dos pais contribui para a promoção da saúde psicológica, além das capacidades de adaptação e funcionalidade da criança<sup>41</sup>.

## Considerações finais

Conforme relatado nas entrevistas, os maiores impactos do distanciamento social para a saúde mental infantil percebidos pelos pais se deram em relação à aprendizagem das crianças: quanto menores em idade, proporcionalmente, maiores foram as dificuldades escolares. Alguns pais apontaram como prejudicial o distanciamento social ao qual os filhos foram submetidos, uma vez que não puderam interagir com os colegas e os familiares. Os impactos observados por eles em função desse distanciamento foram manifestados por meio dos comportamentos infantis na forma de ansiedade, irritabilidade, tristeza e medos, entre outros sintomas físicos, como dores de cabeça e de barriga.

Como aspecto promotor da saúde mental para as crianças durante o período de distanciamento social da pandemia, foi observada a relação familiar vivenciada. O grupo pesquisado não relatou nenhuma perda de entes próximos devido à pandemia da Covid-19, bem como não foram apresentadas dificuldades financeiras no período. Cabe destacar uma condição favorável por serem crianças estudantes das duas

únicas escolas privadas localizadas no centro do pequeno município. Por se tratar de uma cidade afastada dos grandes centros urbanos, com mais áreas verdes, fora das grandes metrópoles, as crianças tiveram mais acesso às áreas abertas, como parques e a própria área externa das casas. A maioria das residências possuía pátios ou as famílias tinham acesso ao interior e contato com animais. Esse foi um fator promotor de saúde ressaltado por boa parte dos entrevistados que passavam os finais de semanas em sítios próprios ou de parentes. Outro fator importante foi pela razão de algumas crianças estarem em acompanhamento psicológico. Foi possível verificar que os impactos do distanciamento social nessa população foram abrandados pelas estratégias adotadas pelas famílias.

Este estudo limitou-se a um grupo seletivo de pais em função da dificuldade em realizar as entrevistas, uma vez que estas foram semiestruturadas, demandando maior tempo por parte dos respondentes. No entanto, elas foram bastante ricas nos conteúdos trazidos pelos genitores que concordaram em participar. Novos estudos no contexto pós-pandêmico, com estudantes de áreas rurais e urbanas, podem lançar luz às repercussões desse período para as crianças, colaborando para o planejamento de estratégias promotoras da saúde mental dessa população.

## Colaboradoras

Romanzini AV (0000-0002-1134-0620)\* contribuiu para concepção, planejamento, delineamento do estudo, pesquisa de campo, entrevistas, interpretação dos dados, revisão bibliográfica, compilação de dados e escrita acadêmica. Botton LTJ (0000-0003-0286-3670)\* contribuiu para concepção, planejamento, revisão periódica do estudo e revisão final para submissão. Vivian AG (0000-0003-2628-629X)\* contribuiu para concepção e delineamento do estudo, revisão crítica do conteúdo do artigo e aprovação da versão final a ser submetida para publicação. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Linhares MBM, Enumo SRF. Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. *Estudos de Psicologia*. 2020 [acesso em 2021 set 2]; 37:e200089. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e20-0089>.
2. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020 [acesso em 2020 out 19]; (7):547-60. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
3. Skinner EA, Zimmer-Gembeck MJ. The development of coping: stress, neurophysiology, social relationships, and resilience during childhood and adolescence. New York: Springer; 2016.
4. Wang G, Zhang Y, Zhao J, et al. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *The Lancet*. 2020 [acesso em 2021 out 2]; 395(10228):945-47. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X).
5. Núcleo Ciência Pela Infância. Repercussões da Pandemia de COVID-19 no Desenvolvimento Infantil. NCPI; 2020 [acesso em 2021 dez 12]; 6-39. Disponível em: <https://ncpi.org.br/publicacoes/wp-pandemia/>.
6. Ho CS, Chee CY, Ho RC. Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Beyond Paranoia and Panic. *Ann Acad Med Singap*. 2020; 49(3):155-60.
7. Sugar S. The Necessity of Urban Green Space for Children's Optimal Development. New York: UNICEF; 2021. [acesso em 2022 jan 23]. Disponível em: <https://www.unicef.org/documents/necessity-urban-green-space-childrens-optimal-development>.
8. Rosa SFE. Famílias com crianças em fase escolar na pandemia. Santa Cruz do Sul: UNISC; 2021.
9. Fundação Oswaldo Cruz. Crianças na Pandemia COVID19: Saúde mental e atenção psicossocial na Pandemia COVID19. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020.
10. Dutra JLC, Carvalho NCC, Saraiva TAR. Os efeitos da pandemia de COVID-19 na saúde mental das crianças. *Pedagogia em Ação*. 2020 [acesso em 2020 nov 14]; 13(1):293-301. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/pedagogiacao/article/view/23772/16788/>.
11. Jiao WY, Wang LN, Liu J, et al. Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic. *J Pediatr*. 2020 [acesso em 2020 out 30]; (221):264-66. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7127630/>.
12. Xinyan Xie BA, Qi Xue MPH, Yu Zhou BA, et al. Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatr*. 2020 [acesso em 2020 out 24]; 174(9):898-900. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2765196>.
13. Aydogdu ALF. Children's mental health during the pandemic caused by the new coronavirus: integrative review. *J Health NPEPS*. 2020 [acesso em 2021 set 8]; 5(2):1-17. Disponível em: <https://periodicos.une-mat.br/index.php/jhnpaps/article/view/4891>.
14. Sprang G, Silman M. Posttraumatic stress disorder in parents and youth after health-related disasters. *Disaster Med. an Public Health Preparedness*. 2013 [acesso em 2021 out 28]; 7(1):105-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/dmp.2013.22>.
15. Laboissière P. Metade dos casos de transtorno mental surge até os 14 anos, alerta OMS. Agência Brasil. Brasília, DF: EBC; 2018.
16. Mata IRSD, Dias LSC, Saldanha CT, et al. As implicações da pandemia do COVID-19 na saúde mental e no comportamento das crianças. 2020 [acesso em 2021 nov 10]; 10(3):1-5. Disponível em: <https://cdn>.

[publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/rp280121a08.pdf](https://publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/rp280121a08.pdf).

17. Bronfenbrenner U. Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humano. Porto Alegre: Artmed; 2011.
18. Moratori P, Ciacchini R. Children and the COVID-19 transition: psychological reflections and suggestions on adapting to the emergency. *Clinic Neuropsychiat*. 2020 [acesso em 2021 nov 10]; 17(2):131-34. Disponível em: <https://doi.org/10.36131/CN20200219>.
19. Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução de Luís A. Reto e Augusto Pinheiro. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2009.
20. NVivo. Qualitative Data Analysis Software (Version 10). 2012. Doncaster, Victoria: QSR International Pty Ltd; 2012.
21. Liu JJ, Bao Y, Huang X, et al. Mental health considerations for children quarantined because of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020; 4(5):347-49.
22. Saurabh K, Ranjan S. Compliance and Psychological Impact of Quarantine in Children and Adolescents due to Covid-19. *Pandemic Indian J Pediatr*. 2020; 87(7):532-36.
23. Yoshikawa H, Wuerml AJ, Britto PR, et al. Effects of the Global Coronavirus Disease-2019 Pandemic on Early Childhood Development: Short- and Long-Term Risks and Mitigating Program and Policy Actions. *J Pediatr*. 2020; (233):188-93.
24. Imran N, Zeshan M, Pervaiz Z. Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19. *Pandemic. Pak J Med Sci*. 2020 [acesso em 2021 out 15]; (36):67-2. Disponível em: <https://www.pjms.org.pk/index.php/pjms/article/view/2759>.
25. Comitê Científico do Núcleo Ciência Pela Infância. Repercussões da Pandemia de COVID19 no Desenvolvimento Infantil. ed. esp. São Paulo: NCPI; 2020. [acesso em 2021 out 7]. Disponível em: <http://www.ncpi.org.br>.
26. Santos R, Celeri E. Rastreamento de problemas de saúde mental em crianças pré-escolares no contexto da atenção básica à saúde. *Rev Paul Pediat*. 2018; 36(1):82-90.
27. Carroll N, Sadowski A, Laila A, et al. The Impact of COVID-19 on Health Behavior, Stress, Financial and Food Security among Middle to High Income Canadian Families with Young Children. *Nutrients*. 2020 [acesso em 2021 out 2]; 12(8):2352. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2072-6643/12/8/2352/pdf>.
28. Morgan K, Melendez-Torres GJ, Bond A, et al. Socio-economic inequalities in adolescent summer holiday experiences, and mental wellbeing on return to school: analysis of the school health research network/health behaviour in school-aged children survey in Wales. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; (16):1107.
29. Ferreiro E, Teberoksy A. Psicogênese da Língua Escrita. Tradução de Diana Myriam Lichtenstein, Liana Di Marco e Mário Corso. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
30. Queiroz MGD, Sousa FGAD, Paula GQD. Educação e Pandemia: impactos na aprendizagem de alunos em alfabetização. *Ensino em Perspect*. 2021; 2(4):1-9.
31. Macedo A, Medina G. O que dizem os estudos brasileiros sobre o relacionamento interpessoal no ambiente escolar: Uma revisão de literatura. *Rev. Psico FAE: Pluralidades em Saúde Mental*. 2017; 6(1):93-114.
32. Siqueira A, Freire C. A influência da tecnologia no desenvolvimento infantil. *Rev. FAROL*. 2019; 8(8):22-39.
33. Araújo JNG. Infância e pandemia. *Cad Administr*. 2020 [acesso em 2021 out 24]; 28:114-21. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CadAdm/article/view/53733/751375150147>.
34. Almeida RS, Brito AR, Alves ASM, et al. Pandemia de COVID-19: guia prático para promoção da saúde mental de crianças e adolescentes. *Resid Pediat*. 2020; 10(2):1-4.

35. Bispo CCL, Bispo LB, Oscar BSL. Inventário dos jogos e brincadeiras: a manifestação da cultura lúdica infantil. *Diversitas J.* 2020 [acesso em 2020 abr 22]; 5(1):500-22. Disponível em: [https://periodicos.ifal.edu.br/diversitas\\_journal/article/view/1040](https://periodicos.ifal.edu.br/diversitas_journal/article/view/1040).
36. Chawla L. Benefits of Nature Contact for Children. *J Plann Liter.* 2015 [acesso em 2021 dez 13]; 30(4):433-52. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/08854122155-95441/doi:10.1177/0885412215595441>.
37. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação - Benefícios da Natureza no Desenvolvimento de Crianças e Adolescentes. São Paulo: SBP; 2019. [acesso em 2021 nov 5]; Disponível em: [https://criancaenatureza.org.br/wp-content/uploads/2019/05/manual\\_orientacao\\_sbp\\_cen.pdf](https://criancaenatureza.org.br/wp-content/uploads/2019/05/manual_orientacao_sbp_cen.pdf).
38. Russell B, Hutchison M, Tambling R, et al. Initial challenges of caregiving during COVID-19: Caregiver burden, mental health, and the parent-child relationship. *Child Psych Human Development.* 2020; 51(5):671-82.
39. Bass B, Butler AB, Grzywacz JG, et al. Do jobs demands undermine parenting? A daily analysis of spillover and crossover effects. *Family Relations.* 2009 [acesso em 2021 out 12]; 58(2):201-15. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1741-3729.2008.00547.x>.
40. Roeters A, Van Houdt K. Parent-child activities, paid work interference, and child mental health. *Family Relat.* 2019 [acesso em 2021 out 12]; 68(2):232-45. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/fare.12355>.
41. Gökçe G, Yılmaz B. Emotional availability of parents and psychological health: What does mediate this relationship? *J adult dev.* 2018 [acesso em 2021 out 27]; (25):37-47. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10804-017-9273-x>.

---

Recebido em 24/03/2022

Aprovado em 03/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código de Financiamento 001

# Perfil sociodemográfico e farmacoepidemiológico de crianças infectadas pelo HIV

*Sociodemographic and pharmacoepidemiology profile of HIV infected children*

Leticia Mara Marca<sup>1</sup>, Frederico Alves Dias<sup>2</sup>, Débora Bauer Schultz<sup>1</sup>, Doroteia Aparecida Höfelmann<sup>1</sup>, Yanna Dantas Rattmann<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E514

**RESUMO** A terapia antirretroviral interfere na replicação do vírus HIV, impede a progressão da infecção para a Aids e previne a mortalidade precoce das crianças infectadas. Esta pesquisa investigou o perfil sociodemográfico e os parâmetros relacionados com o tratamento antirretroviral das crianças HIV positivas residentes no estado do Paraná. Trata-se de um estudo observacional descritivo e analítico realizado com dados secundários do ano de 2020 referentes às crianças com até 12 anos de idade. Foram investigados: perfil, prevalência, medicamentos em uso, abandono da terapia, resistência e supressão viral. Foram identificadas 148 crianças, com uma prevalência igual a 8,1/100 mil no Paraná. Apesar de todas as crianças diagnosticadas com HIV terem iniciado o tratamento, 17,2% encontravam-se em abandono da terapia antirretroviral. Entre as crianças que permaneciam em tratamento, 9,8% não atingiram a supressão viral e suas cargas virais comumente ultrapassavam mil cópias virais/mL. Houve um predomínio de esquemas medicamentosos provavelmente prescritos após falhas terapêuticas. Os resultados indicam que o Paraná apresenta bons resultados quanto ao início rápido da terapia e à supressão viral das crianças. Entretanto, existe um número considerável de abandonos da terapia e de falhas terapêuticas, indicando a necessidade de reforçar a vinculação desta população aos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE** HIV. Terapia antirretroviral de alta atividade. Crianças. Carga viral. Farmacorresistência viral.

**ABSTRACT** *Antiretroviral therapy interferes with the replication of the HIV virus, stops the progression of infection, and prevents early mortality in infected children. This research investigated the sociodemographic profile and parameters related to the antiretroviral treatment of HIV positive children living in the state of Paraná. This is a descriptive observational and analytical study, carried out with secondary data from the year 2020, referring to children up to 12 years of age. The profile, prevalence, medicines in use, treatment abandonment, viral resistance, and viral suppression were investigated. A total of 148 children were identified, with a prevalence equal to 8.1/100,000 in Paraná. All infants had begun their treatment, but 17.2% abandoned it. Among children who remained on treatment, 9.8% did not achieve viral suppression and their viral loads commonly exceeded 1000 viral copies/mL. There was a predominance of drug regimens probably prescribed after treatment failures. The results indicate that Paraná presents good results in terms of rapid initiation of therapy and viral suppression in children. However, there is a considerable number of abandonments of therapy and therapeutic failures, indicating the need to strengthen the link between this population and health services.*

**KEYWORDS** HIV. Antiretroviral therapy, highly active. Child. Viral load. Drug resistance, viral.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba (PR), Brasil.  
yannadr@gmail.com

<sup>2</sup>Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR), Centro de Medicamentos do Paraná (Cemepar) - Curitiba (PR), Brasil.



## Introdução

A principal forma de infecção pelo HIV em crianças é a transmissão vertical, a qual ocorre durante a gestação, o parto ou a amamentação<sup>1</sup>. Por terem um sistema imunológico ainda em desenvolvimento, as crianças apresentam uma elevada taxa de replicação viral, com consequente depleção das células TCD4+, acúmulo de mutações virais de resistência e rápida evolução clínica para a Aids<sup>2</sup>. Na ausência do tratamento antirretroviral, 50% das crianças falecem antes dos 2 anos de idade, sendo o pico da mortalidade entre 2 e 3 meses de vida<sup>3</sup>. Para conter a progressão da infecção pelo HIV e atingir a supressão viral, é necessário garantir o acesso aos antirretrovirais, alcançar uma adesão de, no mínimo, 95% à terapia<sup>4</sup> e vincular as pessoas diagnosticadas aos serviços de saúde para o acompanhamento longitudinal da terapia<sup>5</sup>.

No Brasil, o acesso aos medicamentos antirretrovirais é gratuito e garantido pela Lei nº 9.313 de 1996<sup>6</sup>. Além disso, o País se tornou a primeira nação de renda média a disponibilizar os antirretrovirais sem custo a todas as pessoas infectadas pelo HIV<sup>7</sup>.

Nesse contexto, o ‘Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes (PCDT)’ do Ministério da Saúde<sup>5</sup> preconiza o esquema inicial de antirretrovirais composto por três fármacos de diferentes classes terapêuticas: dois Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeo (ITRN) e um que pode pertencer à classe dos Inibidores de Protease (IP), Inibidores de Integrase (INI) ou Inibidores de Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeo (ITRNN)<sup>5</sup>. Todas essas classes farmacológicas são contempladas no elenco de medicamentos antirretrovirais do Sistema Único de Saúde<sup>5</sup>.

Apesar do acesso aos antirretrovirais, as crianças enfrentam diversos obstáculos para conter o progresso da doença. Dentre estes, destacam-se: peculiaridades da resposta imune na infância; necessidade de cuidadores; menor

diversidade de fármacos antirretrovirais com segurança avaliada para essa população; poucas formulações desenvolvidas para uso na infância, com boa palatabilidade e tamanho de fácil deglutição; além da complexidade dos esquemas e especificidades de armazenamento de alguns antirretrovirais<sup>8</sup>. Esses fatores dificultam o tratamento e contribuem para o abandono da terapia antirretroviral, resultando em morbidade e mortalidade precoces das crianças<sup>9</sup>.

Em 2015, foi proposta uma meta mundial para contribuir com o fim da epidemia da Aids, a meta 90-90-90<sup>10</sup>. Esta visa diagnosticar 90% das pessoas que vivem com HIV, tratar 90% das pessoas infectadas, e suprimir a Carga Viral (CV) de 90% das pessoas em uso da terapia antirretroviral<sup>3</sup>. Essa meta inclui também as crianças com HIV, porém existem esforços paralelos específicos para essa população, a exemplo do combate à infecção vertical, da intensificação da oferta de antirretrovirais, da aceitação e da retenção no tratamento, além do estímulo ao desenvolvimento de formulações de medicamentos mais eficazes e adequados à infância<sup>11</sup>.

Em vista disso, esta pesquisa teve como propósito caracterizar o perfil sociodemográfico das crianças HIV positivas do estado do Paraná e obter informações sobre parâmetros relacionados com a terapia antirretroviral dessa população, supressão viral, resistência viral, abandono da terapia e medicamentos em uso.

## Material e métodos

A população do estudo foi constituída por todas as crianças de zero a 12 anos de idade incompletos diagnosticadas com HIV no estado do Paraná. Essa escolha foi baseada no ‘Estatuto da Criança e do Adolescente’<sup>12</sup>, que considera crianças os indivíduos com idade entre zero e 12 anos incompletos. A escolha dessa faixa etária para o estudo também foi motivada pela necessidade do uso de esquemas antirretrovirais específicos para crianças até

os 12 anos. A partir dessa idade, conforme o PCDT do Ministério da Saúde, são prescritos os mesmos esquemas de medicamentos antirretrovirais disponíveis para os adultos<sup>13</sup>.

Trata-se de um estudo observacional descritivo – e, em parte, analítico –, com informações referentes ao período de janeiro a dezembro de 2020, do estado do Paraná. Os dados secundários foram coletados a partir de relatórios provenientes de quatro sistemas informatizados de acompanhamento de pessoas vivendo com HIV/Aids: o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel), o Sistema de Monitoramento Clínico das Pessoas vivendo com HIV/Aids (SIMC) e o Sistema de Controle de Exames e Genotipagem (Sisgeno). Esses sistemas são de acesso restrito, e a coleta ocorreu em parceria com o Centro de Medicamentos do Paraná (Cemepar) da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (Sesa-PR).

O Paraná, um dos três estados localizados na região Sul, tem 10,4 milhões de habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) igual a 0,749 e divide-se administrativamente em 22 Regionais de Saúde (RS)<sup>14</sup>. Essas regionais são identificadas como: 1ª RS – Paranaguá; 2ª RS – Metropolitana de Curitiba; 3ª RS – Ponta Grossa; 4ª RS – Irati; 5ª RS – Guarapuava; 6ª RS – União da Vitória; 7ª RS – Pato Branco; 8ª RS – Francisco Beltrão; 9ª RS – Foz do Iguaçu; 10ª RS – Cascavel; 11ª RS – Campo Mourão; 12ª RS – Umuarama; 13ª RS – Cianorte; 14ª RS – Paranavaí; 15ª RS – Maringá; 16ª RS – Apucarana; 17ª RS – Londrina; 18ª RS – Cornélio Procópio; 19ª RS – Jacarezinho; 20ª RS – Toledo; 21ª RS – Telêmaco Borba; e 22ª RS – Ivaiporã. No Paraná, existem 39 Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM)<sup>15</sup>, que são locais de referência para a obtenção dos medicamentos antirretrovirais para todas as pessoas infectadas pelo HIV no estado<sup>13</sup>. Além da oferta de antirretrovirais, as UDM também dispõem medicamentos indicados para o tratamento de infecções oportunistas e efeitos colaterais manifestados com o uso de antirretrovirais,

bem como produtos que visam prevenir as infecções sexualmente transmissíveis<sup>16</sup>.

Dos relatórios provenientes dos sistemas acessados, foram coletados dados sociodemográficos (sexo, idade, cor da pele, regional de saúde), número de crianças com HIV que não haviam iniciado seu tratamento (GAP de tratamento), CV, ocorrência de abandono da terapia, resistência aos antirretrovirais e medicamentos antirretrovirais em uso.

A prevalência foi calculada por meio da divisão do número de crianças HIV positivas pelo número total de crianças residentes no local. Os números absolutos de crianças com até 12 anos foram adquiridos nos cadernos municipais do Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (Iparades)<sup>17</sup>. Os valores foram calculados para o estado do Paraná e, também, para suas 22 RS.

Para a obtenção da proporção do abandono da terapia antirretroviral, foram consideradas em abandono da terapia as crianças para as quais não havia registro de dispensação de medicamentos há mais de 100 dias nas UDM do estado. Para essas crianças, foram analisadas suas variáveis sociodemográficas, tempo de abandono de terapia antirretroviral e local da sua UDM de referência para obtenção desses medicamentos. As crianças declaradas em óbito no Siclom e no Siscel seriam removidas da contagem. Porém, não houve nenhum óbito declarado nesses sistemas para as crianças incluídas no estudo. Cabe salientar que esses sistemas não cruzam automaticamente as informações com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Portanto, as UDM dependem das informações providas por outros serviços de saúde e pelos familiares das crianças. Dessa forma, existe risco de alguma criança contabilizada em abandono de terapia ter ido a óbito. Isso consiste em uma limitação deste estudo.

Também foram analisados dados referentes à supressão viral. Entende-se por supressão viral o valor de CV inferior ou igual a 50 cópias de RNA viral/mL de sangue, tal como proposto no PCDT do Ministério da Saúde<sup>5</sup>. Para

as crianças que não alcançaram a supressão viral, foram investigadas suas características sociodemográficas e ocorrência de resistência aos antirretrovirais, com identificação das classes terapêuticas.

Os esquemas terapêuticos em uso pelas crianças foram identificados e distribuídos em dois grupos principais: a) esquemas iniciais ou b) esquemas ajustados (em decorrência de necessidades específicas das crianças, ou após falha terapêutica). Essa divisão foi elaborada com base no proposto pelo PCDT<sup>5</sup>. Os esquemas que apresentavam exclusivamente a combinação de medicamentos proposta pelo protocolo como início de tratamento (tanto preferenciais quanto alternativos) foram enquadrados em esquemas iniciais. Esses esquemas são as combinações constituídas pelos seguintes fármacos: zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC) + lopinavir com reforço de ritonavir (LPV/r); AZT + 3TC + nevirapina (NVP); abacavir (ABC) + 3TC + LVP/r; ABC + 3TC + raltegravir (RAL); tenofovir (TDF) + 3TC + efavirenz (EFZ), AZT + 3TC + EFZ. Os esquemas de início de tratamento variam de acordo com a idade da criança<sup>5</sup>. Em uma avaliação simplificada, as combinações de fármacos que diferiram destas, considerando aqui também a duploterapia e a monoterapia, foram categorizadas como esquemas ajustados.

No PCDT, os esquemas recomendados para as crianças variam conforme a idade. Nesta avaliação, as relações entre idade e esquema foram desconsideradas, uma vez

que o esquema prescrito pode apresentar resultados favoráveis após anos de uso contínuo, não havendo a necessidade de alterá-lo exclusivamente em função da idade<sup>5</sup>.

O processamento dos dados ocorreu com o auxílio do *software* Excel<sup>®</sup> 2016. Foram utilizadas ferramentas da estatística descritiva, como frequências absolutas, relativas, médias, valores mínimo e máximo.

As comparações foram realizadas pelo *software* Stata<sup>®</sup> versão 14. Realizou-se uma regressão logística para investigar a relação entre as variáveis de sexo, faixa etária e cor de pele com o abandono de terapia antirretroviral e CV superior a 50 cópias de RNA viral/mL de sangue. Foram calculados o Odds Ratio (OR), o valor de p e o Intervalo de Confiança de 95% para cada uma das variáveis.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (parecer nº 2.620.673) e do Hospital do Trabalhador da Sesa-PR (parecer nº 2.674.606) sob o número CAAE: 82936318.3.3001.5225.

## Resultados

Em 2020, foram identificadas 148 crianças com até 12 anos de idade no estado do Paraná. Prevaleram as crianças do sexo feminino (58,8%), na razão de 1,4 menina para cada menino, e faixa etária entre 5 e 8 anos (média 6,7 anos e desvio-padrão igual a 3,2) (*tabela 1*).

Tabela 1. Características sociodemográficas das crianças menores de 12 anos vivendo com HIV no estado do Paraná no ano de 2020

Variável		N	%
Sexo	Feminino	87	58,8
	Masculino	61	41,2
Faixa etária	0 a 4 anos	41	27,7
	5 a 8 anos	55	37,2
	9 a 12 anos	52	35,1
Cor	Amarela	3	2,0
	Branca	110	75,3

Tabela 1. (cont.)

Variável		N	%
Cor	Indígena	1	0,7
	Parda	25	16,9
	Preta	7	4,7
	Não informado	2	1,4

Fonte: elaboração própria.

N: número total de indivíduos.

Todas as crianças diagnosticadas com HIV já haviam iniciado o tratamento antirretroviral. Entretanto, entre as 148 crianças, 26 encontravam-se em abandono da terapia antirretroviral (17,6%). Entre estas, predominavam as brancas (65,4%), com 5 a 8 anos (média 6,8 anos e desvio-padrão igual a 3,1), com idade mínima de 2 e máxima de 11 anos, igualmente distribuídas entre os sexos (50%) (tabela 2).

Tabela 2. Características sociodemográficas, tempo sem uso de antirretrovirais e localização das Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) de referência para as crianças menores de 12 anos que se encontravam em situação de abandono da terapia

Variável		N	%	%p
Sexo	Feminino	13	50	14,9
	Masculino	13	50	21,3
Faixa etária	0 a 4 anos	7	26,9	17,1
	5 a 8 anos	11	42,3	20
	9 a 12 anos	8	30,8	15,4
Cor	Amarela	2	7,7	66,7
	Branca	17	65,4	15,5
	Indígena	1	3,8	100
	Parda	5	19,2	20
	Preta	1	3,8	14,3
Tempo em abandono	Até 1 ano	10	38,5	
	Entre 1 e 2 anos	9	34,6	
	Mais de 2 anos	7	26,9	
Habitam na mesma cidade da UDM	Sim	7	26,9	
	Não	19	73,1	

Fonte: elaboração própria.

N: número total de indivíduos; %p: porcentagem de crianças na categoria entre o total de crianças analisadas.

Ao investigar a proporção de crianças em abandono da terapia em relação ao total de crianças HIV positivas no Paraná, observa-se uma maior proporção do sexo masculino (21,3%) quando comparado ao sexo feminino (14,9%), além do predomínio das crianças com

pele não branca (25%) (tabela 2). A maioria dessas crianças (73,1%) residiam em cidades sem UDM e tinham seus antirretrovirais dispensados em outros municípios.

Identificou-se um maior risco de abandono da terapia antirretroviral pelas crianças do

sexo masculino (OR = 1,54), com idades entre 5 e 8 anos (OR = 1,21) e não brancas (OR = 1,82). Apesar disso, nenhuma das variáveis apresentou significância estatística (tabela 2).

O tempo decorrido desde o abandono da terapia antirretroviral variou de 100 a 2.770 dias. Predominaram as crianças com até um ano de abandono de terapia (média de 253,7 dias, com desvio-padrão igual a 80), correspondendo a 38,5% da amostra (tabela 2).

No estado do Paraná, 90,2% de todas as crianças em tratamento antirretroviral alcançaram a supressão viral. Entre as que não atingiram, predominaram crianças com idades entre 5 e 8 anos (média de 7 anos e desvio-padrão de 2,9), do sexo feminino (58,3%). Todavia, quando considerada

a população total do estudo, o sexo masculino apresentou um leve predomínio (tabela 3). Os fatores de risco identificados para não atingir a supressão viral foram ser do sexo masculino (OR = 1,02), ter idade entre 5 e 8 anos (OR = 1,55) e cor não branca (OR = 1,59), mas nenhum apresentou significância estatística.

Entre as crianças que não alcançaram a supressão viral, 50% tinham CV superior a mil cópias de RNA viral/mL de sangue, todas apresentaram vírus com mutações e 58,3% exibiram vírus resistentes a até três classes farmacológicas de antirretrovirais (tabela 3). As classes que mostraram o maior número de crianças com vírus resistentes foram a ITRN e a ITRNN (tabela 3).

Tabela 3. Características sociodemográficas e parâmetros laboratoriais das crianças menores de 12 anos de idade que não alcançaram a supressão viral no estado do Paraná no ano de 2020

Variável		N	%	%p
Sexo	Feminino	7	58,3	8,1
	Masculino	5	41,7	8,2
Faixa etária	0 a 4 anos	3	25	7,3
	5 a 8 anos	6	50	10,9
	9 a 12 anos	3	25	5,8
Cor ou raça	Branca	8	66,7	7,3
	Parda	3	25	12
	Preta	1	8,3	14,3
Carga Viral	Até 100 cópias	2	16,7	
	De 100 a 500 cópias	3	25	
	De 500 a 1.000 cópias	1	8,3	
	Mais de 1.000 cópias	6	50	
Apresentam mutações virais de resistência	Sim	7	58,3	
	Não	5	41,7	
Resistência contra as classes farmacológicas*	ITRN	5	41,7	
	ITRNN	6	50	
	IP	1	8,3	

Fonte: elaboração própria.

N: número total de indivíduos; %p: porcentagem de crianças na categoria entre o total de crianças analisadas. ITRN: Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeo; ITRNN: Inibidores de Transcriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeo; IP: Inibidores de Protease.

\*Algumas crianças foram consideradas duas vezes, pois possuíam mais de uma mutação ou resistência.

A prevalência de crianças com HIV no estado do Paraná correspondeu a 8,1/100 mil. As regionais que apresentaram as maiores taxas foram: Toledo (13,7), Cascavel (12,2), Umuarama (11,8) e Paranaguá (11,3), enquanto as regionais de Paranaíba e Cornélio Procópio exibiram os menores valores, de 2,3 e 2,7 a cada 100 mil crianças. A regional de Cianorte foi a única que não apresentou nenhuma criança com HIV (*tabela 4*).

A RS Metropolitana apresentou a maior proporção de crianças em abandono da terapia antirretroviral do Paraná, porém, a maior prevalência foi identificada na regional de Ivaiporã. As regionais Metropolitana e Cascavel apresentaram as maiores proporções de crianças com CV não suprimida, e as maiores prevalências ocorreram nas regionais de Cascavel e Umuarama (*tabela 4*).

Tabela 4. Prevalência de crianças menores de 12 anos que vivem com HIV nas Regionais de Saúde do estado do Paraná no ano de 2020, e Regionais de Saúde com as maiores prevalências de crianças em abandono da terapia antirretroviral e com carga viral não suprimida

Regional de Saúde	N	%	Prevalência (100.000)*
<b>População total do estado</b>			
1ª - Paranaguá	6	4,1	11,3
2ª - Metropolitana	56	37,8	9,9
3ª - Ponta Grossa	11	7,4	9,6
4ª - Irati	1	0,7	3,3
5ª - Guarapuava	5	3,4	5,6
6ª - União da Vitória	2	1,4	6,1
7ª - Pato Branco	3	2	6,3
8ª - Francisco Beltrão	4	2,7	6,9
9ª - Foz do Iguaçu	5	3,4	6,8
10ª - Cascavel	11	7,4	12,2
11ª - Campo Mourão	2	1,4	3,6
12ª - Umuarama	5	3,4	11,8
13ª - Cianorte	0	0	0
14ª - Paranaíba	1	0,7	2,3
15ª - Maringá	5	3,4	4,4
16ª - Apucarana	4	2,7	7
17ª - Londrina	12	8,1	8,4
18ª - Cornélio Procópio	1	0,7	2,7
19ª - Jacarezinho	2	1,4	4,2
20ª - Toledo	8	5,4	13,7
21ª - Telêmaco Borba	3	2	8,4
22ª - Ivaiporã	1	0,7	4,1
<b>Abandono da terapia antirretroviral</b>			
1ª - Paranaguá	1	3,9	1,9
2ª - Metropolitana	19	73,1	3,4
8ª - Francisco Beltrão	2	7,7	3,5
17ª - Londrina	2	7,7	1,4

Tabela 4. (cont.)

Regional de Saúde	N	%	Prevalência (100.000)*
21ª - Telêmaco Borba	1	3,9	2,8
22ª - Ivaiporã	1	3,9	4,1
<b>Carga viral não suprimida</b>			
2ª - Metropolitana	3	25	0,5
3ª - Ponta Grossa	2	16,7	1,8
5ª - Guarapuava	1	8,3	1,1
9ª - Foz do Iguaçu	1	8,3	1,4
10ª - Cascavel	3	25	3,3
12ª - Umuarama	1	8,3	2,4
15ª - Maringá	1	8,3	0,9

Fonte: elaboração própria.

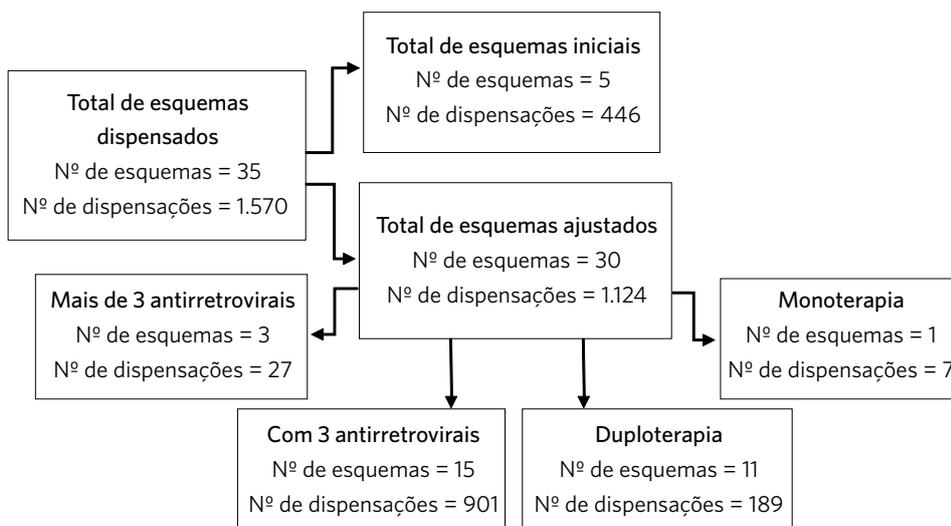
N: número total de indivíduos.

\*A prevalência foi calculada por meio da razão do número de crianças HIV positivas em cada regional pelo total de crianças daquele local.

Foram identificados 14 fármacos combinados em 35 diferentes esquemas em uso pelas crianças com HIV do Paraná no ano de 2020. Somente seis esquemas, 17,1% do total, eram de primeira linha, prescritos em início de tratamento. A razão entre os esquemas iniciais e os esquemas após falha foi de 1:2,4. Entre os esquemas após falha, prevaleceram aqueles compostos por três fármacos antirretrovirais,

em diversas combinações de classes farmacológicas; entretanto, também foram identificados esquemas com mais de três fármacos antirretrovirais, esquemas com duploterapia (tratamento com dois fármacos) e monoterapia (tratamento com um único fármaco). Além disso, foram contabilizados os números de dispensações de cada esquema para as crianças no período considerado (figura 1).

Figura 1. Representação dos esquemas de tratamento antirretroviral dispensados ao longo do ano de 2020 para as crianças menores de 12 anos que vivem com HIV no estado do Paraná



Fonte: elaboração própria.

## Discussão

Neste estudo, houve um predomínio de crianças com HIV do sexo feminino. Porém, esse dado pode estar associado, ao menos em parte, à maior mortalidade, por causas diversas, dos indivíduos do sexo masculino entre zero e 14 anos no estado do Paraná e no Brasil<sup>18</sup>.

No País, houve um predomínio de casos de HIV em menores de 5 anos no período de 2007 a 2020, na faixa etária de zero a 14 anos<sup>19</sup>. Esse dado se mostra diferente do identificado nesta pesquisa no Paraná, uma vez que a população de zero a 4 anos de idade se mostrou a menos prevalente. Isso pode estar associado à existência dos programas Rede Mãe Curitibana Vale a Vida<sup>20</sup> e Rede Mãe Paranaense, criados em 1999 e 2012 respectivamente<sup>21</sup>. Ambos os programas evidenciam melhorar o atendimento de pré-natal e puerpério. Neles, são previstos os testes para o diagnóstico de HIV nas gestantes e o encaminhamento para o início imediato do tratamento profilático, o qual reduz as chances de transmissão vertical do vírus<sup>20,21</sup>.

As crianças infectadas pelo HIV que sabem sobre seu diagnóstico apresentam uma melhor continuidade no tratamento. Entretanto, muitos pais omitem essa informação por receio da discriminação e a revelam tardiamente, frequentemente após os 10 anos de idade<sup>22</sup>. Essa prática dificulta a colaboração da criança e de outras pessoas do seu convívio e delega aos seus responsáveis diretos a exclusividade do cuidado. Quando em condições desfavoráveis, essas crianças se tornam mais suscetíveis à má adesão e ao abandono da terapia antirretroviral. O abandono de assistência pelo responsável apresenta um risco de 1,6 a 3,3 vezes maior em menores de 1 ano de idade<sup>9</sup>.

A faixa etária de 5 a 8 anos foi a mais prevalente entre os indivíduos em abandono de terapia. Isso pode estar associado ao fato de essas crianças já estarem em idade escolar e poderem apresentar incompatibilidades de horários com os seus cuidadores. Esses responsáveis comumente têm medo de delegar a administração dos medicamentos

aos profissionais das escolas, com receio de que as crianças sofram com o preconceito. Essa é a principal razão alegada para a não adesão à terapia antirretroviral pelas crianças em idade escolar<sup>23</sup>. Neste estudo, não foram identificadas no Siclom nem no Siscel crianças em abandono de tratamento em razão de óbito. Entretanto, existe algum risco devido à atualização tardia dessa informação. Não há cruzamento das informações de abandono da terapia com as declarações de óbito do SIM. Isso consiste em uma limitação operacional dos sistemas e, também, deste artigo. Nesse contexto, medidas para a superação desse problema que ocorre em âmbito nacional tornam-se necessárias, as quais podem ser viabilizadas pelo cruzamento com as declarações de óbitos no SIM. O conhecimento dos casos reais de abandono da terapia antirretroviral é essencial para o resgate dessas crianças às UDM para a continuidade do tratamento. Frequentemente, ocorre por busca ativa, a qual demanda recursos humanos já escassos nessas unidades<sup>23</sup>.

A maior parte da população do Paraná se autodeclara branca<sup>24</sup>, o que poderia explicar a prevalência desse grupo no estudo. Entretanto, quando se analisam o abandono da terapia e a ausência de supressão viral, percebe-se uma maior proporção de indivíduos não brancos. No Brasil, a taxa de pobreza é maior entre pretos e pardos do que entre os brancos, o que pode ser um fator de grande empecilho para o acesso aos serviços de saúde por parte desses indivíduos<sup>25</sup>. Isso porque tanto o abandono da terapia quanto a ausência de supressão viral podem estar associados a dificuldades de retenção de determinados grupos aos serviços de saúde e a condições socioeconômicas desfavoráveis que dificultam o deslocamento e a permanência nos serviços especializados<sup>26,27</sup>.

No Paraná, todas as crianças diagnosticadas com HIV iniciaram rapidamente o tratamento antirretroviral. Isso demonstra que o estado tem cumprido a orientação do Ministério da Saúde de iniciar a terapia antirretroviral logo após o diagnóstico positivo para infecção pelo HIV<sup>5</sup>. Isso é de fundamental importância, uma

vez que o início precoce proporciona maior expectativa de vida<sup>28</sup>. Esse resultado se mostra ainda mais promissor quando comparado a dados gerais da população geral com HIV no Brasil em 2019, onde 78% das pessoas com HIV haviam iniciado seu tratamento<sup>29</sup>. Isto indica um GAP de tratamento de 22% na população geral com HIV, superior aos 10% preconizados pela Unids<sup>3</sup> e ao GAP de 0% identificado neste estudo com as crianças do estado.

Apesar de todas as crianças com HIV do estudo terem iniciado o tratamento, 17,6% encontravam-se em abandono da terapia antirretroviral no Paraná. Esse dado demonstra a dificuldade de vinculação e retenção das crianças e dos seus cuidadores aos serviços de saúde. Observa-se, portanto, a necessidade de implementar novas ações como a busca ativa dessas crianças, além de proporcionar o conhecimento dos riscos aos seus responsáveis. O número relativamente baixo de crianças por regional de saúde torna essa busca possível, o que permitiria identificar os motivos da não retirada dos medicamentos e os meios para contorná-los. Outra possibilidade para facilitar o acesso à terapia seria prover UDM mais próximas do local de residência ou, na impossibilidade, descentralizar a dispensação em serviços de saúde mais próximos dessa população, como nas Unidades Básicas de Saúde<sup>30</sup>.

O estudo revelou que 73,1% das crianças em abandono de terapia antirretroviral residem em cidades sem UDM e que seus responsáveis precisam se deslocar para obter os medicamentos. Esse dado pode estar associado fortemente ao abandono de terapia, uma vez que há um custo envolvido nesse deslocamento que pode comprometer a ida do familiar à UDM, especialmente os mais vulneráveis<sup>27</sup>.

Outros fatores que comprometem a adesão ao tratamento das crianças são a palatabilidade dos antirretrovirais, o tamanho dos comprimidos, a complexidade dos tratamentos e as necessidades de armazenamento de alguns medicamentos constantemente sobrefrigeração<sup>8</sup>. Além desses fatores, interferem ainda algumas características dos responsáveis pelas crianças,

como sentimento de culpa, restrições impostas por problemas de saúde dos pais biológicos, indisponibilidade de alimentos em casa, cujo consumo é recomendado antes da administração dos medicamentos para prevenir o desconforto gástrico. A educação dos responsáveis pelas crianças é outro importante fator<sup>27</sup>. Dessa forma, as ações de educação em saúde, bem como as iniciativas voltadas às necessidades básicas das famílias em vulnerabilidade, trariam avanços no tratamento e no acompanhamento de crianças infectadas pelo HIV.

O acesso aos medicamentos não significa necessariamente adesão ao tratamento<sup>23</sup>. Isso explica, ao menos em parte, o porquê de algumas crianças não alcançarem a supressão viral. Mais uma vez, torna-se necessário investir em ações voltadas à educação dos responsáveis e das crianças HIV positivas. Essas ações poderiam evidenciar a necessidade do uso contínuo dos antirretrovirais e os desfechos indesejáveis decorrentes da má adesão e abandono da terapia. A frequência de uso não foi investigada no presente estudo, entretanto, quando não há retirada dos medicamentos na UDM, considera-se que não há uso dos antirretrovirais, uma vez que esses medicamentos são disponibilizados aos usuários exclusivamente nesses locais. Interrupções no tratamento provocam aumento do número de cópias virais e redução de células TCD4+, culminando em episódios frequentes de morbidade e mortalidade precoce<sup>31</sup>.

Alcançar a supressão viral proporciona uma melhor resposta imune e reduz as chances de o vírus ser transmitido para outras pessoas<sup>2</sup>. No Paraná, 90,2% das crianças em tratamento antirretroviral conseguiram atingir a supressão viral. Essa proporção é considerada adequada pela Unids, conforme a meta 90-90-90<sup>3</sup>.

A ocorrência de mutações e a resistência viral aos medicamentos antirretrovirais interferem no sucesso da terapia, que é comumente mensurado pela supressão viral. Os vírus transmitidos verticalmente para as crianças carregam consigo as mutações de resistência viral ocorridas ainda no organismo

da mãe<sup>32</sup>. Por essa razão, indica-se o teste de genotipagem para guiar a escolha dos fármacos antirretrovirais mais efetivos para reduzir a CV nas crianças<sup>5</sup>. Nesse contexto, monitorar a CV de indivíduos pediátricos com HIV é essencial para detectar falhas terapêuticas e propor a troca rápida por esquemas antirretrovirais mais eficazes, capazes de suprimir a CV de forma sustentada<sup>33</sup>.

No atual estudo, considerando exclusivamente os esquemas previstos no PCDT, observou-se uma grande prevalência de esquemas que não são os indicados para o início de tratamento. Em uma abordagem bruta, desconsiderando pequenas variações como a duploterapia, estes poderiam ser considerados como esquemas antirretrovirais prescritos após falha terapêutica. As falhas costumam ser muito frequentes em crianças. Muitos dos esquemas observados são considerados inadequados pelo PCDT, como a monoterapia e a duploterapia, pois apresentam potência insuficiente contra a replicação viral e baixa barreira genética contra resistência<sup>13</sup>. Entretanto, muitas vezes, estes se tornam os recursos possíveis em função da ausência de resposta a outros fármacos. As principais causas da falha terapêutica costumam ser uso de esquemas antirretrovirais inadequados, não guiados por genotipagem, bem como a baixa adesão ao tratamento, que possibilita mutações e resistência viral, além da infecção por vírus multirresistentes transmitidos verticalmente<sup>5</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo contribui com conhecimento sobre o perfil sociodemográfico e os parâmetros clínicos e farmacológicos das crianças em tratamento antirretroviral no estado do Paraná. Os resultados obtidos podem fornecer subsídios para o planejamento e o aprimoramento de ações voltadas ao acesso e à vinculação dessas crianças e dos seus responsáveis aos serviços de saúde especializados em HIV/Aids em todas as regiões do Paraná. Essas ações podem colaborar para maior adesão e

efetividade do tratamento e, conseqüentemente, para a redução de doenças oportunistas e da mortalidade precoce decorrente da Aids. Este estudo ainda evidenciou o maior risco de abandono da terapia antirretroviral, além da maior dificuldade em suprimir a CV das crianças não brancas, expondo a provável influência das desigualdades sociais sobre os riscos de adoecimento e morte precoces desse estrato da população.

## Conclusões

O estado do Paraná apresentou resultados promissores no cuidado de crianças infectadas pelo HIV. Todas aquelas diagnosticadas com HIV haviam iniciado a terapia antirretroviral. Entre as que estavam em tratamento, 90,2% conseguiram alcançar a supressão viral. Entretanto, há um número considerável de crianças em abandono do tratamento no estado. Além disso, observou-se que, proporcionalmente, as crianças não brancas apresentaram maior tendência de abandonar o tratamento e de não alcançar a supressão da CV. Esses dados apontam para a necessidade de implementar estratégias que fortaleçam a adesão à terapia antirretroviral e a retenção das crianças e dos seus responsáveis nos serviços de saúde especializados em HIV/Aids. Tais estratégias devem considerar ainda a forte influência dos determinantes sociais no controle e no desfecho do HIV/Aids em crianças.

## Agradecimentos

Agradecemos ao Cemepar e à Sesa-PR pelo fornecimento dos dados para a realização desta pesquisa, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelas bolsas de mestrado e de iniciação científica das estudantes envolvidas na condução do estudo.

## Colaboradores

Marca LM (0000-0002-4241-2850)\* contribuiu para a elaboração da pesquisa, coleta, análise e interpretação de dados, e escrita do artigo. Dias FA (0000-0002-8210-1600)\* contribuiu para a coleta, análise e interpretação de dados. Schultz DB (0000-0003-3983-5200)\*

contribuiu para a elaboração da pesquisa, coleta, análise e interpretação de dados e escrita do artigo. Höfelmann DA (0000-0003-1046-3319)\* contribuiu para a análise e interpretação de dados. Rattmann YD (0000-0002-7132-0939)\* contribuiu para a elaboração da pesquisa, coleta, interpretação de dados, escrita e correções do artigo. ■

## Referências

- Luzuriaga K, Mofensor LM. Challenges in the elimination of pediatric HIV-1 infection. *N Engl J Med*. 2016 [acesso em 2022 jan 25]; (374):761-770. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26933850/>.
- Shiferaw MB, Endalamaw D, Hussien M, et al. Viral suppression rate among children tested for HIV viral load at the Amhara Public Health Institute, Bahir Dar, Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2019 [acesso em 2022 jan 25]; 19(1):1-6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31088496/>.
- UNAIDS. Knowledge is power: know your status, know your viral load. Genebra: UNAIDS; 2018.
- Abreu JC, Vaz SN, Netto EM, et al. Virological suppression in children and adolescents is not influenced by genotyping, but depends on optimal adherence to antiretroviral therapy. *Braz J Infect Dis*. 2017 [acesso em 2022 jan 25]; (21):219-225. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28253476/>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- Brasil. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõem sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de AIDS. *Diário Oficial da União*. 14 Nov 1996.
- Benzaken AS, Pereira GFM, Costa L, et al. Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is it time for HIV cure in the country?. *AIDS Res Ther*. 2019; 16(1):1-7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31412889/>.
- Schlatter AF, Deathe AR, Vreeman RC. The need for pediatric formulations to treat children with HIV. *AIDS Res Treat*. 2016. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27413548/>.
- Abuogi LL, Smith C, McFarland EJ. Retention of HIV-infected children in the first 12 months of anti-retroviral therapy and predictors of attrition in resource limited settings: a systematic review. *PLoS One*. 2016 [acesso em 2022 jan 25]; 11(6):e0156506. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27280404/>.
- UNAIDS. 90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS. Genebra: UNAIDS; 2015.

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

11. Children affected by HIV need a holistic approach to care [editorial]. *The Lancet HIV*. 2018 [acesso em 2022 jan 25]; 5(12):e671. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30527321/>.
12. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 16 Jul 1990.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília, DF: MS; 2018.
14. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde Paraná 2016-2019. Curitiba: SESA; 2016.
15. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM). [2021]. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Elenco-Complementar-da-Assistencia-Farmacutica>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. *Diário Oficial da União*. 17 Jan 2013.
17. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Cadernos Municipais*. 2020. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <http://www.ipardes.pr.gov.br/Pagina/Cadernos-municipais>.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Home DATASUS. 2021. [acesso em 2022 jan 25]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico de HIV e Aids*. 2020; (esp).
20. Burger M, Pchebilski LT, Sumikawa ES, et al. O impacto do programa mãe curitibana sobre a transmissão vertical do HIV no município de Curitiba entre 2000 e 2009. *DST j. bras. Doenças sex. transm*. 2011 [acesso em 2022 jan 25]; 76-83. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-611889>.
21. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Rede mãe paranaense: manual para a gestão de caso na rede mãe paranaense. Curitiba: Secretaria do Estado da Saúde do Paraná; 2017.
22. Sanjeeva GN, Pavithra HB, Chaitanya S, et al. Parental concerns on disclosure of HIV status to children living with HIV: children's perspective. *AIDS care*. 2016 [acesso em 2022 jan 25]; 28(11):1416-1422. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27237302/>.
23. Ssanyu JN, Nakafeero M, Nuwaha F. Multi-measure assessment of adherence to antiretroviral therapy among children under five years living with HIV in Jinja, Uganda. *BMC publichealth*. 2020 [acesso em 2022 jan 25]; 20(1):1-10. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32867724/>.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: característica da população e dos domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
26. Graeff SVB, Picolli RP, Arantes R, et al. Aspectos epidemiológicos da infecção pelo HIV e da aids entre povos indígenas. *Rev Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2022 jan 3]; (53). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/kGr67vx9TXFhhJLRPhNdSHz/?lang=pt>.
27. Ricci G, Netto EM, Luz E, et al. Adherence to antiretroviral therapy of Brazilian HIV-infected children and their caregivers. *BrazJ Infect Dis*. 2016 [acesso em 2022 jan 3]; 20(5):429-436. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27471126/>.
28. Shabangu P, Beke A, Manda S, et al. Predictors of survival among HIV-positive children on ART in Swaziland. *Afr J AIDS Res*. 2017 [acesso em 2022 jan

- 3]; 16(4):335-343. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29132283/>.
29. UNAIDS. Seizing the moment: Tackling entrenched inequalities to end epidemics. Global AIDS update. Genebra: UNAIDS; 2020.
30. Brasil. Ministério da Saúde. 5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na atenção básica. Brasília, DF: MS; 2017.
31. Rakhmanina N, Lam KS, Hern J, et al. Interruptions of antiretroviral therapy in children and adolescents with HIV infection in clinical practice: a retrospective cohort study in the USA. *J Int AIDS Soc.* 2016 [acesso em 2022 jan 3]; 19(1):20936. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27797320/>.
32. Aulicino PC, Zapiola I, Kademian S, et al. Pre-treatment drug resistance and HIV-1 subtypes in infants from Argentina with and without exposure to antiretroviral drugs for prevention of mother-to-child transmission. *J Antimicrob Chemother.* 2019 [acesso em 2022 jan 3]; 74(3):722-730. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30517632/>.
33. Boerma RS, Boender TS, Bussink AP, et al. Suboptimal viral suppression rates among HIV-infected children in low-and middle-income countries: a meta-analysis. *Clin Infect Dis.* 2016 [acesso em 2022 jan 3]; 63(12):1645-1654. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27660236/>.

---

Recebido em 08/02/2022

Aprovado em 30/08/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Código de financiamento 001

# Características das prescrições de metilfenidato em ambulatório de neuropediatria

## *Characteristics of methylphenidate prescriptions in a pediatric neurology outpatient clinic*

Carlos Henrique de Lima<sup>1</sup>, Giordano Carlo Paiola<sup>1</sup>, Alessandra Maria Rocha Rodrigues Maier<sup>1</sup>, Lucas França Garcia<sup>1</sup>, Ely Mitie Massuda<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E515

**RESUMO** O metilfenidato não é disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois não faz parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Todavia, o metilfenidato 10 mg é disponibilizado pela rede pública em Maringá-PR de acordo com a Política da Assistência Farmacêutica do município. Objetivou-se analisar as características das prescrições médicas de metilfenidato para crianças em ambulatório de neuropediatria vinculado ao SUS no município. Estudo transversal observacional retrospectivo de caráter quantitativo, realizado por meio da coleta de dados dos prontuários cadastrados no Sistema Gestor da rede pública de saúde do município, pelo ambulatório de neuropediatria na Unidade Básica de Saúde, Zona 7, entre janeiro de 2017 e novembro de 2019. Analisaram-se os dados por frequência relativa e absoluta. Emitiram-se 339 prescrições pelo neuropediatra responsável do ambulatório para 107 pacientes de 6 a 11 anos. Notou-se distribuição geográfica desigual das crianças atendidas conforme bairro da cidade, o que denota influência socioeconômica na prescrição de medicamentos. Ressaltam-se picos de prescrições coincidindo com o período do ano letivo escolar. Concluiu-se que o acompanhamento especializado adequado é premissa para o tratamento, não dispensando a rede longitudinal de assistência. Ademais, evidencia-se o impacto das condições socioeconômicas, tanto na prescrição como na aquisição do medicamento.

**PALAVRAS-CHAVE** Metilfenidato. Transtorno do Deficit de Atenção com Hiperatividade. Medicamentos sob prescrição. Criança.

**ABSTRACT** *Methylphenidate is not available through the Unified Health System (SUS), as it is not part of the National List of Essential Medicines. However, methylphenidate 10 mg is available through the public system in Maringá-PR, according to the Pharmaceutical Assistance Policy of the municipality. Retrospective cross-sectional observational study of a quantitative character occurred through the collection of data from the medical records registered in the Management System of the public health network in Maringá-PR, Brazil, by the neuropediatric outpatient clinic in the Basic Health Unit, between January 2017 and November 2019. Data were analyzed by relative and absolute frequency. 339 prescriptions were issued by the responsible neuropediatrician for 107 patients aged 6 to 11 years. There was an uneven geographic distribution of the number of children attended according to the neighborhood of the city, which points to a socioeconomic influence on the medication prescription. It is worth noting peaks of prescriptions coinciding with the period of the school year, following to a national trend. It was concluded that adequate specialized monitoring is a premise for better treatment, not dispensing the longitudinal assistance network. The impact of socioeconomic conditions is significant in the prescription and purchase of the medication.*

**KEYWORDS** *Methylphenidate. Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. Prescription drugs. Child.*

<sup>1</sup>Universidade Cesumar (Unicesumar) – Maringá (PR), Brasil.  
elymitie.m@gmail.com



## Introdução

O metilfenidato, análogo da estrutura química da anfetamina, é derivado da piperidina e atua na fenda sináptica inibindo a recaptação de dopamina e noradrenalina para aumentar a concentração dos neurotransmissores. Além disso, tem ação nos neurônios pré-sinápticos para ampliar a liberação de dopamina e inibir a monoamina oxidase (MAO). Essa ação é observada, principalmente, sobre o Sistema Reticular Ativador Ascendente, provocando ativação do córtex e nível de alerta<sup>1-4</sup>.

A partir de análise proteômica e farmacogenética do metilfenidato, no córtex de ratos e, posteriormente, testadas as vias biológicas associadas à resposta em adultos, reafirmou-se a influência na regulação sináptica dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, bem como se observou influência sobre GABA, estresse oxidativo, metabolismo e respiração celular<sup>5</sup>.

Encontra-se metilfenidato nas seguintes fórmulas: Ritalina®, de ação imediata de 3 a 5 horas; Ritalina LA®, com Spheroidal Oral Drug Absorption System, que tem metade da ação imediata e outra metade com liberação após 4 horas da administração; e Concerta®, Osmotic Controlled-Release Oral Delivery System, cuja proporção é de 22% de ação imediata e 78% em bomba osmótica agindo assim por 12 horas<sup>6-10</sup>.

O metilfenidato, entretanto, não faz parte da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), sendo assim, não disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em novembro de 2020, a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde do Ministério da Saúde (SCTIE/MS) protocolou pedido de avaliação do metilfenidato e da lisdexanfetamina para o tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH). A demanda originou-se do processo de atualização do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da doença. Conforme o Relatório nº 601, os membros da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), presentes na 95ª

Reunião Ordinária, no dia 4 de março de 2021, deliberaram, por unanimidade, recomendar a não incorporação do metilfenidato e da lisdexanfetamina para o tratamento de TDAH em crianças e adolescentes. Pontuou-se que

Entre outros fatores, que, as evidências que sustentam a eficácia e a segurança para TDAH são frágeis dada sua baixa/muito baixa qualidade, bem como o elevado aporte de recursos financeiros apontados na Análise de Impacto Orçamentário (AIO)<sup>11,12</sup>.

Tal fato resultou na publicação da Portaria SCTIE/MS nº 9, de 18 de março de 2021. No entanto, com intuito de ampliar o acesso a medicamentos, conforme as características epidemiológicas do território, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) de Maringá, Município de estado do Paraná (PR), pela Política da Assistência Farmacêutica no município, inclui na seção B, na relação de medicamentos complementares, o fornecimento de metilfenidato 10 mg na rede pública<sup>13</sup>.

Os estimulantes metilfenidato e agentes baseados em anfetamina são as terapias de primeira linha para tratar o TDAH por sua maior eficácia em crianças e adolescentes<sup>14,15</sup>, visto que o déficit apresenta disfunção na concentração de dopamina e noradrenalina no córtex e corpo estriado, principalmente, e demonstra disfunção de outros neurotransmissores, como serotonina, acetilcolina, opioide e glutamato<sup>16-18</sup>.

O transtorno possui três características principais: desatenção, impulsividade e hiperatividade motora não correspondente à idade. Várias condições são descritas como possíveis etiologias para o TDAH, como complicações no parto, etilismo ou tabagismo na gestação, assim como alterações genéticas dos transportadores ou receptores de dopamina, DAT1 e DRD4 respectivamente<sup>6,19-23</sup>. Todavia, assim como não há consenso sobre o mecanismo do metilfenidato, ainda existem divergências sobre as bases biológicas relacionadas com o comportamento no TDAH. Para que o comportamento infantil seja representado como

patológico, deve-se ainda observar prejuízos funcionais, seja em suas relações sociais e/ou no rendimento escolar, requisitando uma história clínica com avaliações em diversas esferas: criança, pais e professores<sup>24,25</sup>.

Conforme a Associação Americana de Psiquiatria<sup>26</sup>, as manifestações clínicas para diagnosticar a doença são: observação de seis ou mais sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade ocorrendo há mais de seis meses; sintomas presentes antes dos 12 anos; manifestação em mais de um ambiente com prejuízo funcional em mais de dois núcleos (familiar, escolar ou social); descarte de outras patologias primárias que melhor explicariam os sintomas, tais como esquizofrenia, transtorno de ansiedade ou depressão.

O TDAH é a causa mais frequente para prescrição de metilfenidato. No Brasil, das 19,9% das pessoas com o transtorno, 16,2% são tratadas com metilfenidato<sup>27</sup>. Com tal característica, fundamentando-se nos determinantes sociais da saúde, a dificuldade em diagnosticar TDAH gera dúvida se há subdiagnóstico ou excesso de prescrições<sup>27-29</sup>. O consumo de metilfenidato em crianças e adolescentes necessita de mais estudos sobre diagnósticos e prevalência de TDAH, bem como sobre a eficácia e repercussões socioeconômicas do metilfenidato<sup>30</sup>. Nesse sentido, considerando-se que o medicamento não faz parte do Rename e constatada a inclusão do medicamento no Remume do município em questão, questiona-se quais são as particularidades da dispensação para crianças, uma vez que tais constatações podem ser o ponto de partida para a identificação dos determinantes sociais da saúde no tocante ao uso do metilfenidato.

A Academia Americana de Pediatria afirma que são evidentes a legitimidade dos procedimentos, os critérios diagnósticos e o tratamento; todavia, ressaltam a necessidade de estudos com as recomendações da diretriz na prática, enfatizando a busca de variações no diagnóstico e tratamento de TDAH, de acordo com o desenvolvimento ou problema da criança ou adolescente<sup>31</sup>. O alto potencial

de abuso e dependência do medicamento, conforme o 'Boletim Brasileiro de Avaliação em Tecnologias de Saúde', indica a necessidade premente de discussão sobre o uso inadequado do metilfenidato, cabendo informar a população sobre as consequências desse uso<sup>7</sup>. Portanto, a construção de um panorama do diagnóstico ao tratamento do TDAH com metilfenidato é importante para os profissionais de saúde. Para a prescrição desse fármaco, devem-se considerar, na abordagem, a orientação do uso racional e o seguimento do paciente, visando administrar a clínica ampliada e o Plano Terapêutico Singular.

À vista disso, neste estudo, busca-se analisar as características das prescrições médicas de metilfenidato para crianças em ambulatório de neuropediatria vinculado ao SUS em Maringá, município de médio porte do estado do Paraná.

## Metodologia

O estudo transversal, observacional e retrospectivo de caráter quantitativo ocorreu por meio da coleta de dados dos prontuários cadastrados no Sistema Gestor da rede pública de saúde de Maringá-PR, pelo ambulatório de neuropediatria do município, entre janeiro de 2017 e novembro de 2019. Foram incluídos na amostra os prontuários de crianças em idade escolar, de 6 a 11 anos, segundo classificação do Tratado de Pediatria<sup>24</sup>. Assim, foram considerados:

- total de atendimentos no ambulatório de neuropediatria do município para todas as faixas etárias;
- prescrições mensais de metilfenidato no município e no ambulatório de neuropediatria;
- número de prescrições de metilfenidato para crianças em idade escolar atendidas na rede;

- idade e sexo das crianças que receberam prescrição de metilfenidato 10 mg, ofertada pelo Remume, no ambulatório de neuropsiquiatria da rede pública de Maringá-PR;
- especialidades médicas que prescreveram a medicação no município;
- dose prevalente diária recomendada para as crianças no município;
- meses de prevalência das prescrições;
- número de retiradas de metilfenidato 10 mg por mês;
- bairro de procedência das crianças com prescrição de metilfenidato 10 mg no ambulatório de neuropsiquiatria em Maringá-PR.

Para a prevalência das prescrições de metilfenidato no ambulatório de neuropsiquiatria, considerou-se a razão das crianças que correspondem aos pacientes que receberam a prescrição do medicamento pelo número de crianças na mesma idade que foram atendidas no ambulatório. As especialidades médicas foram obtidas no portal Conselho Regional de Medicina-PR (disponível em: <https://www.crmpr.org.br/>).

Após exportação dos dados do Sistema Gestor do município, foram sistematizados em planilhas do Microsoft Excel® 2016 e analisadas as participações relativas e absolutas dos dados coletados, gerando-se as figuras por meio do mesmo *software*. Respalando-se em fontes secundárias, foram abordados determinantes sociais da saúde, socioeconômicos, culturais e ambientais observados de crianças que recebem prescrição de metilfenidato.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar de Maringá, parecer 3.647.667; e aprovação do Comitê Avaliador da Secretaria de Saúde de Maringá (Cecaps), pelo ofício nº 2.190/2019, conforme a Portaria nº 064/2019-Saúde.

## Resultados

Foram realizados 1.539 atendimentos no ambulatório de neuropsiquiatria do município para todas as faixas etárias. Na distribuição por ano, observa-se que: em 2017, realizaram-se 601 consultas, e, em 220 casos (36,06%), houve prescrição de metilfenidato; em 2018, para 360 consultas, em 160 casos (44,4%); em 2019, para 578 consultas, em 268 casos (46,2%).

O total de atendimentos corresponde a 634 pacientes, entre os quais, 269 (42%) em idade escolar. Do total de todas as faixas etárias, 183 pacientes receberam metilfenidato após dar entrada no ambulatório, dos quais 107 (58%) eram crianças em idade escolar. Para essas crianças, expediram-se 339 receitas, o que determina uma média de 3,17 prescrições por criança de 6 a 11 anos no ambulatório de neuropsiquiatria do município.

Em Maringá-PR, somam-se a esse número 158 prescrições emitidas por 52 médicos, de diferentes especialidades, que se originaram de outras unidades de saúde pública do município que não o ambulatório de neurologia pediátrica. Essas prescrições foram realizadas para 86 crianças em idade escolar, indicando uma média de 1,83 prescrição. Portanto, no total, 193 crianças em idade escolar receberam prescrição de metilfenidato no período considerado no município.

Entre as crianças que receberam prescrição de metilfenidato pelo SUS no município, 55,4% foram atendidas no ambulatório de neuropsiquiatria por um único médico neuropsiquiatra, sendo que outros três profissionais da mesma especialidade, que atendem em outras unidades da rede municipal, também emitiram receituário. Os demais médicos que mais recomendaram metilfenidato, segundo as especialidades, foram quatro generalistas, um médico de família e comunidade, um neurologista e um psiquiatra.

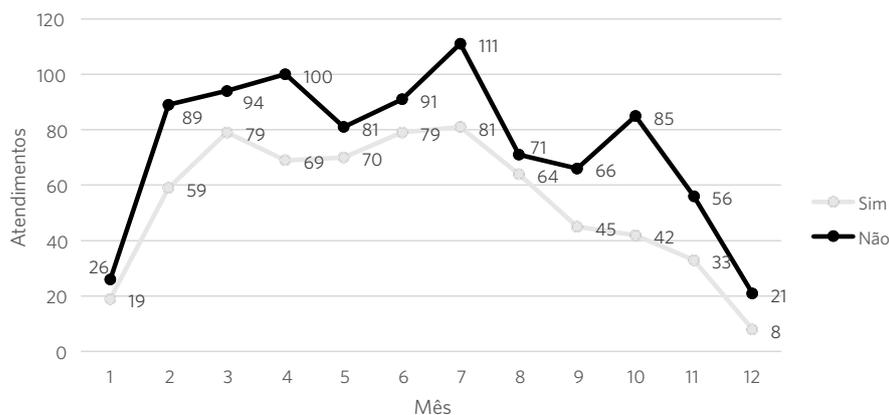
Com relação à dosagem prescrita, entre 806 prescrições para todas as crianças que

foram atendidas no ambulatório de neuropediatria, 433 receitas (53,72%) tiveram a dose recomendada de 1 unidade por dia com dispensação de 60 comprimidos para 2 meses. Observa-se que, em seguida, houve 124 indicações (15,38%) de 1 comprimido por dia com dispensação de 120 comprimidos para 4 meses; e 68 receitas (8,43%) para 2 comprimidos por dia para 2 meses. Sobre as demais 181 prescrições (22,45%), encontram-se desde pacientes que receberam indicação do uso de 4 comprimidos

por dia durante 30 dias até metade de um comprimido por dia por 30 dias, durante ajuste de dosagem.

Considerando-se o mês de atendimento, em todo o período analisado, observa-se uma tendência de crescimento até meados do ano e decréscimo no período que segue, apesar do aumento verificado no mês de outubro. Quanto às prescrições, constata-se a mesma tendência crescente nos meses que coincidem com o início do período escolar, retraindo-se após o mês de julho (*gráfico 1*).

Gráfico 1. Atendimentos mensais de 2017 a 2019, com prescrição ou não de metilfenidato

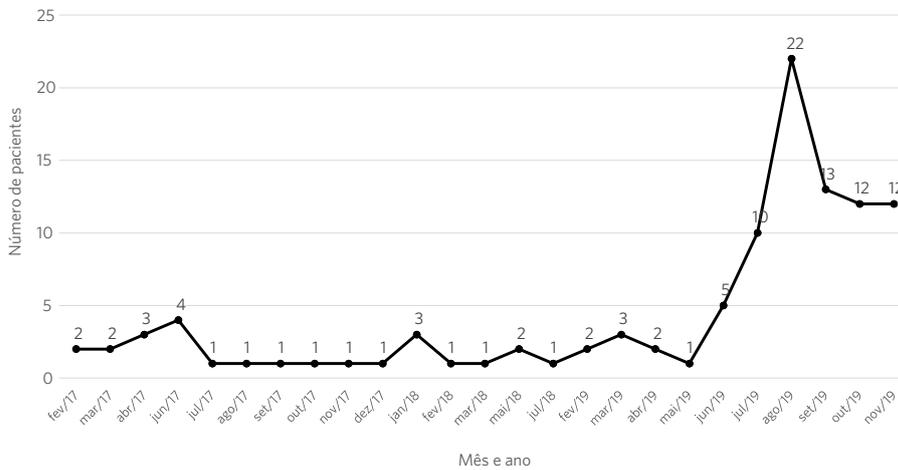


Fonte: elaboração própria.

Do total de pacientes do ambulatório de neuropediatria, foram atendidos 210 meninas (33,12%) e 424 meninos (66,88%). Por sua vez, o grupo das 107 crianças em idade escolar que receberam prescrição de metilfenidato compunha-se de 12 meninas (19%) e de 95 (88%) meninos, com média de idade de 8,26 anos. Ao dar entrada no ambulatório, na data da última

retirada do medicamento na rede pública, a média de idade era de 9,14 anos, sendo a mediana de 10 anos, à moda de 10 e 11 anos. Observa-se que 52 (49%) crianças tinham entre 10 e 11 anos; 39 (36%), entre 8 e 9 anos; e 16 (15%), entre 6 e 7 anos. Verificasse, outrossim, que 17 pacientes tiveram sua última consulta no ambulatório em 2017; 8 pacientes, em 2018; e 82, em 2019 (*gráfico 2*).

Gráfico 2. Número de pacientes pelo mês e ano da última entrada no ambulatório

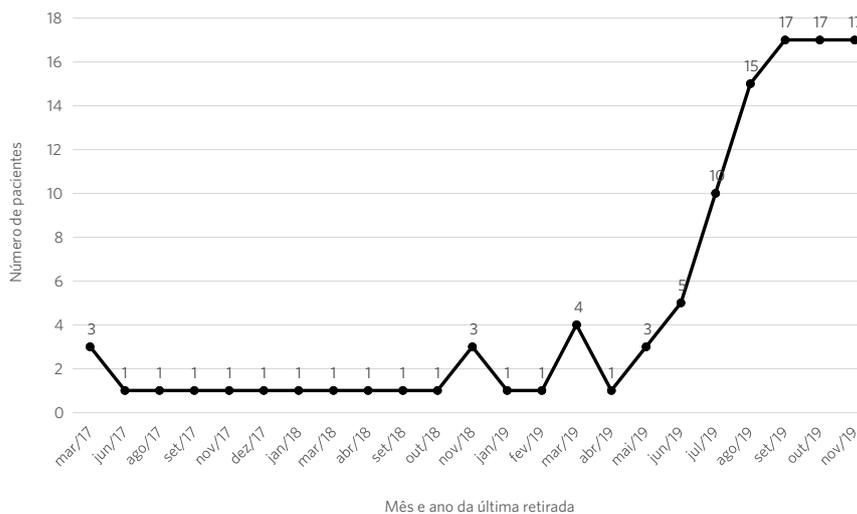


Fonte: elaboração própria.

Todavia, quando observada a data da última retirada de metilfenidato no SUS, 16 pacientes o realizaram em 2017 ou 2018, enquanto 91 crianças tiveram acesso ao medicamento ainda em 2019, das quais 51 apenas nos últimos 3 meses da pesquisa. À vista disso, percebe-se que, nos três anos de estudo, a prescrição de metilfenidato se manteve como conduta de mais da metade de todos os atendimentos

do ambulatório de neuropsiquiatria da saúde pública de Maringá-PR, com prevalência de 39 pacientes para cada 100. Entre as crianças avaliadas, 9,41% não receberam o medicamento no último ano por receberem alta ou necessitarem de troca do tratamento. Em contrapartida, 30% das crianças retiraram o metilfenidato 10 mg nos últimos 3 meses (gráfico 3).

Gráfico 3. Data da última retirada de metilfenidato para crianças em idade escolar



Fonte: elaboração própria.

Verificando-se os bairros de origem das crianças com prescrição de metilfenidato 10 mg, aquele com maior procedência é o Conjunto Habitacional Requião, com 10,28% dos pacientes, seguido por Jardim São Silvestre (5,6%), Jardim Alvorada (4,67%) e Zona 07 (4,67%).

## Discussão

O TDAH é a causa mais frequente da prescrição de metilfenidato<sup>7,10,28,32</sup>. Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, de Gusso e Lopes<sup>28</sup>, recomenda-se à equipe multidisciplinar de saúde identificar os determinantes sociais da saúde, aproximando-se da criança, da família e da escola, com intuito de planejar intervenções. Em situações complexas, sendo possível pedir auxílio ao Núcleo de Assistência à Saúde da Família (Nasf) para definir o diagnóstico e a conduta. Crianças na atenção primária que necessitem de medicação devem ser encaminhadas ao especialista para tratamento. O tratado reitera ainda a possibilidade de estigmatização da criança como doente, pelo encaminhamento indiscriminado, visto que esse paciente com diagnóstico psiquiátrico precisará adaptar-se a essa situação que pode refletir na construção da sua personalidade, para si próprio e em seu contexto social<sup>28</sup>.

Em Maringá-PR, a maioria das crianças em idade escolar com prescrição de metilfenidato foi atendida no ambulatório de neuropediatria, o que é uma vantagem à especialização do tratamento na saúde pública do município. Contudo, a desigualdade de investimentos para alta demanda no SUS pode sobrecarregar o serviço ou até mesmo não contar com um especialista<sup>33</sup>.

A Academia Americana de Pediatria recomenda o início do tratamento tão logo o diagnóstico seja confirmado, bem como o encaminhamento dos casos refratários ou com comorbidades para a rede<sup>31</sup>. O diagnóstico e, caso necessário, o tratamento medicamentoso pelo generalista podem favorecer a adesão ao tratamento. No Irã, em estudo transversal com médicos generalistas,

46,6% afirmavam ter conhecimento e informações adequadas sobre o TDAH; e 70%, que deveria ser tratado por um psiquiatra<sup>34</sup>. Contemplar o fluxo proposto qualifica o tratamento farmacológico para as crianças.

Como parte de resultados de pesquisa multicêntrica envolvendo as universidades estaduais do estado do Paraná e integrantes das secretarias municipais de educação dos municípios, observou-se que, em Maringá-PR, entre alunos matriculados na Educação Infantil e no primeiro ciclo do Ensino Fundamental no município em 2012, 893 foram medicadas com psicotrópicos, representando 4,9% das crianças matriculadas na rede municipal. O metilfenidato foi o medicamento mais prescrito em associação ou não com outros psicotrópicos, sendo que 653 faziam uso das marcas comerciais Ritalina® e Concerta®. Ainda, verificou-se que o principal diagnóstico é de TDAH. Em se tratando de crianças em idade escolar, alerta-se para o fato de que a medicação não promove o desenvolvimento psíquico, o que se faz por meio de um processo educativo que promova o domínio da autoconduta e da atenção voluntária<sup>35,36</sup>.

A preponderância verificada de prescrições de um comprimido de 10 mg por dia por 60 dias indica que, majoritariamente, os pacientes de Maringá-PR foram tratados com baixa dose. No Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, consideram-se as doses 10 mg/dia como dose baixa; 30 mg/dia, uma dose média; e 60 mg/dia, dose alta, para metilfenidato de ação imediata<sup>7</sup>. Há possibilidade de aumento gradativo, cuja dose inicial é de 10 mg/dia, acrescentando-se 5 mg no começo do mês, sendo, no máximo, 60 mg/dia, até atingir a meta terapêutica. A administração do medicamento, portanto, deve ser individualizada considerando o peso, as comorbidades, a resposta clínica e outras influências sobre os pacientes<sup>31</sup>.

A prescrição de metilfenidato 10 mg é a conduta mais comum para TDAH e, frequentemente, a única empregada<sup>3</sup>. Em estudo de randomização do tratamento com medicamento

e intervenção comportamental para TDAH na infância, constatou-se que iniciar com terapia comportamental para instruir os pais sobre o tratamento dos filhos, em oito sessões em dois meses, comparada à medicação em baixa dose, reduziu mais a violação de regras em sala de aula e uma tendência de maior disciplina fora da classe. A prescrição do medicamento, assim, demonstrou resultados positivos após a recomendação de modificações comportamentais<sup>37</sup>.

Ao se verificar o desfecho, de acordo com as doses diversas e o tratamento comportamental, constatou-se que a razão dose-resposta, em uma curva linear, quando administrada sem intervenções comportamentais, apresenta-se abreviada mediante modificações comportamentais de baixa ou alta intensidade. Tal combinação não demonstrou influência em quadros de prescrição de altas doses do medicamento<sup>38</sup>. Além disso, evidenciou-se que, em tratamentos não farmacológicos, as medidas de *neurofeedback* foram mais eficientes para meninas e menos eficazes para pacientes com comorbidades<sup>39</sup>.

Em pesquisa realizada na Austrália com 199 pediatras em 1.528 consultas, verificou-se que 60% dos pacientes com TDAH tinham uma ou mais comorbidades<sup>40</sup>. Variações genéticas, ademais, foram elucidadas objetivando determinar casos resistentes ao tratamento com metilfenidato e identificaram que o polimorfismo dos receptores adrenérgicos alfa-2, baixa condição socioeconômica e comorbidades estão relacionadas com menores respostas ao medicamento<sup>41</sup>. Faz-se necessário atentar-se a essas condições, pois há casos que poderiam ter sido resolutivos com intervenções comportamentais<sup>42</sup>.

Conforme dados apresentados nos *gráficos 2 e 3*, é perceptível a proporcionalidade entre a permanência do acompanhamento no ambulatório e a persistência da retirada de metilfenidato. No entanto, 8,41% dos pacientes, que, em algum momento, já deram entrada no ambulatório de neuropsiquiatria, continuam a receber a medicação por meio

de outro serviço de saúde pública do município. Desde que adequada ao quadro clínico do paciente, a renovação de receitas favorece a longitudinalidade do tratamento<sup>43</sup>.

Na Austrália, uma pesquisa com 4.634 crianças analisou o tratamento em longo prazo para TDAH e evidenciou que, nos primeiros 90 dias, a cobertura do medicamento era de 81%, sendo que, nos três meses seguintes, essa cobertura diminuiu para 54%. O estudo justifica essa redução à aceitação das crianças e ao engajamento dos pais com o tratamento<sup>44</sup>. Verificou-se, no ambulatório de neuropsiquiatria, a persistência do tratamento prolongado do metilfenidato, bem como pacientes que deixaram de consultar o especialista para renovar a receita em outro setor e, conseqüentemente, a necessidade da integração das Redes de Atenção à Saúde.

Ademais, os meses de maior quantidade de prescrições do medicamento no ambulatório de neuropsiquiatria ocorreram no primeiro semestre. Os dados sobre as vendas no Brasil de metilfenidato, entre 2008 e 2014, confirmam a existência de componentes de tendência e sazonalidade de 12 meses, com picos de dispensação nos meses de junho e de dezembro<sup>45</sup>. Na análise das receitas atendidas em farmácias em Ponta Grossa-PR em 2015, o aumento em picos ocorre em meses do ano letivo escolar<sup>46</sup>.

O uso do medicamento se faz, principalmente, no âmbito educacional para reduzir a inquietação motora e aumentar a concentração<sup>7</sup>. A utilização no período letivo pode ser uma estratégia para reduzir os efeitos colaterais, ao considerar esses eventos dose-dependente e pelo tempo de uso<sup>27,47</sup>. Infere-se que, independentemente dos meses do ano, o período letivo escolar repercute o acréscimo na busca pela consulta médica e, conseqüentemente, pelo medicamento.

O padrão de crescimento por ano na dispensação de metilfenidato observado em outros estudos regionais e nacionais<sup>45,46,48</sup> não foi percebido nesta pesquisa, que abrange três anos, visto que, em 2018, houve uma redução das consultas e da prescrição no

referido ambulatorio. Nesse período, houve uma mudança na rotina de atendimentos por substituição temporária de médicos. Contudo, em 2019, ainda que na mesma proporção de consultas, nota-se aumento das prescrições reafirmando a tendência observada em outras pesquisas.

Nessa conjuntura, ressalta-se a importância da permanência do metilfenidato, para assegurar melhora ao paciente, ainda tendo em vista os efeitos colaterais<sup>2</sup>. A sua interrupção pode ser realizada após um mês, caso não tenha nenhuma melhora, ou suspensa após seis meses para reexaminar psicopatologias subjacentes<sup>31</sup>. A definição dos efeitos colaterais neuropsiquiátricos do metilfenidato é influenciada pela frequente associação a outras comorbidades que podem contribuir para induzir ou exacerbar o quadro.

Krinzinger et al.<sup>49</sup> descreveram um mapa das evidências atuais dos efeitos adversos neuropsiquiátricos do metilfenidato no TDAH no longo prazo. Apesar de se depararem com um conjunto de estudos heterogêneos, verificaram resultados favoráveis no tratamento àqueles pacientes com sintomas depressivos e na redução de suicídio, bem como segurança em relação aos efeitos colaterais de ansiedade e à irritabilidade, quando utilizado em indivíduos com idade superior à pré-escolar. Psicose e tiques tiveram prevalência de risco elevado, porém, a interrupção do tratamento levou à remissão dos sintomas. Para revisão Cochrane de 2018<sup>10</sup>, de estudos não randomizados de eventos adversos do metilfenidato para TDAH, o medicamento pode causar efeitos colaterais graves ou não, por isso a importância de colocar no prontuário queixas de dificuldade para dormir, supressão de apetite, problemas cardiovasculares, tiques e psicoses, que auxiliam no acompanhamento do tratamento ou suspensão.

De modo geral, pela heterogeneidade dos estudos, as evidências carecem de precisão metodológica, sobre a segurança da medicação em crianças e adolescentes, e limitada generalização<sup>7</sup>. Apesar da considerável tendência da redução dos efeitos colaterais, em

2008, a Associação Americana de Psiquiatria recomendou avaliação cardiológica, histórico familiar e monitoramento da frequência cardíaca e da pressão arterial antes da prescrição. O eletrocardiograma de rotina não foi recomendado<sup>47,50,51</sup>. Ao metilfenidato, nessa perspectiva, especialmente em tratamentos em longo prazo, conquanto sejam ponderados os riscos e os benefícios, é possível expandir a segurança para o tratamento das crianças, com mais de 6 anos, que receberam prescrição do medicamento.

Considerando-se a maior parcela de meninos (66,77%) que passaram por consulta no ambulatório de neuropediatria desta pesquisa, quando analisados apenas aqueles com prescrição de metilfenidato, verificou-se ainda maior prevalência (82,24%) de crianças do sexo masculino. Esse perfil equivale ao padrão de prevalência do TDAH<sup>7,27,44,52-57</sup>. Entretanto, uma pesquisa avaliou os preditores para prescrição de medicação a esses pacientes e identificou que as meninas eram menos propensas a receberem-na, mesmo que na vigência de gravidade equivalente a meninos<sup>58</sup>. Sendo assim, notabiliza-se a validade em não criar um estereótipo do TDAH e a prescrição de metilfenidato, de acordo com o estudo. Por outro lado, há indícios de que o sexo feminino apresenta maior resposta ao metilfenidato por serem mais propícias a formação do enantiômero ativo<sup>57</sup>.

Em 2010, aferia-se que 257.662 pessoas entre 5 e 19 anos estariam sem receber tratamento medicamentoso de TDAH no País, considerando as estimativas de prevalência de 0,9% no Brasil e no mundo<sup>28</sup>. Os estudos sobre o aumento exponencial das prescrições de metilfenidato no País requerem pesquisas de metodologias homogêneas e precisas para verificar se a mudança está relacionada com o aperfeiçoamento do diagnóstico.

O bairro com maior número de casos de crianças em tratamento com metilfenidato em Maringá-PR foi encontrado no Conjunto Habitacional Requião. Essas moradias foram construídas para abrir o desfavelamento do

município<sup>59</sup>. Em 2019, segundo a avaliação dos moradores, 64% da população considerava que o conjunto habitacional carecia expressivamente de segurança pública, concluindo pela necessidade de ampliação da guarda municipal à região<sup>60</sup>. Pode-se, portanto, inferir problemas de violência no local.

O citado conjunto habitacional, como os demais bairros que apresentaram maior número de casos de crianças em tratamento com metilfenidato, também é região periférica. Embora a presente pesquisa considere apenas as consultas e as prescrições vinculadas ao SUS – e, portanto, presumidamente aqueles que não têm acesso ao sistema privado de assistência –, ainda permite depreender que localidades de maior vulnerabilidade social abrigam crianças que se encontram em tratamento pelo medicamento.

Nesse sentido, ressaltando a influência das condições socioeconômicas, observou-se que, em Israel, as crianças judias são quatro vezes mais propensas a receber prescrição de metilfenidato do que as árabes<sup>61</sup>. Pesquisa feita no Reino Unido, que avaliou a situação socioeconômica ao nascer até os 3 anos de idade e, posteriormente, o diagnóstico aos 7 anos, concluiu que a influência entre situação financeira, posse de moradia, mãe mais jovem e conviver com apenas um dos pais, especialmente mães *solo*, apresenta maior probabilidade em ter TDAH. As crianças com mães que passaram por dificuldade financeira entre zero e 2 anos tinham risco 23 vezes maior de serem diagnosticadas com TDAH aos 7 anos, sendo o fator financeiro o principal preditor<sup>62</sup>. No Canadá, confirmou-se que crianças que vivem em áreas de menor renda estavam duas vezes mais propensas a receber prescrição do metilfenidato, sugerindo que pacientes com melhores condições socioeconômicas poderiam ter maiores possibilidades de acesso a tratamentos não farmacológicos, ou, ainda, crianças com menores níveis socioeconômicos terem mais comorbidades<sup>63</sup>.

A epigenética ampara possíveis explicações para determinantes sociais da saúde afetarem

dessa maneira uma criança, porque negligências infantis por problemas familiares, abusos de substância, violência física ou crime podem favorecer as alterações de metilação do DNA<sup>64</sup>. Destarte, por meio de registros nacionais suecos de 25.656 pacientes com TDAH, foram contrapostos os dados de indivíduos que receberam tratamento farmacológico às condenações criminais. Observou-se uma redução de 32% entre os homens na taxa de criminalidade e de 41% para mulheres no período em que receberam medicação para TDAH, em âmbito de sensibilidade entre 17% e 46%, considerando outras drogas associadas e a repercussão, como o tipo de crime. Posto isso, estabeleceu-se a possibilidade de diminuir o risco de crime com o tratamento de TDAH<sup>65</sup>. Além disso, essa população está subordinada a menores taxas de conclusão do ensino médio e superior<sup>66</sup> e vulnerável a dificuldades sociais e econômicas<sup>67</sup>.

A conduta diante de um paciente que requer metilfenidato, sobretudo com TDAH, na Atenção Primária à Saúde, exige cuidado integral e encaminhamento para um serviço especializado. O fluxo majoritariamente para o prescritor qualificado ao tratamento com metilfenidato 10 mg no sistema público de Maringá-PR subordina-se à existência do ambulatório de neuropsiquiatria e ao oferecimento da medicação pelo município. Contudo, é evidente a importância do auxílio de uma equipe multidisciplinar na Rede de Atenção à Saúde, para garantir atendimento integral e longitudinal, uma vez que se notaram longos tratamentos e a existência de pacientes que passaram a renovar receitas em outros setores de saúde, após dar entrada no ambulatório. Nessa perspectiva, ainda que sejam ponderados os riscos e os benefícios, com titulação adequada e periódica, é possível expandir a segurança para o tratamento em longo prazo de crianças com mais de 6 anos que receberam prescrição do medicamento.

O diagnóstico do TDAH tem base exclusivamente no histórico do comportamento. Em crianças e adolescentes, são, frequentemente, percebidos pelos professores e médicos.

Preconiza-se que o diagnóstico seja realizado com base não apenas na observação do comportamento ou em questionários e escalas de avaliação, mas também pautado em avaliações que englobem uma abordagem psicossocial envolvendo profissionais com formação e especialização no tratamento do transtorno<sup>7</sup>.

Chamado de “droga da obediência”<sup>68(446)</sup> pelo efeito de aquietamento causado em escolares considerados hiperativos, o crescente consumo no Brasil, evidenciando-se o uso sem necessidade em crianças que apresentam comportamentos que podem ser típicos das idades<sup>7</sup>, é inquietante. Somam-se a esse contexto: as questões sociais, econômicas e ambientais de um país notadamente desigual, refletindo o resultado da pesquisa, em que, nas localidades desfavorecidas, estão as crianças cujo maior número de prescrições foram realizadas.

## Conclusões

No Brasil, estudos heterogêneos dificultam a determinação se a incidência do consumo de metilfenidato acompanha precisamente o diagnóstico. No caso do presente estudo, apresentaram-se limitações pelo preenchimento incompleto de informações epidemiológicas

dos pacientes nos dados dos prontuários do sistema gestor do município avaliado. Ademais, em cumprimento às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de prevenção durante a pandemia de Sars-CoV-2, limitou-se a coleta de dados, no caso do presente estudo, ao ambulatório de neuropediatria do SUS de um município, o que restringe a generalização, delimitando o alcance dos resultados. Todavia, é possível pressupor o impacto das condições socioeconômicas sobre as prescrições e a aquisição do medicamento, e a importância de fortalecer a articulação entre a Rede de Atenção à Saúde para garantir longitudinalidade ao acompanhamento do paciente.

## Colaboradores

Lima CH (0000-0002-8652-2461)\*, Paiola GC (0000-0002-1729-8099)\* e Maier AMRR (0000-0002-4475-4782)\* contribuíram para a concepção da pesquisa, análise e interpretação dos dados, e redação do manuscrito. Garcia LF (0000-0002-5815-6150)\* e Massuda EM (0000-0002-7485-5066)\* contribuíram para a concepção da pesquisa, análise, interpretação dos dados e revisão do manuscrito. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Golan DE, Armstrong EJ, Armstrong AW. Principles of Pharmacology: The Pathophysiologic Basis of Drug Therapy: Wolters Kluwer; 2017.
- Sadock BJ, Sadock VA, Sussman N. Manual de farmacologia psiquiátrica de Kaplan & Sadock. 6. ed. São Paulo: Artmed Editora; 2018.
- Shellenberg TP, Stoops WW, Lile JÁ, et al. An update on the clinical pharmacology of methylphenidate: therapeutic efficacy, abuse potential and future considerations. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2020; 13(8):825-33.
- Chamakalayil S, Strasser J, Vogel M, et al. Methylphenidate for Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder in Adult Patients With Substance Use Disorders: Good Clinical Practice. *Front Psychiatry.* 2020; (11):540837.
- Silva BS, Leffa DT, Beys-da-Silva WO, et al. Integrative proteomics and pharmacogenomics analysis of methylphenidate treatment response. *Transl Psychiatry.* 2019; 9(1):308.
- Caye A, Swanson JM, Coghill D, et al. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Mol Psychiatry.* 2019; 24(3):390-408.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. BRATS – Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde. 2014; 3(23).
- Faraone SV. The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: Relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018; (87):255-70.
- Cortese S. Pharmacologic Treatment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *N Engl J Med.* 2020; 383(11):1050-6.
- Storebo OJ, Pedersen N, Ramstad E, et al. Methylphenidate for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children and adolescents - assessment of adverse events in non-randomised studies. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018; (5):CD012069.
- Maringá. Secretaria Municipal de Saúde. Central de Abastecimento Farmacêutico – CAF. REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais. Maringá: Secretaria Municipal de Saúde; 2013.
- Sayal K, Prasad V, Daley D, et al. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry.* 2018; 5(2):175-86.
- Posner J, Polanczyk GV, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2020; 395(10222):450-62.
- Alexander L, Farrelly N. Attending to adult ADHD: a review of the neurobiology behind adult ADHD. *Ir J Psychol Med.* 2018; 35(3):237-44.
- Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry.* 2019; (56):14-34.
- Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021; (128):789-818.
- Drechsler R, Brem S, Brandeis D, et al. ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics.* 2020; 51(5):315-35.
- Hong JH, Hwang IW, Lim MH, et al. Genetic associations between ADHD and dopaminergic genes (DAT1 and DRD4) VNTRs in Korean children. *Genes Genomics.* 2018; 40(12):1309-17.
- Grimm O, Kranz TM, Reif A. Genetics of ADHD: What Should the Clinician Know? *Curr Psychiatry Rep.* 2020; 22(4):18.

20. Faraone SV, Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry*. 2019; 24(4):562-75.
21. Thursina C, Nurputra DK, Harahap ISK, et al. Determining the association between polymorphisms of the DAT1 and DRD4 genes with attention deficit hyperactivity disorder in children from Java Island. *Neurol Int*. 2020; 12(1):8292.
22. Kliegman RM, Geme JWS, Blum N, et al. Nelson. *Tratado de pediatria*. [Sem Local]: Elsevier Health Sciences; 2020.
23. Wolraich ML, Chan E, Froehlich T, et al. ADHD Diagnosis and Treatment Guidelines: A Historical Perspective. *Pediatrics*. 2019; 144(4).
24. American Psychiatric Association. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2014.
25. Massuti R, Moreira-Maia CR, Campani F, et al. Assessing undertreatment and overtreatment/misuse of ADHD medications in children and adolescents across continents: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021; (128):64-73.
26. Gusso G, Lopes JMC, Leda LC. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade*. 2. ed. Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: Artmed Editora; 2018.
27. Ortega F, Muller MR. Global Mental Health and Pharmacology: The Case of Attention Deficit and Hyperactivity Disorders in Brazil. *Front Sociol*. 2020; (5):535125.
28. Venâncio S, Paiva R, Toma T. Parecer técnico-científico: uso do metilfenidato no tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes. São Paulo: Instituto de Saúde; 2013.
29. Wolraich ML, Hagan Junior JF, Allan C, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics*. 2019; 144(4).
30. Coxé S, Sibley MH. Harmonizing DSM-IV and DSM-5 Versions of ADHD “A Criteria”: An Item Response Theory Analysis. *Sage Journal*. 2021; 10731911211061299.
31. Mendes A, Funcia F. O SUS e seu financiamento. In: Marques R, Piola S, Roa A, editores. *Sistemas de Saúde no Brasil: organização e financiamento*. Brasília, DF: MS; 2016. p. 139-68.
32. Ghanizadeh A, Zarei N. Are GPs adequately equipped with the knowledge for educating and counseling of families with ADHD children? *BMC Fam Pract*. 2010; (11):5.
33. Eidt NM, Ferracioli MU, Mendonça FW, et al. Tem remédio para a educação? Considerações da psicologia histórico-cultural. *Práxis Educacional*. 2019; 15(36).
34. Franco AdF, Tabuti E, Tuleski SC. Associação de medicamentos controlados em crianças: impactos para o desenvolvimento do psiquismo. *Psic. Escolar e Educ*. 2021; (25):1-8.
35. Pelham Junior WE, Fabiano GA, Waxmonsky JG, et al. Treatment Sequencing for Childhood ADHD: A Multiple-Randomization Study of Adaptive Medication and Behavioral Interventions. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2016; 45(4):396-415.
36. Pelham WE, Burrows-MacLean L, Gnagy EM, et al. A dose-ranging study of behavioral and pharmacological treatment in social settings for children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol*. 2014; 42(6):1019-31.
37. Hodgson K, Hutchinson AD, Denson L. Nonpharmacological treatments for ADHD: a meta-analytic review. *J Atten Disord*. 2014; 18(4):275-82.
38. Efron D, Davies S, Sciberras E. Current Australian pediatric practice in the assessment and treatment of ADHD. *Acad Pediatr*. 2013; 13(4):328-33.
39. Unal D, Unal MF, Alikasifoglu M, et al. Genetic Variations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder

- Subtypes and Treatment Resistant Cases. *Psychiatry Investig.* 2016; 13(4):427-33.
40. Lambez B, Harwood-Gross A, Golumbic EZ, et al. Non-pharmacological interventions for cognitive difficulties in ADHD: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2020; (120):40-55.
41. Reis ILF, Alves LFDC, Cunha LDRD, et al. Prescription refill in primary health care: a critical analysis. *Revista Médica de Minas Gerais.* 2018; (28).
42. Efron D, Mulraney M, Sciberras E, et al. Patterns of long-term ADHD medication use in Australian children. *Arch Dis Child.* 2020; 105(6):593-7.
43. de Zeeuw EL, van Beijsterveldt CEM, Ehli EA, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms and Low Educational Achievement: evidence supporting a causal hypothesis. *Behav Genet.* 2017; 47(3):278-89.
44. Parker J, Wales G, Chalhoub N, et al. The long-term outcomes of interventions for the management of attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: a systematic review of randomized controlled trials. *Psychol Res Behav Manag.* 2013; (6):87-99.
45. Carbray JA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2018; 56(12):7-10.
46. Sharpe K. Medication: the smart-pill oversell. *Nature.* 2014; 506(7487):146-8.
47. Krinzinger H, Hall CL, Groom MJ, et al. Neurological and psychiatric adverse effects of long-term methylphenidate treatment in ADHD: A map of the current evidence. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019; (107):945-68.
48. Nissen SE. ADHD drugs and cardiovascular risk. *N Engl J Med.* 2006; 354(14):1445-8.
49. Vitiello B. Understanding the risk of using medications for attention deficit hyperactivity disorder with respect to physical growth and cardiovascular function. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2008; 17(2):459-74.
50. Russell AE, Ford T, Russell G. Barriers and predictors of medication use for childhood ADHD: findings from a UK population-representative cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2019; 54(12):1555-64.
51. Gomes R, Golçalves L, Santos V. Vendas de metilfenidato: uma análise empírica no Brasil no período de 2007 a 2014. *Sigmae.* 2019; 8(2).
52. Walylo A. Avaliação das prescrições médicas de Ritalina®(metilfenidato) 10mg, disponibilizadas no serviço público de saúde no Município de Ponta Grossa, durante o período de janeiro à junho de 2015. [monografia]. Ponta Grossa: Faculdade Sant'ana; 2016.
53. Rodrigues VRC. Representações sociais de professores do ensino fundamental sobre o TDAH. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2020.
54. Bentley J, Snyder F, Brown SD, et al. Sex differences in the kinetic profiles of d- and l- methylphenidate in the brains of adult rats. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015; 19(13):2514-9.
55. Cheffer MH. Utilização de Metilfenidato por Sistema Público de Saúde em Município da Região Oeste do Paraná. Cascavel: Universidade Estadual do Oeste do Paraná; 2018.
56. Rader R, McCauley L, Callen EC. Current strategies in the diagnosis and treatment of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. *Am Fam Physician.* 2009; 79(8):657-65.
57. Rodrigues AL. A Pobreza mora ao lado: Segregação Socioespacial na Região Metropolitana de Maringá. [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2004.
58. Biéguas S, Correia Santana A, Banci Garcia F, et al. Inovação Social E Necessidades Na Cidade De Maringá, Uma Pesquisa Documental. *Rev Tecnol.* 2020; 29(1):99-112.

59. Jaber L, Rigler S, Shuper A, et al. Epidemiology of Ritalin Prescription in 6-18 Years Old Israeli Children - Time to Change Policy. *Harefuah*. 2017; 156(7):460-4.
60. Russell AE, Ford T, Russell G. Socioeconomic Associations with ADHD: Findings from a Mediation Analysis. *PLoS One*. 2015; 10(6):e0128248.
61. Brownell MD, Mayer T, Chateau D. The incidence of methylphenidate use by Canadian children: what is the impact of socioeconomic status and urban or rural residence? *Can J Psychiatry*. 2006; 51(13):847-54.
62. Webb E. Poverty, maltreatment and attention deficit hyperactivity disorder. *Arch Dis Child*. 2013; 98(6):397-400.
63. Lichtenstein P, Halldner L, Zetterqvist J, et al. Medication for attention deficit-hyperactivity disorder and criminality. *N Engl J Med*. 2012; 367(21):2006-14.
64. Loe IM, Feldman HM. Academic and educational outcomes of children with ADHD. *J Pediatr Psychol*. 2007; 32(6):643-54.
65. Pelham WE, Foster EM, Robb JA. The economic impact of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Ambul Pediatr*. 2007; 7(1sup):121-31.
66. Decotelli K, Bohrer L, Bicalho P. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. *Psicol. Ciênc. Prof*. 2013; (33):446-59.

---

Recebido em 20/04/2022

Aprovado em 24/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Brasil e Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti)

# O corpo da criança como receptáculo da violência física: análise dos dados epidemiológicos do Viva/Sinan

*The child's body as a receptacle of physical violence: analysis of epidemiological data from VIVA/SINAN*

Aline Conegundes Riba<sup>1</sup>, Fabiola Zioni<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E516

**RESUMO** A alta incidência da violência física contra a criança e o adolescente no Brasil aponta a necessidade urgente de elaboração de políticas públicas para enfrentar e prevenir esse problema. Objetivou-se estudar o perfil da violência física doméstica contra a criança e o adolescente no Brasil e regiões, no período de 2009 a 2019. Estudo descritivo, epidemiológico, baseado em dados secundários obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-NET) e sistema TabWin. A maior taxa de violência física doméstica se refere a meninas de 10 a 14 anos (248 por 100 mil habitantes). Em relação a crianças e adolescentes do sexo masculino, a faixa etária com maior taxa de violência física é de zero a 4 a anos (232 por 100 mil habitantes). A população indígena possui as maiores taxas de violência em todas as regiões. Pai e mãe são os agressores mais frequentes (41,13% e 39,84% respectivamente). Meninos são mais suscetíveis à violência física doméstica na infância, e meninas, na adolescência. A faixa etária mais acometida por violência física doméstica é de zero a 4 anos, e as raças mais acometidas são a indígena e a parda. Na maior parte das vezes, a violência aconteceu dentro de casa.

**PALAVRAS-CHAVE** Violência na família. Maus-tratos. Violência contra criança. Sistemas de informação em saúde. Epidemiologia descritiva.

**ABSTRACT** *The high incidence of physical violence against children and adolescents in Brazil points to the urgent need to develop public policies to address and prevent the problem. The present study is characterized as a descriptive epidemiological study of time-series, based on secondary data obtained from the Notifiable Diseases Information System (SINAN-NET, in Portuguese) and TABWIN system. The highest rate of domestic physical violence refers to girls aged 10 to 14 years (248 per 100 thousand inhabitants). In relation to male children and adolescents, the age group with the highest rate of physical violence is from 0 to 4 years (232 per 100 thousand inhabitants). The indigenous population has the highest rates of violence in all regions. Father and mother are the most frequent aggressors (41.13% and 39.84%, respectively). The present study identified that boys are more susceptible to physical domestic violence in childhood and girls in adolescence. The age group that is most affected by physical domestic violence is 0 to 4 years old. The races that are most affected by violence are indigenous and brown. Most of the times, violence happened at home.*

**KEYWORD** *Notification. Domestic violence. Children and adolescents. Health information systems. Descriptive epidemiology.*

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP), Faculdade Saúde Pública (FSP) – São Paulo (SP), Brasil.  
aline\_riba@usp.br



## Introdução

A violência contra a criança não é uma novidade das sociedades contemporâneas. Registros históricos apontam situações de violência contra criança manifestadas de diferentes formas em diversas sociedades.

A história mostra que, desde os tempos primitivos até o momento presente, a violência contra a criança se apresenta como um fenômeno social e cultural de grande relevância<sup>(91)</sup>.

Trezentos milhões de crianças com idades de 2 e 4 anos sofrem regularmente castigo físico e/ou violência psicológica perpetrada pelos pais e cuidadores. Isso significa que quase três em cada quatro crianças têm seus corpos como alvo de violência no mundo<sup>2</sup>.

Em relação ao Brasil, atualmente, há legislações nacionais de proteção à infância, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>3</sup> e a Lei Menino Bernardo<sup>4</sup>, impedindo os castigos físicos de qualquer natureza como forma de educar. Entretanto, ainda se convive com a violência física contra a criança e o adolescente na sociedade, por vezes com o olhar brando para as consequências e implicações para o desenvolvimento de crianças e adolescentes que vivenciam relações familiares violentas.

A criança, um sujeito em desenvolvimento, um ser humano em processo de socialização, tem seu corpo como objeto depositário de agressividade como forma de controle e punição de certos comportamentos considerados inadequados ao grupo no qual está inserida. “O corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações”<sup>5(132)</sup>.

O caráter arbitrário dos pais de decidirem sobre a vida de seus filhos faz com que a violência física esteja vinculada ao processo educativo. “Ela tem sido considerada, em todos os tempos, como um instrumento de socialização e portanto, como resposta automática a desobediências e rebeldias”<sup>1(92)</sup>.

A perspectiva da violência contra a criança e o adolescente será tratada neste estudo sob o enfoque da violência doméstica, fenômeno que ocorre no âmbito privado, dentro dos lares, nas relações familiares.

A violência doméstica ou intrafamiliar contra a criança e o adolescente é um grave problema de saúde pública. O seu enfrentamento requer ações nos diferentes níveis de atenção no âmbito da política de saúde, além de ações intersetoriais. No Brasil, esse tipo de violência atinge milhares de crianças e adolescentes através dos muros de silêncio das relações familiares, podendo trazer agravos de saúde, com importantes impactos ao desenvolvimento infantil. Os dados apontam que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes tem um alto grau de reincidência, caracterizando-se não como um evento isolado, mas como experiência de longa duração<sup>6</sup>.

Entre as consequências da violência física destacadas por Azevedo e Guerra<sup>7</sup>, estão: quadro de dificuldades escolares, ansiedade, angústia, medo, hostilidade, reprodução da violência, sequelas provenientes de lesões, fraturas, queimadura, invalidez permanente ou temporária, e, nos casos mais graves, podendo ser fatal.

O cerne desse estudo é a violência física, entendida como uso da força física, de natureza disciplinar ou punitiva, por parte de um cuidador ou responsável, contra o corpo da criança ou do adolescente. A violência física pode ter a função de disciplinamento corporal, ou seja, como forma de controle do comportamento da criança ou punição corporal, isto é, para punir e castigar a criança por um comportamento inadequado<sup>8</sup>.

Pode ser praticada por meio de tapas, beliscões, chutes e arremessos de objetos, o que causa lesões, traumas, queimaduras e mutilações. Apesar de subnotificada, é a mais identificada pelos serviços de saúde<sup>9(30)</sup>.

Nessa perspectiva, a violência física contra a criança é amplamente utilizada no Brasil. Devido ao processo histórico de naturalização,

ela é dificilmente identificada. Apenas os casos mais graves, com espancamentos mais severos, são notificados.

De acordo com o Ministério da Saúde:

A rede de serviços do SUS constitui-se num espaço privilegiado para a identificação, acolhimento, atendimento, notificação, cuidados e proteção de crianças e adolescentes em situação de violência<sup>9 (11)</sup>.

Os dados da Vigilância de Violência Interpessoal e Autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Viva/Sinan) são extremamente importantes para proporcionar visibilidade às violências contra a criança e o adolescente. Os profissionais da saúde são fundamentais para a produção desses dados a partir da identificação e notificação das violências. É fundamental o desenvolvimento do processo de educação permanente para garantir subsídios aos profissionais da saúde para o preenchimento e a geração de informações consistentes e de qualidade. As autoras ainda reforçam a relevância do retorno aos profissionais acerca dos dados e das informações construídas das notificações efetivadas por eles<sup>10</sup>.

Apesar das determinações legais, da obrigatoriedade e do reconhecimento do valor da notificação, os profissionais têm resistência em adotá-la como conduta. A subnotificação da violência é uma realidade no Brasil, e existem obstáculos técnicos específicos no processo de notificar. Em geral, a notificação é influenciada por questões pessoais dos profissionais, pelas especificidades do caso atendido, pelas estruturas insuficientes dos serviços, além do entendimento de que se deve preservar a privacidade da vida em família<sup>11</sup>.

Analisar os dados de violência física doméstica é bastante pertinente para o conhecimento epidemiológico acerca do problema. O estudo epidemiológico da violência física contra a criança é uma estratégia útil para dar visibilidade aos casos notificados, caracterizar o perfil da vítima, os principais agressores, os locais

de ocorrências, a proporção de violências fatais, entre outros aspectos que contribuem para a sistematização, a disseminação e o uso científico, social e estratégico da informação, de modo a subsidiar as ações de atenção, promoção, proteção às vítimas e aprimoramento de políticas públicas. Portanto, este estudo teve o objetivo de estudar o perfil da violência física doméstica contra a criança e o adolescente no Brasil e regiões, no período de 2009 a 2019.

## Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como descritivo, epidemiológico, baseado em dados secundários, obtidos no Sinan-NET (Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e sistema TabWin.

Os estudos descritivos visam determinar condições relacionadas com a saúde, segundo o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. A epidemiologia descritiva pode fazer uso de dados secundários e/ou primários<sup>12</sup>.

## População estudada

- Crianças que sofreram violência física doméstica por parte do pai, da mãe, da madrasta e do padrasto no Brasil e regiões, de 2009 a 2019;
- Adolescentes que sofreram violência física doméstica por parte do pai, da mãe, da madrasta e do padrasto no Brasil e regiões, de 2009 a 2019.

## Coleta de dados

As bases de dados secundários utilizadas na elaboração deste estudo não contêm dados de identificação dos indivíduos. Dessa forma, foi dispensada a apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

As orientações do Viva-Instrutivo foram usadas como base para a coleta de dados, levando em consideração o que é definido como violência física, a faixa etária utilizada para definir o que é criança e o que é adolescente e os campos de preenchimento obrigatório. Os dados foram coletados entre agosto e outubro de 2021.

É relevante ressaltar que, devido ao objetivo de estudo desta pesquisa, após a avaliação dos dados disponíveis no Sinan-NET e Tabnet, foi feito o recorte considerando a violência no âmbito doméstico e foram coletados dados em que os agressores foram: pai, mãe, padrasto e madrasta.

## Análise

Com o acesso ao sistema Sinan-NET e Tabnet, foi construído o banco de dados, e as análises foram processadas no programa Jamovi® e Microsoft Excel®.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva com elaboração de medidas de frequência absoluta e relativa.

Para elaboração da taxa de violência física

doméstica, foram utilizados os dados de estimativa da população de zero a 19 anos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>13</sup>, no Brasil e regiões.

## Resultados

Em todo o País, foram registradas 118.499 notificações de violência física doméstica contra crianças e adolescentes perpetrada por pai, mãe, padrasto e madrasta nos anos de 2009 a 2019. A taxa é de 187 por 100 mil habitantes.

Conforme a *tabela 1*, desse total, 28,44% das ocorrências se referem a crianças de zero a 4 anos de idade, e 55,37%, ao sexo feminino. As raças branca e parda tiveram maior percentual de ocorrência, com 41,23% e 37,76% respectivamente. A maior parte da violência física foi cometida pelo pai (41,13%) seguido da mãe (39,84%). Padrasto e madrasta foram os agressores com menor frequências (16,33% e 2,7% respectivamente). No que tange à região, o Sudeste e o Sul registraram os maiores percentuais de violência, 47,31% e 25,17% respectivamente.

Tabela 1. Número e proporção de violência física doméstica contra crianças e adolescentes segundo sexo, faixa etária raça/cor e autor da violência, 2009-2019

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	65.616	55,37
	Masculino	52.857	44,61
	Ignorado	26	0,02
Faixa etária	0 a 4 anos	33.705	28,44
	5 a 9 anos	27.262	23
	10 a 14 anos	32.060	27,06
	15 a 19 anos	25.239	21,3
	Ignorado	233	0,2
Raça/Cor	Branca	48.857	41,23
	Preta	8.933	7,54
	Parda	44.749	37,76
	Indígena	1.070	0,90
	Amarela	750	0,63
	Ignorado	14.140	11,94

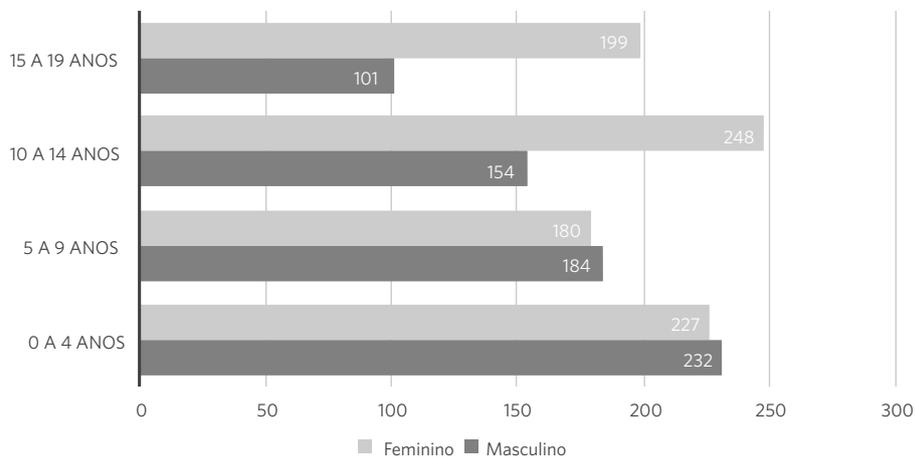
Variável	Categoria	n	%
Autor da violência	Mãe	47.216	39,84
	Pai	48.736	41,13
	Padrasto	19.347	16,33
	Madrasta	3.200	2,7
Região	Norte	7.475	6,31
	Nordeste	14.260	12,03
	Sudeste	56.660	47,81
	Sul	29.821	25,17
	Centro-Oeste	10.050	8,48
	Ignorado	233	0,2
Total		118.499	100

Fonte: elaboração própria.

De acordo com o *gráfico 1*, meninos sofrem mais violência quando crianças, e meninas, quando adolescentes. A maior taxa de violência física doméstica se refere a meninas de 10 a 14 anos (248 por 100 mil habitantes).

Em relação às crianças e aos adolescentes do sexo masculino, a faixa etária com maior taxa de violência física é de zero a 4 a anos (232 por 100 mil habitantes).

Gráfico 1. Taxa de violência física doméstica (por 100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo, 2009-2019



Fonte: elaboração própria.

Pode-se identificar que, na região Norte, em todas as faixas etárias, as crianças e os adolescentes do sexo feminino sofrem mais violência física doméstica que os do sexo masculino. O maior percentual é da faixa etária de 10 a 14 anos, em que 76,2% da violência física doméstica é perpetrada contra meninas.

Nas demais regiões, a violência física doméstica contra meninos acontece, na maior parte das vezes, na infância; e contra meninas, na adolescência.

Ao considerar o sexo masculino, em todas as

regiões, a faixa etária mais acometida por situações de violência foi de zero a 4 anos. Conforme a *tabela 2*, a maior taxa de violência física foi no Sul (488 por 100 mil habitantes), e a menor, no Norte (106 por 100 mil habitantes).

As meninas de zero a 4 anos sofrem mais violência nas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste se comparadas com as demais faixas etárias. No entanto, nas regiões Norte e Sudeste, a faixa etária de 10 a 14 anos apresenta a maior taxa de ocorrência (204 e 320 por 100 mil habitantes respectivamente).

Tabela 2. Taxa de violência física doméstica contra crianças e adolescentes (por 100 mil habitantes) nas regiões do Brasil, 2009-2019

Regiões	0 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos
<b>Norte</b>				
Feminino	123	137	204	108
Masculino	106	91	64	37
<b>Nordeste</b>				
Feminino	110	62	85	69
Masculino	118	59	57	54
<b>Sudeste</b>				
Feminino	250	215	320	291
Masculino	252	223	201	126
<b>Sul</b>				
Feminino	457	368	447	291
Masculino	488	421	308	174
<b>Centro-Oeste</b>				
Feminino	289	201	238	174
Masculino	305	212	156	102

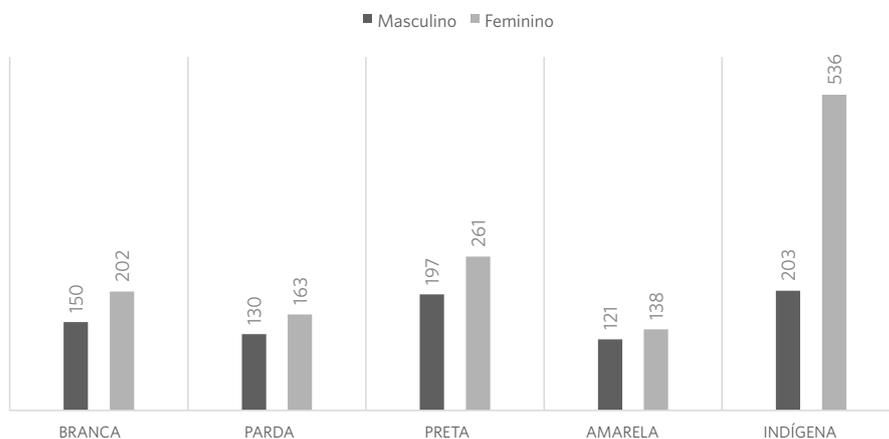
Fonte: elaboração própria.

Por sua vez, a raça/cor com maior taxa de violência física doméstica contra crianças é a indígena, seguida da preta. Em relação aos meninos, a taxa de violência na raça/cor indígena é de 203 por 100 mil habitantes, e na

raça/cor preta, é de 197 por 100 mil habitantes (*gráfico 2*).

A menor taxa se refere à população amarela do sexo masculino: 121 por 100 mil habitantes.

Gráfico 2. Taxa de violência física doméstica contra crianças e adolescentes (por 100 mil habitantes) segundo raça/cor, 2009-2019



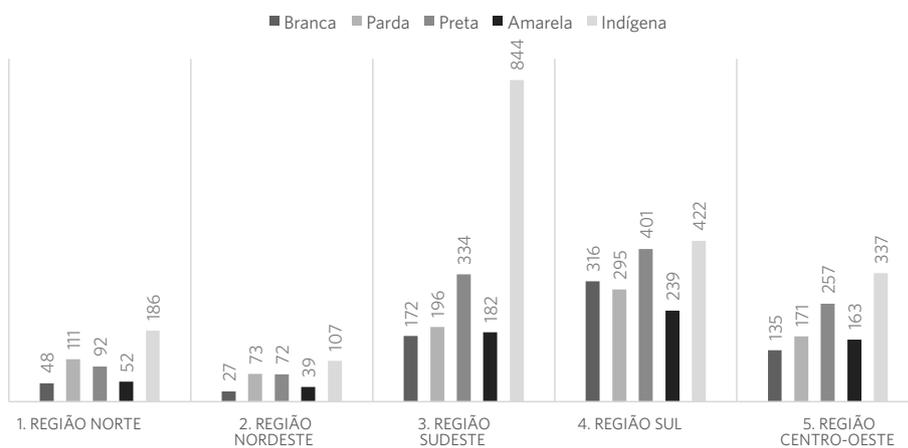
Fonte: elaboração própria.

A população indígena possui as maiores taxas de violência em todas as regiões brasileiras. A maior taxa é observada na região Sudeste, 844 por 100 mil habitantes (*gráfico 3*).

Na região Norte, a segunda maior taxa se

refere à população parda: 111 por 100 mil habitantes; e na região Nordeste, não houve diferença significativa entre a população preta e a parda, taxas de 72 e 73 por 100 mil habitantes respectivamente.

Gráfico 3. Taxa de violência física doméstica contra crianças e adolescentes (por 100 mil habitantes) nas Regiões do Brasil segundo raça/cor, 2009-2019



Fonte: elaboração própria.

A violência física doméstica ocorre 81,1% das vezes na própria residência. A via pública foi o segundo local de ocorrência mais notificado, sendo 7% das notificações.

## Discussão

A violência física doméstica contra crianças e adolescentes é uma realidade em muitos lares brasileiros, gerando consequências, agravos e impactos à saúde pública. A naturalização dos castigos físicos e a compreensão de que isso integra o processo educacional dificultam o enfrentamento desse fenômeno. Os achados deste estudo são importantes para a compreensão do perfil da população afetada e o conhecimento científico sobre a violência física contra crianças e adolescentes.

O presente estudo identificou que o maior percentual de violência física doméstica acomete as meninas. No entanto, quando o comparativo é apresentado por meio de taxa por 100 mil habitantes e discriminado pela faixa etária de ocorrência, é possível identificar que meninos sofrem mais violência durante a infância, enquanto meninas, durante a adolescência. É importante ressaltar que a taxa de violência contra meninas na adolescência foi bem maior do que contra meninos na mesma faixa etária.

Alguns autores afirmam que a capacidade de defesa dos meninos, baseada em sua maior força física, pode explicar por que, conforme vão crescendo, diminui a ocorrência de violência física contra eles<sup>14,15</sup>.

Em relação às meninas adolescentes, a prevalência em situações de vitimização doméstica é, geralmente, explicada pelos fatores socioculturais (principalmente as desigualdades de gênero) que, historicamente, impõem a esse grupo situações de violência<sup>14,15</sup>. A violência de gênero é um tipo de dominação e opressão estruturalmente construído nas relações sociais, reproduzido cotidianamente e subjetivamente, atravessando classes sociais, raças, etnias e faixas etárias<sup>16</sup>.

O presente estudo também analisou a variável sexo nos dados referentes às regiões do Brasil. No que se refere às regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste, foram identificados os mesmos resultados: meninos sofrem mais violência na infância, e meninas, na adolescência. No Nordeste, a taxa de violência contra meninos na faixa etária de zero a 4 anos é maior, e nas demais faixas etárias, as meninas apresentam a maior taxa. Na região Norte, a taxa de violência é maior para meninas de todas as faixas etárias.

No que tange à região Nordeste, Guimarães e Vilella<sup>17</sup> e Almeida, Sousa e Sousa<sup>18</sup> encontraram maior incidência de violência em meninas de todas as idades. O presente estudo se diferencia no achado referente à faixa etária de zero a 4 anos, em que os meninos apresentaram maior taxa de ocorrência de violência.

Estudo feito na região Norte apontou que o principal tipo de violência sofrida por mulheres de 11 a 20 anos é a física, e os agressores mais identificados são familiares<sup>19</sup>.

Os estudos de Gomes et al.<sup>19</sup> e Oliveira et al.<sup>20</sup> corroboram o achado no presente estudo, indicando a maior frequência de violência física em meninas na região Norte. Em relação às maiores taxas de violência física contra meninas nas regiões Norte e Nordeste, os significados da imagem social do feminino estão arraigados nas relações de violência, determinando subalternidade também na vida de crianças, cuja identificação como meninas pode colocá-las em um lugar social de inferioridade. A constatação é que meninas são vítimas de atos nocivos à sua integralidade física e mental apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino<sup>21,22</sup>.

O maior percentual de ocorrência de violência foi identificado na faixa etária compreendida entre zero e 4 anos. No entanto, as taxas (por 100 mil habitantes) separadas por sexo evidenciam que a maior ocorrência de violência contra meninos é na faixa etária de zero a 4 anos, e contra meninas, de 10 a 14 anos. Esse resultado se repete nas regiões Norte e Sudeste. Entretanto, nas regiões Sul, Nordeste e Centro-Oeste, a faixa etária que apresenta

as maiores taxas de ocorrência de violência é de zero a 4 anos de idade para ambos os sexos.

Embora não haja conformidade entre as análises em relação à faixa etária mais acometida por situações de violência física doméstica, esses autores apontam dados semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Crianças até os 4 anos de idade estão desenvolvendo a comunicação oral. Quando as pessoas se deparam com crianças que não falam, a interação pode não ocorrer e, com isso, a comunicação não se efetiva<sup>23</sup>. Assim sendo, os profissionais da saúde devem estar atentos aos sinais de violência física para a situação ser identificada, e a criança, protegida, evitando agravos e, como última consequência, o óbito da criança.

Em relação à maior taxa de violência física contra meninas de 10 a 14 anos, encontrada no Brasil e nas regiões Norte e Sudeste, coincidentemente, alguns autores apontam que, nessa mesma faixa etária, ocorre violência sexual com maior frequência contra adolescentes do sexo feminino<sup>24-27</sup>. Corroborando essas estatísticas, Inoue e Ristum<sup>28</sup> apontaram que cerca de 30% da violência sexual tem presença de coerção por meio do uso da força física. As autoras indicam a necessidade de estudar a violência sexual contextualizada com outras formas de violência.

Considerando esses dados, existe hipótese de um alto percentual de violência física contra adolescentes do sexo feminino de 10 a 14 anos estar relacionada com a ocorrência de violência sexual. No entanto, outros estudos são necessários para compreender possíveis relações entre esses dois tipos de violência contra meninas nessa faixa etária.

A questão racial também é fundamental para a discussão de violência contra crianças e adolescentes. O presente estudo identificou que a maior frequência de violência física se refere à raça/cor branca seguida da parda. No entanto, a ocorrência comparada por meio de taxa (100 mil habitantes) permite identificar que as maiores taxas se dizem respeito à raça/cor indígena seguida da preta. Meninas apresentam maiores taxas que meninos em todas as raças/cores.

Nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste, as maiores taxas também se referem às populações indígena e preta. Nas regiões Norte e Nordeste, as maiores taxas correspondem às populações indígena e parda. É importante ressaltar que a região Sudeste apresentou uma taxa altíssima de violência física contra crianças e adolescentes indígenas.

Segundo o preconizado pelo inciso IV do parágrafo único do Estatuto da Igualdade Racial (Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010):

[...] Para efeito deste Estatuto, considera-se: IV - População negra: o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, conforme o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefinição análoga<sup>29(1)</sup>.

É importante considerar não somente a frequência dos casos, mas também os padrões étnico-demográficos para estudar a ocorrência de violência entre raças/cores<sup>30,31</sup>. Em relação especificamente à ocorrência de violência contra crianças e adolescentes indígenas, não foram encontrados estudos que abordam a violência física intrafamiliar com essas populações. Estudos que versam sobre a especificidades dessas situações nas populações indígenas, como etnia, região, vulnerabilidades, entre outros aspectos, são importantes para compreender o fenômeno nessas populações.

Borges, Silva e Koifman<sup>32</sup> apontam a fragilidade da implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, evidenciada pelos piores indicadores de saúde, iniquidades de acesso, estratégias ineficazes de participação indígena, elevada descontinuidade das ações de saúde, ingerência financeira e dificuldades administrativas, entre outros fatores que precisam ser superados para ocorrer efetiva melhoria nas condições de saúde dos povos indígenas brasileiros. Contribuindo com o que foi dito sobre a fragilidade da atenção à saúde indígena, Sousa,

Moura e Mai<sup>33</sup> afirmam que a atenção específica aos indígenas necessita de ações socio-culturalmente adaptadas nos diversos níveis de complexidade da assistência à saúde. É fundamental assegurar a atenção à saúde da população indígena possibilitando a equidade e a humanização no atendimento, na esperança de reduzir as desigualdades existentes entre os indicadores de saúde da população indígena<sup>34</sup>, garantindo o entendimento do fenômeno e a atenção adequada a crianças e adolescentes em situação de violência intrafamiliar.

No que se refere à violência física doméstica contra a população negra, além de não haver políticas que permitam enfrentar suas causas raciais, a esfera pública vem falhando no seu papel de garantir o cumprimento da lei. Crianças negras são invisíveis ou são tratadas de forma diferente, silenciando as violências e as violações de direitos. Muitas situações de violência contra crianças negras não são encaminhadas ao Conselho Tutelar, e, quando são, o órgão apresenta dificuldade em garantir os direitos, as ações são menos eficazes e mais revitimizantes em decorrência do racismo estrutural. Esses aspectos apontam o fracasso do Conselho Tutelar em combater as violências e garantir os direitos de crianças e adolescentes negros<sup>35,36</sup>.

Lopes<sup>36</sup> ressalta que a violência contra essa população, muitas vezes, torna-se invisível por se acreditar que crianças e adolescentes negros já estão 'acostumados' a vivenciar certos tipos de situações e privações no contexto familiar.

O racismo está presente em todos os espaços e relações. Essas concepções podem prejudicar a atenção integral às situações de violência doméstica a crianças e adolescentes negros<sup>37</sup>. É fundamental garantir a equidade no que tange à efetivação dos direitos de crianças e de adolescentes e o desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção nos processos de formação e educação permanente de profissionais<sup>38</sup>.

Os resultados deste estudo apontam mãe e pai como os autores mais frequentes de violência física contra crianças e adolescentes. O

sentimento de pleno poder dos pais sobre a criança é socialmente construído a partir de exigências, padrões e permissões, legitimando tudo o que estes fazem, como se fosse oriundo de uma preocupação primária com o cuidado da prole. Além da aceitação da ideia de propriedade da criança pelos pais, a compreensão do castigo físico como recurso pedagógico produz a aceitação da violência física como possível conduta por parte dos pais. Esse padrão cultural contrapõe-se à ideia de reconhecimento da criança como um indivíduo, com suas vontades próprias e seu direito ao exercício da cidadania<sup>39,40</sup>.

O vínculo afetivo entre a criança e o autor da agressão é um dos fatores determinantes da consequência da violência para a criança e o adolescente. A violência parental se apresenta como uma das questões mais graves, considerando-se as sequelas resultantes na vida das pessoas envolvidas<sup>9,39</sup>.

Os fatores que produzem mães como autoras de violência física contra crianças, sobretudo na primeira infância, precisam ser mais bem estudados e aprofundados. No entanto, fica evidente a importância do olhar da saúde para a mulher que é mãe, inclusive para a prevenção das situações de violência contra a criança. Desde o pré-natal, é possível prevenir a violência contra crianças e adolescentes. Quanto mais cedo se inicia a prevenção, maiores são as chances de proteger os membros da família das situações de violência<sup>9</sup>. A rede de apoio social, nesse sentido, pode se constituir em um importante auxílio. É de fundamental importância que políticas públicas sejam implementadas para que as mães tenham o suporte e o cuidado necessários, considerando visitas periódicas de profissionais capacitados disponíveis para ouvir e atender às demandas das mães e das crianças<sup>41,42</sup>.

Os dados do presente estudo apontam que o pai agride mais que a mãe, e o padrasto agride com maior frequência que a madrasta. O homem entende seu papel paterno como provedor material e moral da família, contrapondo-se à necessidade de proximidade física e afetiva dos filhos. A necessidade de prover financeiramente é importante para

sobrevivência, mas não se sobrepõe às necessidades afetivas. Para avançar na superação do modelo de paternidade hegemônico, é fundamental a implementação de políticas públicas direcionadas a inserir os pais no contexto dos cuidados e das experiências mais afetivas<sup>43</sup>. O poder masculino, a agressividade, as desigualdades históricas e sociais de gênero, advindos do machismo e do patriarcado, provavelmente são produtores dessa lógica em que o homem precisa controlar os corpos e os comportamentos de seus filhos, trazendo consequências como a violência física, que acarreta mortes, mutilações e/ou invalidez em muitos casos<sup>44,45</sup>.

A literatura aponta que a própria casa, muitas vezes, é local mais vulnerável para a criança estar, porque é um lugar favorável para a ocorrência da violência pela permanência do agressor e da vítima durante a maior parte do dia, facilitando a omissão e dificultando a identificação das situações. O fato de a violência ocorrer dentro dos lares faz com que grande parte das crianças sejam silenciadas e a violência seja inacessível a observações superficiais, necessitando de profissionais treinados e orientados para a identificação dos seus sinais<sup>37,38,44</sup>.

O silenciamento e a cronificação da violência física podem produzir, como consequência, diversos sintomas que vão se acumulando e se potencializando à medida que progride a violência e/ou a ausência de tratamento. No que diz respeito aos aspectos biopsicossociais, os efeitos da violência podem surgir em curto ou em longo prazo<sup>9,46</sup>.

A violência cometida no ambiente doméstico é uma prática recorrente facilitada pelo fato de transcorrer sem intervenções de outras pessoas e sob a privacidade do lar; e toda essa configuração vai contra a ideia do lar como seguro e ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes<sup>47,48</sup>.

## Conclusões

A violência física doméstica contra crianças e adolescentes é um grave problema de saúde pública que traz inúmeros agravos; e, nos casos mais extremos, pode matar.

Conhecer os dados epidemiológicos acerca desse fenômeno é fundamental para subsidiar as políticas públicas de saúde e direcionar a atenção adequada às vítimas<sup>14</sup>.

O presente estudo identificou que a faixa etária mais acometida por violência física doméstica é de zero a 4 anos; meninos são mais suscetíveis à violência física doméstica na infância, e meninas, na adolescência – exceto na região Norte, na qual as meninas sofrem mais violência do que os meninos em todas as faixas etárias. As raças mais acometidas pela violência são a indígena e a parda.

Pai e mãe são os agressores mais frequentes, e o meio de agressão mais constante é força corporal/spancamento e, na maior parte das vezes, acontece dentro de casa.

A violência física doméstica contra crianças e adolescentes, por ser um fenômeno complexo e multifatorial, precisa ser constantemente estudada com o objetivo de aprofundar o conhecimento científico sobre sua ocorrência, desenvolver políticas públicas para o enfrentamento e adequar a atuação profissional.

É relevante ressaltar que, considerando a dificuldade de notificação da violência física doméstica nos sistemas de vigilância em saúde, tornam-se destacados estudos que busquem fontes alternativas de informação, permitindo descrever e compreender com mais aprofundamento o fenômeno da violência na infância e na adolescência<sup>14</sup>.

## Colaboradoras

Riba AC (0000-0002-7374-5332)\* contribuiu para redação do artigo, coleta de dados e análise dos dados. Zioni F (0000-0002-5594-4696)\* contribuiu para orientação da pesquisa. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

1. Minayo MCS. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2001 [acesso em 2021 21 out]; 1(2):91-102. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/mQqmmSTBf77s6Jcx8Wntkkg/abstract/?lang=pt>.
2. World Health Organization. *INSPIRE: Seven strategies for Ending Violence Against Children*. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial da União*. 16 Jul 1990.
4. Brasil. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União*. 26 Jun 2014.
5. Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
6. Moreira TNF, Martins L, Feuerwerker LCM, et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. *Revista Saúde soc.* 2014 [acesso em 2022 jan 23]; 23(3). (Dossiê Violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300007>.
7. Azevedo MA, Guerra VA. *A violência doméstica na infância e na adolescência*. São Paulo: Robe; 1995.
8. Azevedo MA, Guerra VA. *Mania de bater: A punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil*. São Paulo: Iglu; 2001.
9. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde*. Brasília, DF: Editora MS; 2010.
10. Delzियो CR, Bolsoni CC, Lindner SR, et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) em Santa Catarina, 2008-2013. *Rev. Epidem. Serviços de Saúde.* 2018 [acesso em 2021 nov 13]; 27(1). Disponível em: [https://www.scielo.br/j/ress/a/kj545QSF6Cgy98ddCGmmcTL/abstract/?lang=pt#:text=foram%20estudados%202.010%20registros%20de,%20C9%25%20\(excelente\)](https://www.scielo.br/j/ress/a/kj545QSF6Cgy98ddCGmmcTL/abstract/?lang=pt#:text=foram%20estudados%202.010%20registros%20de,%20C9%25%20(excelente)).
11. Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2002 [acesso em 2022 abr 10]. 18(1):315-319. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/TmrhSpH-Hf3QzVZJCdTgkqyx/abstract/?lang=pt>.
12. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2003 [acesso em 2022 mar 15]; 12(4):189-201. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742003000400003>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Diretoria de Pesquisa Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD)*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
14. Martins CBG, Jorge MHP. *A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006*. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2009 [acesso em 2021 out 21]; 18(4):315-334. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742009000400002>.
15. Pinto Júnior AA, Borges VC, Gonçalves JS. Caracterização da violência doméstica contra crianças e adolescentes e as estratégias interventivas em um

- município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Colet.* 2015 [acesso em 2021 abr. 1]; 23(2):124-131. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201500020062>.
16. Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2006.
17. Guimarães JATL, Vilela WV. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2011 [acesso em 2021 out 21]; 27(8):1647-1653. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800019>.
18. Almeida LAA, Sousa LS, Sousa AA. Epidemiologia da violência infantil um estado do nordeste do Brasil: série histórica de 2007 a 2016. *Rev. Pre Infec. e Saúde.* 2017 [acesso em 2022 maio 5]; 3(2):27-33. Disponível em: <https://www.ojs.ufpi.br/index.php/nup-cis/article/view/6457>.
19. Gomes VR, Lima VLA, Silva AF, et al. Violência contra a mulher na região norte: a versão da mídia impressa paraense. *Revista LEVS.* 2014 [acesso em 2022 maio 5]; (14):113-128. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/levs/article/view/4213>.
20. Oliveira NF, Moraes C, Junger WL, et al. Violência contra crianças e adolescentes em Manaus, Amazonas: estudo descritivo dos casos e análise da completude das fichas de notificação, 2009-2016. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020 [acesso em 2022 maio 5]; 29(1). Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100012>.
21. Fonseca RMG, Egry EY, Nóbrega CR, et al. Reincidência da violência contra crianças no Município de Curitiba: um olhar de gênero. *Acta paul. enferm.* 2012 [acesso em 2021 out 21]; 25(6):895-901. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000600011>.
22. Guimarães I. *Violência de gênero*. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Editora MS; 2006.
23. Deliberato D. Linguagem, interação e comunicação: competências para o desenvolvimento da criança com deficiência não oralizada. In: Nunes LROP, Schirmer CR, organizadores. *Salas abertas: formação de professores e práticas pedagógicas em comunicação alternativa e ampliada nas salas de recurso multifuncionais*. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2017. p. 299-310.
24. Justino LCL, Ferreira SRP, Nunes CB, et al. Violência sexual contra adolescentes: notificações nos conselhos tutelares, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2011 [acesso em 2021 out 21]; 32(4):781-787. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472011000400020>.
25. Delzivo CR, Bolsoni CC, Nazário NO, et al. Características dos casos de violência sexual contra mulheres adolescentes e adultas notificados pelos serviços públicos de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2017 [acesso em 2021 mar 15]; 33(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002716>.
26. Sena CA, Silva MA, Falbo Neto GH. Incidência de violência sexual em crianças e adolescentes em Recife/Pernambuco no biênio 2012-2013. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2021 abr 1]; 3(5):1591-1599. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018235.18662016>.
27. Pereira VOM, Pinto IV, Mascarenhas MDM, et al. Violências contra adolescentes: análise das notificações realizadas no setor saúde, Brasil, 2011-2017. *Rev. bras. epidemiol.* 2020 [acesso em 2021 out 21]; 23(supl1). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200004.supl.1>.
28. Inoue SRV, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2021 out 21]; 25(1):11-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000100002>.
29. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial da União*. 20 Jul 2010.

30. Oliveira JR, Costa COM, Amaral MTR, et al. Violência sexual e ocorrências em crianças e adolescentes: estudo das incidências ao longo de uma década. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2022 abr 27]; 19(3):759-771. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3fqJ9ysFX8C6zF7SspmH7qz/abstract/?lang=pt>.
31. Cervantes GV, Jornada LK, Trevisol FS. Perfil epidemiológico das vítimas de violência notificadas pela 20ª gerência regional de saúde de Tubarão, SC. *Rev. AMRIGS.* 2012 [acesso em 2022 abr 27]; 56(4). Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/43034703/perfil-epidemiologico-das-vatimas-de-violancia-notificadas-amrigs>.
32. Borges MFSO, Silva IF, Koifman R. Histórico social, demográfico e de saúde dos povos indígenas do estado do Acre, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2020 [acesso em 2022 maio 5]; 25(6):2237-2246. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.12082018>.
33. Sousa V, Moura MB, Mai LD. Saúde indígena urbana: interface entre ações estatais e não estatais. Maringá: Editora CESUMAR; 2012.
34. Guimarães VLB. A qualidade da atenção à saúde indígena no Brasil. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
35. Noronha CV, Machado EP, Tapparelli G, et al. Violência, etnia e cor: um estudo dos diferenciais na região metropolitana de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev. Panam Salud Publica.* 1999 [acesso em 2021 nov 27]; 5(4/5):268-277. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/1999.v5n4-5/268-277/#ModalArticles>.
36. Lopes MLS. “Infâncias Capturadas” e trajetórias de crianças negras encaminhadas pela escola ao Conselho Tutelar. [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2014. 195 p. [acesso em 2021 nov 27]. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/1583>.
37. Santiago F. “Não é nenê, ela é preta”: educação infantil e pensamento interseccional. *Educ. Rev.* 2020 [acesso em 2021 nov 27]; 36(1). Disponível em: [tps://periodicos.ufmg.br/index.php/edrevista/article/view/37835](https://periodicos.ufmg.br/index.php/edrevista/article/view/37835).
38. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS. 3. ed. Brasília, DF: Editora MS; 2017.
39. Ricas J, Donoso MTV, Gresta MLM. A violência na infância como uma questão cultural. *Texto Contexto – Enferm.* 2006 [acesso em 2022 mar 15]; 15(1):151-154. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000100019>.
40. Deslandes SF. Prevenir a violência; um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.
41. Baluta MC, Moreira D. A injunção social da maternagem e a violência. *Rev. Estud. Fem.* 2019 [acesso em 2021 27 nov]; 27(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n248990>.
42. Rapoport A, Piccinini CA. Apoio social e experiência da maternidade. *Rev Bras Cresc. Desenvol. Hum.* 2006 [acesso em 2022 mar 15]; 16(1). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822006000100009](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822006000100009).
43. Freitas WMF, Silva ATC, Coelho AC, ET AL. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. *Rev. Saúde Pública.* 2009 [acesso em 2022 jun 9]; 43(1):85-90. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2009.v43n1/85-90/pt#:text=O%20homem%20continua%20a%20entender,afetiva%20de%20pai%20e%20m%C3%A3e>.
44. Barboza HHG, Almeida Junior VA. (Des)Igualdade de gênero: restrições à autonomia da mulher. *Rev Ciênc Juríd.* 2017 [acesso em 2022 mar 27]; 22(1):240-271. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rpen/article/view/5409>.
45. Gomes VR, Lima VLA, Silva AF, et al. Violência contra a mulher nas regiões do Brasil: a versão da mídia paraense. *Rev Eletr. Gest. Saúde.* 2013 [acesso em 2022 mar 15]; 4(3). Disponível em: <https://pdfs.semantics->

cholar.org/7841/946dcd804c4cf1f12293c1f010df37ef6a20.pdf.

46. Martins CBG. Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção. *Rev. Bras. Enferm.* 2013 [acesso em 2021 out 21]; 66(4):578-584. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400017>.

47. Nunes AJ, Sales MCV. Violence against children in Brazilian scenery. *Ciênc. Saúde Colet.* 2016 [acesso em 2021 nov 27]; 21(3):871-880. Disponível em: [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/violence-against-children-in-brazilian-](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/violence-against-children-in-brazilian-scenery/15248?id=15248)

[-scenery/15248?id=15248](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/violence-against-children-in-brazilian-scenery/15248?id=15248).

48. Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública.* 2000 [acesso em 2021 nov 27]; 16(1):129-137. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100013>.

---

Recebido em 30/06/2022

Aprovado em 03/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Abuso sexual contra crianças: construindo estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife

*Sexual abuse against children: building coping strategies in Primary Health Care in a municipality in the metropolitan region of Recife*

Mitlene Kaline Bernardo Batista<sup>1</sup>, Wanessa da Silva Gomes<sup>1</sup>, João Augusto Machado Villacorta<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E517

**RESUMO** Trata-se de um estudo do tipo pesquisa-ação, de caráter analítico, com abordagem qualitativa na coleta e análise dos dados. Teve como objetivo construir, com os profissionais da equipe de Saúde da Família de um município da região metropolitana do Recife, estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças. O Círculo de Cultura foi utilizado como a técnica de coleta e intervenção, na qual foram realizados cinco encontros. Os resultados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, sendo divididos em quatro blocos, que discutem: 1. Conceito do abuso sexual contra crianças; 2. Estratégias de prevenção dos casos de abuso sexual contra crianças; 3. Como intervir diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças presentes no território; e 4. Construindo estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças. Conclui-se este estudo afirmando que ainda é grande a necessidade em trabalhar essa temática com as equipes de Saúde da Família visto que a maioria dos profissionais nunca havia participado de um encontro sobre esse assunto. Consequentemente, percebem-se diversas fragilidades no conhecimento destes. Ademais, é importante fortalecer a educação permanente, visando à continuidade das discussões sobre essa e outras temáticas inerentes à prática profissional dos trabalhadores.

**PALAVRAS-CHAVE** Violência. Abuso sexual na infância. Atenção Primária à Saúde. Estratégias de saúde nacionais. Saúde da criança.

**ABSTRACT** *This is an action-research study, analytical in nature, with a qualitative approach to data collection and analysis. It aimed to build, together with the professionals of the Family Health team of a city in the metropolitan region of Recife, strategies to face sexual abuse against children. The Culture Circle was used as the collection and intervention technique, in which five meetings were held. The results were analyzed using Content Analysis and were divided into four blocks, which address: 1. The concept of sexual abuse against children; 2. Strategies to prevent cases of sexual abuse against children; 3. How to intervene in the face of suspected and/or confirmed cases of sexual abuse against children present in the territory, and 4. Building strategies to combat sexual abuse against children. We conclude this study stating that there is still a great need to work on this issue with the Family Health teams, since most professionals had never participated in a meeting on this subject. Consequently, we perceive several weaknesses in their knowledge. Furthermore, it is important to strengthen permanent education, aiming at the continuity of discussions on this and other themes inherent to the professional practice of workers.*

**KEYWORDS** *Violence. Child abuse, sexual. Primary Health Care. National health strategies. Children's health.*

<sup>1</sup>Universidade de Pernambuco (UPE) - Garanhuns (PE), Brasil. mitlenekaline@gmail.com

<sup>2</sup>Prefeitura do Recife, Secretaria de Saúde, Centro de Referência para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência (Cerca) - Recife (PE), Brasil.

## Introdução

A questão da violência constitui um fenômeno complexo e dinâmico, por envolver as relações sociais, inclusive familiares, e por necessitar de intervenções multiprofissionais e inter-setoriais no âmbito da assistência social e da saúde pública<sup>1</sup>.

No caso de violência contra crianças, a situação é mais preocupante, já que, por serem indefesas, dependentes e frágeis, física e emocionalmente, estão entre as vítimas mais acometidas pela violência interpessoal familiar. Trata-se de um quadro doloroso, alimentado por uma sociedade adultocêntrica, em que as formas de educar e disciplinar se estabelecem, muitas vezes, por meio de métodos agressivos utilizados pelos próprios pais<sup>2</sup>.

As formas de violência são reconhecidas pelas suas facetas mais comuns: física, psicológica, sexual e negligencial. A primeira caracteriza-se pelo uso de força física e/ou de algum tipo de arma/instrumento que possa causar lesões internas e/ou externas. A segunda inclui toda ação ou omissão que visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento do sujeito. A violência sexual ocorre quando a vítima é obrigada a realizar práticas sexuais com outra pessoa, por meio do exercício de poder, força física e/ou influência psicológica para obtenção do que deseja – um dos tipos dessa violência é o abuso sexual. Já a negligencial é a omissão de responsabilidades e de cuidado de algum membro da família em relação a outro<sup>3</sup>.

Uma das principais medidas de enfrentamento dessa problemática pelo governo brasileiro foi a criação, em 1990, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Essa diretriz regulamentou a Constituição brasileira, ratificando a situação da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, tendo como eixo fundamental a sua proteção integral<sup>4</sup>. O ECA possui uma formulação clara sobre o papel do sistema educacional e da saúde ante os casos de suspeita ou confirmação da violência: identificar, notificar e proteger a vítima dando apoio também à sua família<sup>5</sup>.

Vale salientar que, conforme o ECA, as crianças serão sempre consideradas vítimas, ainda que envolvidas em situações de delito, já que a responsabilidade se situa sobre um adulto de referência. Sendo assim, os casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes devem ser comunicados ao Conselho Tutelar (CT), caso contrário, o profissional poderá sofrer punição<sup>6</sup>.

A ficha de notificação compulsória de maus-tratos contra crianças e adolescentes, fomentada pelo ECA constitui uma poderosa ferramenta de política pública, pois ajuda a dimensionar a questão da violência, avalia a necessidade de mais investimentos na vigilância e na assistência, e auxilia no desenvolvimento de mais pesquisas sobre a temática, contribuindo para a diminuição da violência<sup>7</sup>. A notificação também facilita o acionamento da rede de apoio para que sejam promovidos, coletivamente, os cuidados necessários à proteção integral da criança.

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um dos principais componentes dessa rede, atuando como porta de entrada à atenção dessas crianças em situação de violência, incluindo os casos de abuso sexual contra crianças. Um dos principais dispositivos da APS são as Unidades de Saúde da Família (USF), as quais, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), criada como programa em 1994, permitem uma resposta/atuação da saúde pública mais próxima à questão do abuso sexual em sua dimensão territorial, tendo em vista a centralidade da família e a abordagem comunitária<sup>8</sup>.

No contexto da ESF, os vínculos estabelecidos entre os profissionais e os usuários facilitam a identificação, a intervenção e o acompanhamento das situações de abuso sexual contra crianças. Entretanto, isso nem sempre acontece. Diversos estudos têm demonstrado o quanto os profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) estão despreparados para lidar com essa temática que se apresenta com certa frequência nos territórios<sup>9-11</sup>. Nesse sentido, o medo, a insegurança e as fragilidades na rede assistencial são alguns dos desafios a serem vencidos<sup>12</sup>.

Inserida no cotidiano de algumas USF, uma das autoras deste trabalho, atuando como psicóloga da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), pôde observar o quanto são escassas entre as eSF as discussões sobre a temática do abuso sexual contra crianças, mais que isso, alguns profissionais evitam até tocar no assunto, porque acaba gerando muitos incômodos pessoais e mobilizações internas. Quando as equipes se deparam com algum caso nessa direção, os profissionais enfrentam desafios para lidar com ele. Durante a vivência no território, ao envolver-se nas reuniões de equipe e discussões de casos, foi possível identificar também o desconhecimento da rede socioassistencial e de suporte local, bem como uma falta de entendimento em sua articulação. Esse panorama parece demonstrar a necessidade de investimentos em discussões sobre essa temática, de modo a sensibilizar os profissionais acerca da importância da atuação das equipes, de forma assertiva, perante os casos de abuso sexual contra crianças.

Sendo a eSF um dispositivo estratégico para o enfrentamento da violência contra crianças, bem como para a promoção da saúde, entende-se ser necessário que todos os profissionais estejam aptos para lidar com essas situações no cotidiano do trabalho, prevenindo novos casos e intervindo de forma eficaz naqueles já ocorridos<sup>13</sup>. Assim, abrir espaços de diálogo constitui uma das ferramentas possíveis à promoção da Educação Permanente em Saúde (EPS) e qualificação profissional no/pelo trabalho.

Este artigo é um recorte da dissertação do mestrado de uma das autoras. Teve-se como objetivo principal: construir, com os profissionais da eSF de um município da região metropolitana do Recife, estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças.

## Percurso metodológico

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação, de caráter analítico, com abordagem qualitativa na coleta e análise dos dados.

Com base nos objetivos estabelecidos para este estudo, entende-se que a abordagem qualitativa é a mais indicada, pois esse modo de fazer pesquisa se preocupa com o aprofundamento do entendimento de um grupo social<sup>14</sup>.

A escolha desse caminho metodológico está relacionada com o fato de que esse recurso se aproxima da realidade social, para, a partir disso, intervir de forma direcionada e transformadora. Contudo, sabe-se que a escolha de um procedimento técnico jamais propiciará uma compreensão totalitária da realidade, devido às limitações existentes e à complexidade dos fenômenos envolvendo as relações humanas com o ambiente, o trabalho e o meio social de forma geral<sup>15</sup>.

O estudo foi desenvolvido no município do Paulista, situado no estado de Pernambuco. A produção das informações *in loco* foi realizada no contexto da APS, mais especificamente, em uma USF.

Os participantes de pesquisa que foram convidados a contribuir com este estudo são os profissionais das equipes-base que compõem as eSF, os quais são: Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e assistente administrativo. Ao todo, participaram da pesquisa 16 profissionais, com experiência de atuação há, no mínimo, 6 meses.

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foram utilizados como recurso os gravadores de áudio, que foram consentidos pelos sujeitos participantes. Utilizaram-se como técnicas de coleta de dados:

## Círculos de Cultura

Esta técnica configura-se como uma ferramenta metodológica proposta por Paulo Freire. Fundamentada na pedagogia libertadora e problematizadora desse teórico, o Círculo de Cultura (CC) representa conceitualmente um espaço dinâmico, com ênfase no diálogo, com possibilidades de troca mútua de conhecimentos, para uma educação em saúde emancipatória<sup>16</sup>.

Com base no delineamento do ‘Método Paulo Freire’ descrito por Monteiro e Vieira<sup>17</sup>, o desenvolvimento do CC consiste em três momentos: a) a investigação temática, pela qual os componentes do círculo e o facilitador buscam as palavras e os temas centrais concernentes ao assunto proposto; b) a tematização, mediante a qual há uma codificação e decodificam esses temas; e c) a problematização, composta por reflexões a partir de uma visão crítica para propor alguma transformação do contexto vivido.

A metodologia dos CC conta com um facilitador do grupo, no caso, a pesquisadora; contou-se também com a participação de outra profissional do Nasf-AB, convidada a (co)facilitar o espaço, auxiliando na condução e registro das atividades. A coleta de dados foi composta por cinco encontros, com uma duração média de duas horas cada. O *quadro 1* expõe, para cada encontro, o quantitativo de participantes e suas respectivas categorias profissionais.

Quadro 1. Quantitativo dos participantes dos encontros e suas categorias profissionais

Encontro	Número de Participantes	Categoria Profissional
Primeiro encontro	14 participantes	Nove ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo.
Segundo encontro	14 participantes	Nove ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo.
Terceiro encontro	12 Participantes	Seis ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem, um auxiliar administrativo e um dentista.
Quarto encontro	13 participantes	Oito ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem e um auxiliar administrativo.
Quinto encontro	14 participantes	Nove ACS, um enfermeiro, uma médica, uma ASB, uma técnica de enfermagem e um auxiliar administrativo.

Fonte: elaboração própria.

Com o objetivo de assegurar o sigilo dos profissionais participantes da pesquisa, cada um foi identificado pela sigla de Sujeito Participante (SP) juntamente com a sigla da formação correspondente: aqueles que têm a formação em graduação serão nomeados como Sujeito Participante Graduado (SPG); os que são técnicos, Sujeito Participante Técnico (SPT); e os profissionais de nível médio, Sujeito Participante Médio (SPM). Dessa forma, foram: 3 SPG (1 enfermeiro, 1 médica e 1 dentista); 2 SPT (1 técnica de enfermagem e 1 ASB); e 10 SPM (9 ACS e 1 auxiliar administrativo).

O primeiro encontro se deu para investigação temática, que foi a ação na qual o facilitador e os membros do CC elencaram as palavras e os temas centrais a serem trabalhados. Essas temáticas partem da realidade e da vivência dos participantes; elas são denominadas de

temas dobradiças ou palavras geradoras, e são fundamentais para compreensão do contexto da temática escolhida<sup>19</sup>. As palavras e temas centrais significam o contexto real no qual os participantes vivem, sendo essenciais para a condução do CC e realização dos encontros subsequentes. De acordo com Ferraz et al.<sup>20(206)</sup>.

Na medida em que os participantes do processo educativo apontam o tema a ser trabalhado - o que realmente interessa no momento, tornam-se corresponsáveis pela mudança e melhorias das condições de vida e trabalho.

No segundo, terceiro, quarto e quinto encontro, foram discutidos os temas levantados pelos participantes no primeiro momento, sempre com o referencial na temática do abuso sexual contra crianças. No quinto encontro,

além do tema abordado, foram realizadas a devolutiva e a validação das análises gerais e a avaliação do processo. Ressalta-se que, em cada encontro, iniciavam-se os debates por meio de algum recurso associativo e lúdico,

que colaborava com a espontaneidade e a participação de todos os envolvidos.

No *quadro 2*, disposto a seguir, inseriram-se as cinco oficinas e o tema que foi trabalhado em cada uma delas.

Quadro 2. Temas trabalhados em cada encontro

Encontro	Temas
Primeiro encontro	Chuva de ideias sobre o tema central
Segundo encontro	Conceituando o abuso sexual contra crianças e suas manifestações
Terceiro encontro	Como prevenir os casos de abuso sexual contra crianças?
Quarto encontro	Como intervir diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças?
Quinto encontro	Construindo estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças

Fonte: elaboração própria.

## Análise de dados

O processo de análise do material oriundo dos encontros ocorreu a partir da análise de conteúdo. Segundo Bardin<sup>21</sup>, a análise de conteúdo representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com o objetivo de obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos das mensagens, indicadores que permitam a análise dos conhecimentos obtidos desses discursos. Esta análise foi feita em três fases, com base nas etapas propostas por Bardin<sup>21</sup>: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise é uma fase que tem por objetivo organizar o material que será trabalhado, operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais. Trata-se da organização propriamente dita, desenvolvida com base em cinco etapas: a) leitura flutuante; b) escolha dos documentos; c) formulação das hipóteses e dos objetivos; d) referenciação dos índices e elaboração de indicadores; e) preparação do material<sup>21</sup>.

A segunda fase é a exploração do material,

que consiste na definição de categorias (sistemas de codificação), na identificação das unidades de registro e das unidades de contexto nos documentos. Essa é a fase da descrição analítica, com base em um estudo aprofundado e longo, orientado pelo referencial teórico e as hipóteses da pesquisa<sup>21</sup>.

O tratamento dos resultados, inferência e interpretação é a terceira fase. Essa etapa tem como objetivo tratar os resultados minuciosamente; ocorrem também a condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; pode contemplar intuições, análise reflexiva e crítica<sup>21</sup>.

Salienta-se que esta pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os parâmetros bioéticos da Resolução nº 510/16 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). Sendo assim, foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Multicampi Garanhuns da Universidade de Pernambuco, sendo aprovada com a CAAE: 44331820.4.0000.0128 e parecer de número: 4.631.525.

## Resultados e discussões

### Conceituando o abuso sexual contra crianças

Com o propósito de compreender a percepção e o conhecimento da população do estudo sobre a temática da pesquisa, iniciou-se abordando o que é abuso sexual contra crianças para os profissionais de saúde, buscando o entendimento sobre elementos indispensáveis nessa discussão e na construção do cuidado em saúde local.

Entende-se que o esclarecimento de concepções errôneas acerca do abuso sexual contra crianças é um dos primeiros passos para a sua prevenção e enfrentamento. Para tal, é necessário ter clareza sobre o que é essa violência, como ela ocorre, quais são suas consequências, a legislação vigente e a atuação profissional<sup>22</sup>.

Durante o estudo, houve dois momentos nos quais foi solicitado aos sujeitos participantes que falassem e desenhassem o que eles entendiam sobre abuso sexual contra crianças; no primeiro e no segundo encontro, trabalhou-se esse assunto de forma mais focal. No primeiro diálogo, cada um desenhou o que entendia por abuso sexual contra crianças, o que mais vinha à mente ao pensar sobre esse tema; durante a apresentação do desenho, o conceito sobre abuso foi sendo construído de forma coletiva.

No segundo diálogo, aprofundou-se mais ainda essa ideia, com o objetivo de estabelecer uma 'base sólida' para avançar nas demais discussões. No decorrer do encontro, teve-se um debate extenso e, por vezes, divergente entre os profissionais, levando um dos sujeitos participantes a sintetizar as diversas falas e a apresentar para o grupo um possível conceito de abuso sexual, o qual foi validado coletivamente e usado na construção do *folder* que será apresentado posteriormente.

Dessa forma, a concepção sobre abuso sexual contra crianças foi a seguinte:

*Eu tava tentando sintetizar essas coisas na minha cabeça para não sair daqui com um conflito se não, não vai valer a pena. Descrevendo de todas as fontes que você trouxe e que a gente formulou, eu coloquei assim: o abuso sexual é quando uma pessoa adulta ou adolescente intencionalmente, expõe ou submete uma criança através de manipulação emocional ou de força física a atividades com teor sexuais de forma presencial ou não, com a finalidade de se satisfazer sexualmente. (SPG).*

### Como prevenir os casos de abuso sexual contra crianças?

A literatura comprova que uma das melhores estratégias de prevenção ao abuso sexual contra crianças ocorre por meio da educação sexual infantil<sup>22-24</sup>. Em uma sociedade regada pelo tabu, falar sobre sexualidade para criança parece até uma balbúrdia.

O processo de educação sexual é algo que ocorre durante toda a vida do sujeito desde o seu nascimento, visto que as pessoas que convivem com a criança – pais, parentes, professores – exercem grande influência sobre esse aprendizado<sup>24</sup>. Ressalta-se que a educação sexual não se restringe a falar sobre sexo ou ato sexual, é algo muito além disso.

Ela deve ser entendida como um

Direito que as crianças e/ou adolescentes têm de conhecer seu corpo e ter uma visão positiva da sua sexualidade; de manter uma comunicação clara em suas relações; de ter pensamento crítico; de compreender seu próprio comportamento e o do outro<sup>23(252)</sup>.

Envolve nomear corretamente as partes íntimas, entender sobre privacidade, intimidade, limite corporal, afetividade etc. A ideia é que a educação sexual infantil ocorra de forma leve, lúdica e interativa, sendo assim, a criança terá abertura para tirar dúvidas com os seus cuidadores e contar para alguém de confiança caso aconteça uma situação de perigo e/ou ameaça.

De acordo com Dell’Aglío e Garcia<sup>24</sup>, as bases da educação sexual infantil iniciam-se quando suas necessidades básicas de alimento e afeto são supridas. Os cuidados gerais com a criança, como alimentar, segurar, acariciar, conversar, regados com atenção poderão lhe dar sentido de confiança, intimidade e bons sentimentos que repercutiram ao longo da sua vida.

É notório que as crianças bem informadas sobre tais temas são menos vulneráveis do que as crianças desinformadas; estas podem ser mais facilmente enganadas e coagidas a manter o segredo sobre a violência e até mesmo a ter dificuldade de perceber se o que está acontecendo é um abuso ou não<sup>23</sup>. Diversos agressores analisam antes o perfil da criança e tendem a explorar mais aquelas que não são bem instruídas. O abuso sexual pode ser prevenido se as crianças forem capazes de “reconhecer o comportamento inapropriado do adulto, reagir rapidamente, deixar a situação e relatar para alguém o ocorrido”<sup>24(21)</sup>. É de suma importância que a criança aprenda a se autoprotoger, garantindo o seu direito de dizer ‘não’ às investidas sexuais do abusador, bem como rompendo com o silêncio ao contar para uma pessoa da sua rede de proteção<sup>23</sup>.

Os profissionais de saúde também devem fazer parte dessa rede de proteção da criança, inclusive sensibilizar e fortalecer o processo de educação sexual infantil nas comunidades adscritas das USF.

Tendo como objetivo abordar essa temática de forma interativa e coletiva, a pesquisadora utilizou como recurso disparador imagens impressas das partes íntimas que foram dispostas no chão no centro do círculo. Os sujeitos participantes foram questionados sobre como se sentiam ao ver aquelas imagens e como seria para eles conversar sobre o assunto com as crianças. De início, percebeu-se muita resistência dos profissionais, principalmente dos ACS.

Nas imagens dos órgãos genitais expostas aos sujeitos participantes, algumas eram mais lúdicas/infantis, e outras, mais técnicas. Houve certa resistência em apresentar as imagens mais elaboradas para crianças maiores, mesmo

sendo para fins educativos, utilizados na escola, por exemplo.

*Essa que está a sua frente, é uma coisa que dá para passar, essa não dá, e tem uma coisa bem anatômica, eu vejo aí duas coisas, duas propostas bem distintas, bem técnica, bem centrífuga que talvez vulgarizasse um pouquinho se a gente fosse, numa idade mais, numa idade menor tá. Eu acho que não tem como, assim, eu não vejo assim, meu filho hoje tem 10 anos, eu não vejo a professora dele chegando com aquela imagem lá bem técnica, com uma vulva, mostrando isso aqui é isso aqui, eu não consigo perceber isso dentro de sala aula. (SPG).*

Em contrapartida, houve também falas mais receptivas sobre esse assunto, englobando a importância de dizer os nomes corretos das partes íntimas. Um dos relatos sobre educação sexual infantil foi da SP como se pode observar no trecho abaixo:

*Eu acho tranquilo! É eu já escutei até do meu filho, que aí eu falei para ele que essa pitoca pode ser chamada de pênis [...] eu acho que isso tem que ser ensinado em casa, a educação sexual começa dentro de casa. Eu tenho um filho de 3 anos, e já expliquei para ele que pitoca também é pênis! e eu acho da mesma forma que se fosse uma menina também não tinha problema pra mim. A não ser que fosse um assunto assim, eu acho que essa questão dos toques, essa questão de sentir o sinal, mas aí eu falei né a mamãe vai limpar a pitoca, mas se alguém que você não conhece não pode mexer. É bom assim, eu acho que isso é uma educação né, é aquela coisa que você vai diariamente falando e para mim isso já é bem natural, pela minha profissão, isso acaba sendo um pouco mais fácil, mas não vejo que seja um problema. (SPG).*

### **Como intervir diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças?**

Tendo trabalhado a ideia da conceituação, identificação e da prevenção do abuso sexual

contra crianças, no quarto encontro, abordou-se a intervenção diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso. Na APS, é comum, entre a maioria dos profissionais, o despreparo diante dessa demanda. Há um desconhecimento da rede de proteção e dos próprios equipamentos de saúde que podem e devem dar suporte à criança e sua família. Outro ponto que vale a pena ressaltar é sobre o (des)uso da ficha de notificação de violência.

Para facilitar a discussão sobre o tema e a construção do conhecimento em conjunto, a pesquisadora levou um estudo de caso de uma criança que estava passando por um possível abuso sexual ocasionado pelo pai. Diante do caso, os sujeitos participantes foram relatando o que poderia/deveria ser feito para proteger a criança. Com o objetivo de dinamizar a discussão, fez-se uma dinâmica em que cada sujeito participante da pesquisa representava um dos equipamentos que poderia ser acionado pela eSF. A criança e sua família ficaram no centro da roda com um barbante amarrado no dedo; ao longo da discussão e identificação dos equipamentos, o barbante ia sendo repassado de mão em mão, formando assim uma grande 'teia da proteção'. Foi discutido também sobre a (des)vinculação entre a eSF e cada serviço destacado, construindo assim o ecomapa.

De forma geral, a grande maioria dos sujeitos participantes da pesquisa desconhece a linha do cuidado para atenção integral às crianças e suas famílias em situação de violência, englobando inclusive os serviços da saúde, assim como também da assistência social, jurídica, a rede municipal, estadual etc. Um dos principais serviços da rede de proteção é o CT instituído pelo ECA em 1990, sendo responsável pelo cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes. Eles começam a agir sempre que os direitos desse público-alvo forem ameaçados ou violados.

É fundamental a atuação dos profissionais em uma rede organizada, interligada, conectada e articulada, seja a rede dos serviços de saúde e de outros setores, como a assistência social, o sistema de direitos, jurídico etc.

Quando isso não ocorre, quando a realidade é muito diferente do que é preconizado, consequentemente, a intervenção diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças será mais limitada e ineficaz.

Vale ressaltar também a inexistência de um serviço municipal (em que foi realizada esta pesquisa) de referência para o atendimento de crianças e suas famílias em situação de violência. De acordo com o ECA, o inciso III do art. 87, prevê o funcionamento de

Serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão<sup>6(87)</sup>.

Cabe à gestão municipal colocar em prática o estatuto e desenvolver estratégias de fortalecimento da rede intersetorial, bem como espaços de matriciamento com os profissionais sobre essa temática.

No final desse encontro, foi entregue um material impresso informativo com nome, endereço e contatos dos principais equipamentos da linha do cuidado para a atenção às crianças em situação de violência.

### **Construindo estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças**

No quinto e último encontro, foi construído, com os sujeitos participantes da pesquisa, possíveis estratégias de enfrentamento do abuso sexual contra crianças, que os próprios profissionais das eSF poderiam desenvolver no território. Inicialmente, utilizou-se uma dinâmica para fazer um resumo de tudo o que foi discutido e construído ao longo dos encontros. Em seguida, a pesquisadora perguntou sobre quais/como seriam as estratégias de enfrentamento do problema em questão. À medida que os profissionais foram falando, anotaram-se as ideias em uma cartolina para deixá-las fixadas e organizadas.

A primeira estratégia sugerida por um ACS foi sobre ‘discussão de caso’; ele relatou que, quando surge algum caso mais complexo, essa prática já é comum entre os profissionais, e que eles poderiam utilizá-la para intervir de uma forma mais assertiva diante dos casos suspeitos e/ou confirmados de abuso sexual contra crianças, como se pode observar no fragmento a seguir:

*É porque às vezes assim eu tô com uma dúvida, aí eu chego pra outro ACS, aí a gente faz uma reunião pra poder ver o desfecho de alguns casos que são pertinentes, nesse assunto a gente poderia fazer isso também [...] eu acho que seria uma boa estratégia. (SPM).*

Outra estratégia também colocada por uma ACS refere-se ao olhar mais atencioso para a criança durante as visitas domiciliares, ao fortalecimento do vínculo e do diálogo com ela.

*É olhar mais pras crianças, porque a gente visa tanto o adulto, a mãe ou pai, a avó, quem tá naquele horário, quem tá naquele local, a gente esquece de olhar pra criança que está na frente da gente, eu procuro sempre olhar quando tem um, eu tenho muitas crianças na minha área [...] e eu procuro interagir com eles né, é tanto que tem até alguns que me chamam de tia, eu sempre pergunto como é que você tá, como é que tá na escola? [...]. (SPM).*

Quando há uma aproximação maior entre o ACS e a criança, mais ela vai sentir confiança e abertura para expor situações difíceis da sua vida, como um possível quadro de violência, assim como o ACS vai estar mais sensível para identificar e intervir diante de um caso de abuso.

O enfrentamento do abuso sexual contra crianças dentro do contexto da APS pode acontecer também, e principalmente, por meio de orientações, rodas de conversa, palestras e salas de espera que podem ser facilitados por qualquer profissional de saúde; esses elementos também foram identificados pelos sujeitos participantes. Eles ressaltaram que, durante todos os anos de trabalho na eSF, nunca houve

uma sala de espera, um momento em grupo tendo esse tema em destaque; que até mesmo no mês conhecido como ‘Maio laranja’, que é o mês de combate ao abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes, não se fala nada sobre o assunto dentro da USF.

Um dos SPG destacou que uma das principais estratégias de enfrentamento dessa problemática dentro da sua área de atuação poderia ocorrer por meio da educação sexual infantil mediante o processo de orientação e sensibilização das famílias durante as consultas de puericultura, por exemplo.

*Educação sexual né, eu acho assim trazer sempre o tema quando atender alguma criança, orientação familiar com educação sexual, a importância que as vezes eu notifico os pais eu acho que falar sobre, nomear a genitália [...] então eu acho que a partir do momento que a gente começa a falar, a conversar sobre isso, trazer isso na hora da consulta, do mesmo jeito que eu por exemplo pergunto o que é que ele come? Posso dizer: A senhora fala sobre as partes genitais que ninguém pode tocar? [...] sensibilizar [...] a partir do momento que a gente fala por naturalidade uma coisa se torna natural né, então, naturalizar essa questão de sexualidade do ser humano, uma hora vai ter que ser falado então eu acho que trazer isso pras consultas, ter o momento de perguntar e orientar, de prevenir. (SPG).*

Vale salientar que essa é uma prática que ele não fazia, mas que, durante os encontros, conseguiu perceber como algo totalmente possível de ser feito dentro do seu dia a dia profissional: “*essa era uma coisa que passava, deixava passar, não tocava no assunto*” (SPG).

Com o objetivo de trazer mais ludicidade no momento de abordar essa temática, foi sugerida pela SP da pesquisa a elaboração de bonecos de feltro com as partes íntimas, que poderiam ser usados tanto nas salas de espera/espacos em grupo como dentro dos consultórios. A confecção dos bonecos poderia contar com o auxílio de algum voluntário da comunidade com habilidades manuais/artesanais.

Outra possibilidade apresentada pelos SP foi a de criar uma pasta física com diversos materiais educativos e informativos sobre o abuso sexual contra crianças, inclusive a criação de um fluxo institucional que pudesse guiá-los diante dessa demanda. A ideia é que a pasta fique na unidade à disposição de todos os profissionais de saúde para que estes possam acessá-la sempre que for necessário.

*É uma pasta, uma pastinha, com todos os papéis lá, todo mundo vai ficar sabendo onde essa pastinha tá e pronto [...], todo mundo tem uma autonomia pra fazer [...]. (SPG).*

Ressalta-se que não existe um fluxo municipal sobre a condução dos casos de violência sexual contra crianças, fragilizando assim a atuação dos profissionais. No quarto encontro, foi entregue aos SP um material impresso sobre a linha do cuidado elaborada pelo Ministério da Saúde, a qual traz um norte sobre a intervenção das equipes ante as demandas de violência infantil, contudo, há uma necessidade de especificar o fluxo municipal de acordo com as singularidades do município.

De forma geral, as estratégias de enfrentamento dessa problemática foram de grande valia e totalmente possíveis de serem aplicadas, e o mais importante é que as ideias foram elaboradas pelos próprios profissionais tendo como base a realidade e a singularidade do contexto local.

## Considerações finais

Por meio da realização desta pesquisa em saúde, vivenciada no âmbito da AB, utilizando os CC, foi possível observar o quanto essa ferramenta potencializa as discussões em grupo, em especial, acerca da temática proposta, reverberando na diversidade argumentativa produzida, nas construções e percepções de sentidos individuais e coletivos, nas trocas de saberes existentes e na formação conjunta do conhecimento – elementos estes que fortalecem os objetivos da educação em saúde.

Sobre a realização desta intervenção, vale ressaltar algumas reflexões obtidas. Observou-se que ainda é grande a necessidade em trabalhar a temática do abuso sexual, principalmente contra crianças, com as eSF visto que a maioria dos profissionais nunca havia participado de um encontro com esse tema. Em consequência disso, perceberam-se diversas fragilidades no conhecimento deles, desde o entendimento sobre o abuso sexual contra crianças (tipo, formas de identificação etc.) até as possibilidades e as estratégias de intervenção (ficha de notificação, salas de espera etc.).

Ratifica-se a necessidade existente da realização de um projeto de EPS visando à continuidade das discussões sobre essa e outras temáticas inerentes à prática profissional dos trabalhadores.

Este estudo contribuiu para a aproximação dos profissionais das discussões sobre a temática, identificando a rede de serviços para garantia dos direitos da criança e desenvolvendo possíveis estratégias de enfrentamento da questão. Observou-se que a maioria dos participantes não se sentia preparada para lidar com os casos de abuso sexual contra crianças presentes no território, e vários fatores podem estar influenciando isso, como a falta de atividades de educação em saúde, a fragilidade na rede de cuidados às crianças em situação de violência do município e o medo do envolvimento legal nos casos e/ou de sofrer algum tipo de represália pelo agressor.

Como forma de enfrentamento do problema, algumas ideias elencadas pelos profissionais foram a importância da visita domiciliar, a discussão de casos entre a equipe, a realização de atividades em grupo abordando esse conteúdo, a promoção da educação sexual infantil por meio das consultas eletivas e a criação de uma pasta com materiais e recursos impressos que pudessem ser acessados pelos profissionais durante as atividades na unidade. Vale ressaltar que um dos maiores instrumentos para o enfrentamento dessa problemática, o preenchimento da ficha de notificação, era

usado por poucos e desconhecido pela maioria. Percebeu-se também que essa temática não era debatida nas salas de espera, nos grupos ou em reuniões com a comunidade.

Concernente à rede municipal de proteção à criança em situação de violência, os profissionais desconhecem a maioria dos serviços, e as relações/vínculos entre eles são bem fragilizadas. A ausência de um local específico para o atendimento dessa problemática dificulta o andamento e a resolutividade dos casos. Notou-se também a falha do papel do Estado na capacitação dos profissionais e em manter a rede funcionando com todos os recursos e insumos necessários. Cabe a ele fornecer os recursos financeiros, os serviços assistenciais e as pessoas capacitadas para lidar com a situação da violência.

Como limitações da intervenção, ressalta-se o curto espaço de tempo para debater toda a complexidade do tema e a quantidade de informações inseridas.

Ademais, é importante pontuar que o ciclo do abuso sexual contra crianças é permeado pelo silêncio. Uma das formas de romper com essa realidade é falar sobre isso, é promover espaços de debate, de fala, de escuta qualificada, é desenvolver mais estudos e experiências de intervenção sobre a temática para que, a partir do que for obtido, seja possível pensar em outras estratégias e qualificar as que já existem, visando, sobretudo, romper com o silêncio e proteger as crianças.

## Colaboradores

Batista MKB (0000-0002-7387-1304)\*, Gomes WS (0000-0002-9093-8275)\* e Villacorta JAM (0000-0001-6016-3352)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Apostólico MR, Nóbrega CR, Guedes RN, et al. Características da violência contra criança em uma capital brasileira. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012 [acesso em 2022 jan 10]; 20(2). Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt\\_08.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_08.pdf).
2. Rocha PCX, Moraes CL. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16(7):3285-3296.
3. Carvalho CM. Violência infanto-juvenil, uma triste herança. In: Almeida MGB, organizadora. *A violência na sociedade contemporânea*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. p. 1-42.
4. Martins DC. O estatuto da criança e do adolescente e a política de atendimento a partir de uma perspectiva sócio jurídica. *Rev. Iniciação Científ*. 2004; 4(1):63-77.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 13. ed. Brasília, DF: Edições Câmara; 2010.
6. Brasil. Lei nº 13.431, de 14 de abril de 2017. Estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Diário Oficial da União. 14 Abr 2017.
7. Oliveira SM, Fathall LCP, Rosa VL, et al. Notificação de violência contra crianças e adolescentes: atuação de enfermeiros de unidades básicas. Rev. enferm. 2013 [acesso em 2022 jan 21]; 21(1):594-599. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10012/7807>.
8. Margarido A, Próspero ENS, Grillo LP. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: Formação e conhecimento dos médicos. Psicol. Argument. 2013 [acesso em 2022 jan 21]; 31(74):405-414. Disponível em: [https://www.academia.edu/74801854/Viol%C3%Aancia\\_dom%C3%A9stica\\_contra\\_crian%C3%A7as\\_e\\_adolescentes\\_Forma%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_conhecimento\\_dos\\_m%C3%A9dicos](https://www.academia.edu/74801854/Viol%C3%Aancia_dom%C3%A9stica_contra_crian%C3%A7as_e_adolescentes_Forma%C3%A7%C3%A3o_e_conhecimento_dos_m%C3%A9dicos).
9. Costa DKG, Reichert LP, França JRFS, et al. Concepções e práticas dos profissionais de saúde acerca da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Trab. Educ. Saúde. 2015 [acesso em 2022 jan 21]; 13(2):79-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Td7XB4KrpSt6strBs44fGmB/?lang=pt>.
10. Gebara CFP, Lourenço LM, Ronzani TM. A violência doméstica infanto-juvenil na perspectiva dos agentes comunitários de saúde. Psicol. Estudo. 2013; 18(3):441-451. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/3n3gm7jXxZS8ByQzmQ9yRXQ/?lang=pt>.
11. Trabbold VLM, Caleiro RCL, Cunha CF, et al. Concepções sobre adolescentes em situação de violência sexual. Psicol. Soc. 2016 [acesso em 2022 mar 21]; 28(1):74-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/jfCMP89Bxfbh8FmhfMpthRD/?lang=pt>.
12. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012 [acesso em 2022 mar 21]; 28(9):1749-1758. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XjNS8hpxZmYNNHks363rZVb/?lang=pt>.
13. Carlos DM, Pádua EMM, Ferriani MGC. Violência contra crianças e adolescentes: o olhar da Atenção Primária à Saúde. Rev. Bras. Enferm. 2017 [acesso em 2022 mar 21]; 70(3):537-44. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YHwJfcYnKH5g3Tr9p-BrWHCD/abstract/?lang=pt>.
14. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa (Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS). Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.
15. Lobato GR, Moraes CL, Nascimento MC. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do Estado do Rio de Janeiro Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012 [acesso em 2022 mar 21]; 28(9):1749-1758. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XjNS8hpxZmYNNHks363rZVb/?lang=pt>.
16. Baldissera A. Pesquisa-Ação: Uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. Soc. Debate. 2001 [acesso em 2022 mar 21]; 7(2):5-25. Disponível em: <http://revistas.ucpel.edu.br/index.php/rsd/article/viewFile/570/510>.
17. Monteiro EMLM, Vieira NFC. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. Rev. Brasil. Enferm. 2010 [acesso em 2022 mar 21]; 63(3):397-403. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dqqbpFdL5c7pV3W5WxKXJFt/abstract/?lang=pt&format=html>.
18. Damasceno CF. Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus – adulto (DM2) e profissionais. [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2003.

19. Freire P. Ação cultural para a liberdade e outros escritos. Rio de Janeiro: Paz e terra; 2006. (v. 10).
20. Ferraz L, Ferretti F, Trindade LL, et al. O Círculo de Cultura: estratégia de educação popular em saúde para trabalhadoras rurais. Rev. Tempus, Actas de Saúde Colet. 2014; 2(8):195-210.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
22. Hohendorff JV, Patias ND. Violência sexual contra crianças e adolescentes: identificação, consequências e indicações de manejo. Barbarói. 2017; 49(1). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/9474>.
23. Spaziani RB, Maia ACB. Educação para a sexualidade e prevenção da violência sexual na infância: concepções de professoras. Rev. Psicopedagogia. 2015; 32(97):61-71.
24. Brino RF, Williams LCA. Professores como agentes de prevenção do abuso sexual infantil. Rev. Educ. Realidade. 2008; 33(2):209-230.
25. Gonçalves RC, Faleiro JH, Malafaia G. Educação sexual no contexto familiar e escolar: impasses e desafios. HOLOS. 2013; 29(5):251-263.
26. Dell'Aglio DD, Garcia ACL. Uma experiência de educação sexual na pré-escola. Paidéia. FFCLRP-USP. 1997; 97-110.

---

Recebido em 26/04/2022  
Aprovado em 03/10/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# O cuidado à criança no contexto prisional: percepções dos profissionais de saúde

*Child care in the prison context: perceptions of health professionals*

Denise Santana Silva dos Santos<sup>1</sup>, Climane Laura de Camargo<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E518

**RESUMO** Trata-se de um estudo qualitativo, com abordagem etnográfica realizado com 15 profissionais de saúde do sistema prisional, por meio de entrevistas semi-estruturadas, organizadas e tratadas pelo *software* Nvivo 12, e efetuada análise de conteúdo na modalidade análise temática. A pesquisa revelou três categorias temáticas: 'Os cuidados cotidianos à criança na prisão'; 'Os cuidados de manutenção nas intercorrências infantis'; e 'Os desafios para prestação dos cuidados à criança no cárcere'. Na prisão, portanto, o cuidado à criança se torna um desafio para o profissional de saúde, devido à falta de estrutura física, à escassez de insumos materiais, ambiente de violência e à tensão que influenciam na prestação do cuidado integral à criança que vive no contexto do cárcere materno. Por isso, faz-se necessária a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança no Sistema Único de Saúde com desenvolvimento de ações que favoreçam a melhoria do cuidado à criança em consonância com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidado da criança. Prisões. Criança. Vulnerabilidade a desastres. Pessoal de saúde.

**ABSTRACT** *This is a qualitative study, with an ethnographic approach, conducted with 15 health professionals from the prison system, through semi-structured interviews, organized and treated by the software Nvivo 12, and performed content analysis in thematic analysis mode. The research revealed three thematic categories: Daily care for children in prison; Maintenance care in child interurrences; and Challenges for providing care to children in prison. In prison, child care becomes a challenge for the health professional, due to the lack of physical structure, scarcity of material inputs, an environment of violence and tension that influence the provision of comprehensive care to children living in the context of maternal prison. Therefore, it is necessary to implement the National Policy for Child Health Care in the Unified Health System with the development of actions that favor the improvement of child care in line with the National Policy for Comprehensive Health Care of Persons Deprived of Liberty in the Prison System.*

**KEYWORDS** *Child care. Prisons. Child. Disaster vulnerability. Health personnel.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado da Bahia (Uneb) - Salvador (BA), Brasil.  
denisenegal@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.



## Introdução

O cuidado à criança envolve uma série de aspectos. Dentre eles, destacam-se: percepção dos pais acerca das necessidades das crianças, recursos utilizados nesse cuidado, influência do contexto ambiental em que a criança reside, rede de apoio para a família e acesso aos serviços de saúde que influenciam e determinam esse processo de cuidado.

Nesse sentido, quando uma criança nasce no contexto do aprisionamento materno, esta vivenciará os seus primeiros seis meses de vida na unidade prisional com sua mãe e estará exposta a um ambiente totalitário, violento, marcado por violação dos direitos humanos, escassez de insumos, infraestrutura prisional inadequada e isolamento social, aspectos esses que influenciam o processo de cuidado dessa criança nesse ambiente<sup>1,2</sup>.

Estudos nacionais e internacionais evidenciam que o ambiente da prisão é insalubre e traz repercussões para a vida da criança, tais como exposição a doenças infectocontagiosas, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, agitação no sono, hiperatividade, agitação, privação do contato social e ausência de estímulos sensoriais, fatores esses que interferem diretamente no crescimento e desenvolvimento infantil<sup>3-5</sup>.

Dessa forma, os recém-nascidos e os lactentes que vivenciam com sua mãe o contexto de prisão encontram-se em condições de vulnerabilidade individual, social e programática; considerando que estão expostos a diversos agravos de ordem física, emocional e social, que vão interferir diretamente no seu crescimento e desenvolvimento. Além disso, essa situação dificulta o acesso dessa população aos serviços de saúde, seja para prevenção, assistência ou acompanhamento das condições de saúde, comprometendo em tenra idade o bem-estar e o exercício pleno da cidadania<sup>4</sup>.

A proteção e o cuidado à criança são garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), destacando a necessidade de assegurar

a proteção à criança em qualquer contexto, inclusive no ambiente prisional<sup>6,7</sup>. Entretanto, estudo realizado nos presídios de diferentes capitais brasileiras aponta para a extrema vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres e seus filhos, relacionada com a invisibilidade jurídica e administrativa, revelando as disparidades quanto aos prazos e condições de permanência das crianças no sistema penitenciário, o que se traduz em dupla penalidade às mulheres, arbitrariamente estendida aos seus filhos<sup>8</sup>.

Pesquisas internacionais ressaltam que o aumento das taxas de encarceramento da justiça criminal afeta uma população altamente vulnerável de mulheres e crianças, revelando que são pouco favorecidas pelas políticas públicas de saúde e que a vivência do encarceramento traz desordens físicas e psíquicas para a criança e sua estrutura familiar, impactando significativamente na saúde mental das crianças expostas a esse ambiente, apontando assim para a necessidade de um cuidado mais humanizado à criança que se encontra no sistema prisional<sup>9-11</sup>.

A legislação brasileira dispõe que a atenção específica à maternidade e à criança intramuros da prisão tem como objetivo reduzir as taxas de morbimortalidade materna e infantil, adotando medidas que assegurem o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento no pré-natal de baixo e alto risco e na assistência à criança<sup>12</sup>. Contudo, o que se observa na prática é o descumprimento da legislação e a exposição da criança a uma situação de extrema vulnerabilidade com repercussões direta para o seu crescimento e desenvolvimento saudável.

Nesse sentido, compreende-se que as práticas de cuidado prestados à criança no ambiente prisional são influenciadas pela infraestrutura da prisão, pelas questões que envolvem as normas disciplinares e condutas dentro do presídio, pelas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde, as internas e seus filhos<sup>13,14</sup>.

Destaca-se, portanto, que é fundamental o engajamento dos profissionais que atuam

na Unidade de Saúde Prisional (USP). Estes devem desenvolver ações para promoção e proteção à saúde dessa criança que convive com sua mãe no cárcere e sofre as sanções e as punições do ambiente de confinamento<sup>15</sup>.

Estudos internacionais sobre encarceramento dos pais e repercussões para os filhos descreveram que as crianças que vivenciam o contexto da prisão dos pais são marcadas pelas condições de invisibilidades como sujeitos de direitos e não recebem assistências adequadas. Isso tem repercussão na saúde infantil evidenciada pelos transtornos de estresse pós-traumáticos, enureses, transtorno de ansiedade, déficit de atenção, transtornos de comportamento<sup>16-18</sup>.

Os filhos das mães encarceradas, portanto, vivenciam as mesmas condições desfavoráveis delas, o que certamente impactará nas condições físicas e psíquicas dessas crianças. Logo, o aumento do número de crianças no sistema prisional gera consequências de várias ordens, tais como a fragilização do vínculo do binômio mãe-filho<sup>13</sup>.

Destarte, a relevância desta pesquisa se apresenta na medida em que desvela como é realizado o cuidado à criança no contexto prisional pelos profissionais de saúde, descrevendo, assim, as práticas de saúde adotadas nesse cenário que podem estar influenciando na morbimortalidade infantil, indicador este que repercute no nível de desenvolvimento humano que, por sinal, precisa ser melhorado no Brasil.

Diante da experiência vivenciada no contexto prisional, foi possível identificar o distanciamento da efetivação das políticas públicas de saúde, em especial, da saúde da criança, bem como lacunas na produção científica acerca dessa temática. Tal fato direcionou o olhar no intuito de desvelar o cuidado prestado pelos profissionais de saúde à criança no contexto da prisão.

Assim, este estudo buscou responder à seguinte questão: quais são os cuidados prestados pelos profissionais de saúde à criança no contexto prisional? Outrossim, teve como objetivo analisar os cuidados prestados pelos profissionais de saúde à criança no contexto prisional.

## Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa, que buscou explorar e conhecer melhor o cuidado à criança no contexto prisional. A análise qualitativa se inspirou na etnografia<sup>19</sup>. Esse tipo de abordagem em pesquisa tem o objetivo de entender uma cultura. Portanto, a etnografia possibilitará a compreensão das relações socioculturais, dos comportamentos, ritos, técnicas, saberes e práticas das sociedades. Na etnografia, o ser social constrói e, muitas vezes, mantém em seu *modus vivendi* seus costumes, tradições e crenças, de modo a perpetuá-los a cada geração<sup>19</sup>.

Este estudo foi ancorado nos fundamentos teóricos de Marie-Françoise Collière. Segundo Collière, existem dois tipos de cuidados: os cuidados cotidianos e habituais, que asseguram a continuidade da vida, sendo fundados em hábitos de vida, costumes e crenças, relacionados com alimentação, hidratação, eliminação, aquecimento, energia, deslocamento e afeto; e os cuidados de reparação ou tratamento da doença, com a finalidade de limitar a doença, lutar contra ela e atacar as suas causas<sup>20</sup>. Esses distintos tipos de cuidado nortearam as formas diferentes de cuidar.

O lócus de pesquisa constituiu-se de dois estabelecimentos prisionais: o Conjunto Penal Feminino de Salvador e a Unidade Prisional Feminina do Conjunto Penal de Feira de Santana no estado da Bahia. A escolha por essas unidades se deu por possuírem berçário para acolher mãe e filho no estado da Bahia. A aproximação inicial com o campo de estudo e com os participantes se deu a partir do Projeto de Extensão Universitária que desenvolve ações de educação e saúde com as mulheres na unidade prisional, por meio de oficinas mensais.

Os participantes da pesquisa foram 15 profissionais de saúde, entre eles, assistente social, enfermeiras, médica, nutricionista, psicólogo e técnico de enfermagem. Os critérios de inclusão delineados foram: profissional que tinha mais de um ano no serviço e que haviam prestado cuidado à criança na prisão.

Os de exclusão foram: profissionais que se encontravam de férias ou que estavam afastadas do serviço no período de coleta de dados.

O convite para os participantes foi realizado por uma das autoras, durante as atividades de extensão do projeto na unidade prisional. Após o aceite, foram agendados data, local e horário das entrevistas conforme disponibilidade dos participantes.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e junho de 2019 por meio de entrevistas semiestruturadas que foram realizadas individualmente no consultório da USP. As entrevistas foram gravadas e tiveram uma duração média de 40 minutos. Além disso, elas foram estimuladas pelas seguintes questões: quais os cuidados prestados por você à criança no contexto prisional? Quais os desafios enfrentados por você para a realização desse cuidado à criança? As falas dos participantes foram transcritas na íntegra e lidas para os colaboradores para obter a validação do conteúdo.

A organização do material transcrito foi realizada por meio do *software* NVivo versão 12, ferramentas de codificação e armazenamento de textos em categorias específicas<sup>21</sup>. Em seguida, foi realizada a categorização dos núcleos temáticos conforme análise de conteúdo proposto por Bardin<sup>22</sup> na modalidade análise temática, a qual se estrutura na ordenação das informações, na classificação das informações e na análise final.

Esta pesquisa respeitou as exigências nacionais e internacionais regulamentadas pelas normas de pesquisa que envolve seres humanos, sendo submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia sob o registro CAAE nº 96336318.5.0000.5531. Foi autorizada pela Secretaria de Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado da Bahia (Seap).

Em posse da aprovação pelo CEP, a pesquisadora se aproximou dos campos e dos participantes, de forma delicada e respeitosa, para convidá-los a participar, dando-lhes todas

as informações fundamentais e esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios e danos previstos, formalizando tudo por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Durante a pesquisa, foram preservadas a autonomia, a beneficência, a não maleficência, a justiça e a equidade dos participantes. Foram mantidos o respeito e o anonimato dos participantes, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome. Para garantir o anonimato e omitir os nomes verdadeiros dos entrevistados, estes foram identificados pelas iniciais (PS) para profissionais, seguidas de sequência numérica em algarismos arábicos.

Aos participantes desta pesquisa, foi assegurado o direito de desistir de sua participação, a qualquer momento, sem nenhum ônus, por meio do contato com quaisquer das pesquisadoras, por telefone ou *e-mail* disponibilizado previamente no TCLE.

Como riscos, este estudo apresentou a possibilidade de oferecer aos participantes algum grau de constrangimento relacionado com os dados fornecidos, bem como a possibilidade de vazamento das informações ofertadas. Contudo, todas as medidas possíveis foram adotadas para que tais riscos não viessem a se concretizar. Ademais, asseguraram-se a confiabilidade, o anonimato e a privacidade das informações coletadas, de forma que os dados obtidos não pudessem ser associados à sua pessoa no momento da leitura do trabalho, visto que foram atribuídos codinomes aos envolvidos.

## Resultados

### Caracterização dos participantes do estudo

O estudo contou com a participação de 15 profissionais de saúde. Majoritariamente, eram mulheres; apenas um homem. As idades variaram de 28 a 53 anos; 11 eram negros, e apenas

4 eram brancas; 7 referiram ser solteiras, 7, casadas, e 1, em união estável. Com relação à profissão: 3 assistentes sociais, 5 enfermeiras, 1 médica, 2 nutricionistas, 3 psicólogos e 1 técnica de enfermagem.

Em relação à equipe de profissionais de saúde na unidade prisional, os dados deste estudo estão em conformidade com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP)<sup>23</sup>, que prevê a implantação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos estabelecimentos penais, com a inserção de uma equipe multiprofissional composta minimamente por cinco profissionais de nível superior: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e cirurgião-dentista; e um profissional de nível médio: técnico de enfermagem<sup>23</sup>.

Três unidades temáticas emergiram neste estudo: Cuidados cotidianos à criança na prisão; Cuidados de recuperação nas intercorrências infantis e Desafios para prestação dos cuidados à criança no cárcere.

### Cuidados cotidianos à criança na prisão

Segundo o Ministério da Saúde, a criança com maior risco ao nascer ou aquela que adquire algum risco à saúde ao longo da vida, ou as crianças que vivenciam situação de vulnerabilidade devem ser acompanhadas com maior frequência pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida, e devem ser consideradas como prioritárias para ações de vigilância em saúde.

Nesse sentido, quando analisamos a rotina de cuidados prestados pelos profissionais de saúde à criança no contexto do cárcere, destacam-se os cuidados com a higiene da criança, que incluem a limpeza do coto umbilical e a prevenção de dermatites e doenças infectocontagiosas de pele. Esses cuidados foram descritos nos depoimentos a seguir:

*Os principais cuidados prestados a uma criança que fica com a mãe em privação de liberdade é o*

*cuidado de higiene, oriento as mães sobre a limpeza com o coto umbilical e prevenção de assaduras [...]. (PS 5).*

*[...] Orientamos quanto à higiene íntima da interna e os cuidados de higiene com a criança, incluindo a limpeza do coto umbilical e a prevenção das dermatites muito comuns aqui. (PS 8).*

Dentre os cuidados delimitados no período neonatal, destaca-se a preocupação dos profissionais com a limpeza do coto umbilical até a sua queda, pela possibilidade inerente de infecção quando a limpeza não for realizada adequadamente e com a frequência necessária. Vale ressaltar que as questões higiênicas da cela são precárias e predisõem a propagação de infecção.

*A gente acompanha a queda do coto para vê se não vai ter nenhuma complicação, tipo assim, onfalite, ou algum outro processo infeccioso; porque o próprio ambiente daqui é insalubre, as celas são totalmente insalubres. Mas as internas são muito cuidadosas com seus bebês, mesmo não tendo recursos, elas tentam deixar o ambiente limpo na medida do possível. (PS 6).*

O Ministério da Saúde recomenda a limpeza do coto umbilical com o álcool a 70% devido às suas propriedades bactericidas na eliminação dos micro-organismos presentes no coto e na região periumbilical. O álcool a 70% promove a desidratação efetiva e a queda, prevenindo, assim, as complicações tais como a onfalite. Os relatos a seguir descrevem o uso do álcool a 70%:

*A equipe de enfermagem acompanha a criança na unidade prisional [...] é a técnica de enfermagem que faz a limpeza do coto umbilical nos primeiros dias, depois a gente orienta a interna, entrega a ela o álcool a 70% e ela faz no seu bebê à medida que ia evoluindo a desidratação do coto umbilical. (PS 3).*

*A gente também faz o curativo do coto umbilical quando a criança volta da maternidade e*

*orientamos as mães para que elas também façam a limpeza do coto com álcool a 70%. (PS 14).*

Os profissionais abordam a necessidade de articulação com outros serviços de saúde para obtenção do álcool a 70% na unidade prisional; a puérpera recebe o álcool na própria maternidade ou este é disponibilizado pelo profissional de saúde do conjunto penal.

*Com relação aos cuidados especiais com os recém-nascidos, tento negociar com o hospital e administrar as vacinas iniciais no hospital [BCG e Hepatite B], negocio também o álcool a 70% que usamos no coto umbilical. (PS 9).*

Outro cuidado à criança abordado pelos profissionais foi o incentivo à amamentação. O aleitamento materno é recomendado pela Organização Mundial da Saúde e pelo Ministério da Saúde para os bebês, pois fornece nutrientes, fatores de proteção contra infecções, além de fortalecer as relações afetivas entre a mãe e o filho. O leite materno é recomendado até os 2 anos de idade, devendo ser o alimento exclusivo da criança nos 6 primeiros meses de vida. As entrevistas a seguir relatam o incentivo à amamentação:

*Aqui nós incentivamos o aleitamento materno exclusivo das crianças até os 6 meses, devido aos benefícios do leite materno tanto para mãe quanto para a criança. (PS 3).*

*Um dos cuidados é dar toda orientação concernente à amamentação e à importância do aleitamento materno se essa mãe não for soropositiva. (PS 13).*

Durante a coleta de dados, foi observado que algumas crianças permaneceram com as mães até o 9º mês; e, nessa situação, um dos cuidados realizados foi a orientação quanto à alimentação complementar da criança na prisão dos 6 aos 9 meses.

*Bem, algumas crianças por ordem judicial ficaram com as mães até os 9 meses e por isso tivemos que*

*fornecer alimentação complementar. Pois até os 6 meses orientamos amamentação exclusiva. Assim, a partir dos 7 meses, o refeitório [terceirizado] fornece a alimentação para a criança [...]. (PS 9).*

*A alimentação é essencial pra saúde desse bebê, né? Então a gente teve bastante dificuldade pra que os alimentos entrassem para a criança. Até para liberar para os parentes trazerem, é alimentos saudáveis foi muito difícil, se a pessoa era do interior mais distância e tal foi muito difícil [...]. (PS12).*

Dentre os cuidados com a nutrição da criança, destaca-se também a suplementação com Protovit® que foi descrito no depoimento a seguir:

*Com relação à suplementação da criança, o uso do Protovit é administrado pelas técnicas de enfermagem à criança. (PS 10).*

A imunização das crianças foi um dos cuidados descritos por vários profissionais devido à importância de a criança estar imunizada e fortalecer seu sistema imunológico já que ela conviverá os 6 primeiros meses de vida com sua mãe no ambiente insalubre da prisão:

*Assim, a vacina BCG e a Hepatite B a criança já tomava na maternidade, e quando chegava à unidade prisional, a gente aprazava no cartão e marcava a ida das crianças para unidade próxima para tomar as demais vacinas. (PS 2).*

*Com relação aos cuidados dos filhos das internas, as vacinas são feitas na UBS, a gente agenda a escolta, e a técnica de enfermagem acompanha a interna e seu filho na vacinação. (PS 9).*

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento adequado consiste na vigilância e no estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança. No ambiente prisional, esse acompanhamento é realizado pela equipe de saúde da UBS da área de abrangência do conjunto penal.

*Assim, sobre ao cuidado com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a criança é acompanhada pela equipe de saúde da UBS bairro próximo ao conjunto penal, e é a Secretaria Municipal de Saúde que regula o atendimento. (PS 8).*

*Um dos cuidados prestados à criança no sistema prisional, a partir do momento que a mãe retorna ao presídio após o parto, é a consulta de puericultura por meio da avaliação antropométrica e nutricional. (PS 13).*

### **Cuidados de recuperação nas intercorrências infantis**

Nas situações de intercorrências apresentadas pelas crianças no sistema prisional, foi descrito pelos entrevistados que a interna comunica o ocorrido para a agente penitenciária que está de plantão no pátio e esta entra em contato com os profissionais da USP. Após isso, a agente penitenciária encaminha a mãe e a criança para atendimento inicialmente com o médico clínico da unidade; e após avaliação, a depender da situação, a criança é encaminhada para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou emergência hospitalar, pois a USP não possui pediatra.

*Com relação à doença, aqui no conjunto penal é muito quente na cela e as mães têm dificuldade para adquirirem as fraldas [...] aí as crianças terminam tendo assadura. Todas as crianças tiveram algum problema na pele, tipo assim, brotoeja, coceira e assadura. Nessa situação, quem atende inicialmente a criança é a ginecologista ou o médico clínico, eles avaliam e passam a medicação. Quando é preciso, eles encaminham para UPA. (PS 1).*

*Assim, se a criança fica doente lá dentro então elas avisam ao agente penitenciário, que abre o portão e traz a interna com o filho para atendimento aqui na unidade de saúde do presídio. Se não resolver aqui, entramos em contato com a UPA ou com a emergência do hospital para regular essa criança*

*para lá. Mas para a criança sair do conjunto penal, precisa da escolta policial [...]. (PS 2).*

As intercorrências relacionadas com a primeira infância são comuns nos menores de 1 ano por causa da suscetibilidade anatômica e imunológica. Contudo, no contexto prisional, destacam-se os problemas dermatológicos descritos nas falas a seguir:

*Das crianças que atendi, a maioria das crianças tinham problemas de pele, tais como: dermatite, escabiose, brotoeja devido ao calor. Era marcada a consulta com a pediatra na UBS de referência, e a criança ia junta com a mãe e a escolta policial para o atendimento. (PS 5).*

*[...] A principal causa era problemas de pele, pois aqui no conjunto penal dissemina rápidos os problemas de pele devido ao confinamento e ao calor intenso [...]. As crianças tiveram brotoeja e assadura, aí acionava o agente penitenciário que comunicava ao serviço médico. Aí era agendada a consulta com a equipe de saúde do posto, e quando conseguia a escolta, a criança ia junto com a mãe para a consulta médica e um agente penitenciário. (PS 7).*

Outro problema de saúde citado pelos profissionais foi em relação aos problemas respiratórios apresentados pelas crianças expostas à fumaça constante produzida pelo consumo de cigarro entre as internas. O hábito de fumar é comum entre as mulheres em situação de prisão, e a fumaça termina deixando impregnado o pavilhão inteiro.

*O segundo problema dos filhos das internas é o problema respiratório, as presas e as agentes penitenciárias fumam muito. Aqui é permitido entrar 'pacaia', uma espécie de erva mascada e fumada que tem um odor horrível e deixa tudo fedendo. Algo horrível também é o cheiro de mofo daquele lugar é algo que mal dar para respirar. (PS 6).*

*A filha de uma interna tinha problema respiratório, [...] ela apresentava asma e teve que*

*ser levada várias vezes para atendimento na emergência devido ao desconforto respiratório e sibilância. (PS 11).*

Um dos profissionais citou a necessidade de preencher a ficha de referência e contrarreferência na situação de encaminhamento da criança para outra unidade.

*Essa criança ao adoecer é encaminhada através de um documento chamado contrarreferência para a unidade e urgência emergência mais próxima do presídio em companhia de sua genitora. Mesmo porque o sistema não dispõe de especialidade para pediatria. (PS13).*

## **Desafios para prestação dos cuidados à criança no cárcere**

Inúmeros são os desafios enfrentados para a prestação dos cuidados à criança no contexto prisional, desde a falta de insumo materiais até a própria infraestrutura da prisão que dificulta a realização do cuidado. A mulher em situação de prisão, seu filho e o profissional convivem ao mesmo tempo no contexto de tensão, violência e agitação característico de uma unidade prisional.

Dentre os desafios para a realização do cuidado, foi citada a ausência de serviço de emergência na unidade prisional, ou seja, de um serviço que atue 24 horas, já que a USP atende como uma unidade básica em horário administrativo, e situações fora desse horário são encaminhadas para a Central Médica do conjunto penal ou reguladas para atendimento na UPA.

*Na verdade, para mim, o maior desafio dessa unidade de saúde no presídio é não ter emergência, ou seja, um pronto atendimento para atender essas crianças numa situação de emergência. Pois somos atenção básica e não atendemos urgência e emergência, e se acontece uma situação grave ou outra coisa com essa criança e necessitarmos de atendimento rápido não temos como agir, será necessário transferir a criança. (PS1).*

Outro problema citado que interfere no cuidado à criança foi a infraestrutura precária tanto da unidade prisional feminina quanto da USP, que termina sendo barreira que dificulta a assistência.

*O maior desafio é a própria estrutura física do presídio que não tem condições estruturais e físicas para receber a criança. (PS 6).*

*Com certeza, a estrutura penal não contempla as necessidades da criança. Muito pelo contrário, ela abarca uma série de vulnerabilidade que coloca essa criança em risco social em seu processo de crescimento e desenvolvimento. (PS 9).*

A falta de insumo dentro da unidade penal também foi destacada como desafio para a realização do cuidado integral à criança.

*Um dos desafios foram os insumos materiais, tínhamos que sempre buscar as doações de pomada de assadura, pomadas para coceira, brotoeja, carocinhos, esses probleminhas de pele, porque o ambiente é insalubre, né, a quentura fazia com que essas crianças tivessem esses problemas. (PS 7).*

*Sobre a ausência de insumos materiais para as crianças, entramos em contato com a família para saber se eles têm condições de trazerem algum insumo material para essa criança, porque assim, o Estado ele não provê tudo, muito pelo contrário. Pedimos ajuda para pastoral carcerária e para os evangelizadores para que doem fraldas. (PS 15).*

Entre os desafios do cuidado, em relação à especificidade da infância, foi relatada a ausência de brinquedo para estimulação precoce na unidade prisional, evidenciando a ausência de estímulos vivenciada pela criança no contexto prisional e as repercussões para o desenvolvimento neuropsicomotor dessa criança.

*Para mim, o maior desafio de ter uma criança em privação de liberdade são os danos psíquicos que essa criança irá ter, é impossível sair desse inferno sem nenhuma sequela. Por isso acho que não é legal*

*a criança está aqui, ela fica privada de contato social da interação com outras crianças. Não temos brinquedos no presídio, malmente a segurança deixa entrar alguma coisa, é terrível saber que tem criança nesse ambiente. (PS 2).*

*Outro desafio era a entrada de brinquedos no presídio para estimulação precoce, foi um suplício explicar ao setor de segurança a importância da entrada do mordedor para aliviar a criança nesse nascimento dos dentes, tivemos que enviar diversos ofícios para direção liberar a entrada do mordedor de borracha e mesmo assim inicialmente não foi permitido, só após a intervenção junto à coordenação de segurança foi permitido a entrada do mordedor. (PS 7).*

Os entrevistados ressaltaram que o cárcere é um ambiente de risco para o adoecimento da criança que inicia sua vida em um contexto de confinamento e exposto a doenças infectocontagiosas.

*O maior desafio para cuidar da criança é que não existe um ambiente salubre para cuidar da criança, esse ambiente é insalubre e predispõe a processos infecciosos interferindo na qualidade de vida de uma criança que vivencia privação de liberdade junto com sua mãe. Essa criança é exposta a diversos riscos, dentre eles está predisposta a se contaminar por doenças respiratórias. (PS12).*

*A unidade prisional é um ambiente de exposição de risco para a criança, por exemplo, a situação da tuberculose é grave no presídio, sempre temos comunicantes bacilíferos que convivem com outros internos até a gente descobrir e colocar na cela isolada. (PS 13).*

Outro desafio apresentado foi o sofrimento psíquico vivenciado pela criança que convive no ambiente de confinamento e as repercussões para sua saúde mental.

*Para mim, o maior desafio aqui para a criança e para a mãe que vivencia momento intenso de maternidade é o sofrimento psíquico. Pois prisão*

*não é local de criança, prisão não é local de gente, é um equipamento de aprisionamento que adocece o próprio ser humano [...] Tem repercussões psíquicas, transtornos do sono, as crianças ficam agitadas para dormir, não consegue manter sono tranquilo devido a agitação do presídio. (PS 4).*

*O desafio é a exposição ao sofrimento psíquico vivenciado pela criança, ela se apegava à mãe e depois com 6 meses deixa a única fonte de cuidado que ela conhece. (PS 7).*

Vale ressaltar que foi destacado entre as entrevistadas que, entre os inúmeros desafios enfrentados pelos profissionais de saúde da unidade prisional para prestar o cuidado à criança, incluem ainda a situação de tensão, medo, perigo de acontecer uma rebelião e a criança estar como refém na unidade prisional.

*Mas o desafio maior é o perigo que as crianças sofrem. Pode ter uma rebelião ou coisa parecida e elas estão expostas à violência. O presídio é assim, pode estar tudo calmo e depois fica agitado, pois é um ambiente de tensão. (PS 4).*

*Assim, aqui é um barril de pólvoras, você está dando os cuidados à criança e acontece uma rebelião, um grande perigo expor essas crianças à situação de medo e tensão que permeia a unidade prisional. (PS 11).*

## Discussão

A criança que convive com sua mãe em privação de liberdade está exposta à situação de vulnerabilidade e necessita de atenção integral à sua saúde, pelos impactos potenciais no presente e no futuro com implicações no seu crescimento e desenvolvimento.

Nesse sentido, no Brasil, o cuidado prestado à criança no contexto prisional está ancorado na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC)<sup>24</sup>, que orienta e qualifica as ações e serviços de saúde da criança no território

nacional, considerando os determinantes e os condicionantes sociais<sup>24</sup>; e na PNAISP<sup>23</sup>, que dispõe que a equipe de saúde deverá desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos em todos os ciclos de vida, em especial, das mães privadas de liberdade e de suas crianças.

Contudo, as unidades prisionais femininas não oferecem condições mínimas para atender as detentas e seus filhos. Pode-se perceber que o presídio não possui uma estrutura física compatível com as particularidades da mulher e da criança, demonstrando as reais dificuldades enfrentadas pelo binômio no atendimento de suas necessidades específicas<sup>9,25</sup>.

A carência na estrutura e nos recursos materiais tem proporcionado desconforto; o cárcere é marcado por celas superlotadas, sujas, escuras, nas quais as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos compartilham do mesmo ambiente que as demais encarceradas, incluindo aquelas que possuem doenças infectocontagiosas<sup>14,18</sup>.

Nesta pesquisa, pode-se perceber que os cuidados cotidianos e os cuidados de recuperação durante as situações de intercorrências são dificultados pelo ambiente prisional, desprovido de condições de higiene, expondo as crianças a uma situação de risco para o adoecimento em potencial.

A carência de insumos e materiais faz com que o cuidado seja dependente da caridade de pessoas e de instituições religiosas, assim como do improvisado e do discernimento dos profissionais que prestam assistência a essa população.

Dessa forma, um estudo revelou que a higiene da cadeia é ruim, favorecendo o aparecimento de percevejos nos colchões. Muitas detentas estavam infestadas com piolhos, o que contribuiu para o aparecimento de doenças como escabiose, dificultando a preservação da saúde das mulheres e de seus filhos<sup>26</sup>.

Em relação à amamentação, uma pesquisa com 27 nutrízes e 3 gestantes em 6 penitenciárias do estado de São Paulo evidenciou que a amamentação é um dos cuidados fundamentais que a mulher privada de liberdade

pode oferecer ao filho; e, ainda, experiência alentadora que propicia o bem-estar infantil e materno e que ela vivencia em meio a um contexto de rupturas, conflitos e preocupações com suas perdas pessoais e a condição penal<sup>27</sup>.

Corroborando ainda os autores citados, estudo desenvolvido na penitenciária feminina da Irlanda, a fim de conhecer sobre a percepção das enfermeiras a respeito da amamentação no ambiente prisional, revelou que a amamentação não era uma prática comum na prisão irlandesa e que muitas mulheres encarceradas, segundo esse estudo, não estão disponíveis para amamentar. Contudo, foi ressaltada a importância da enfermeira como promotora dos preceitos da amamentação para a saúde pública, oferecendo suporte às mulheres que querem amamentar<sup>28</sup>.

Contrapondo as afirmativas anteriores, um estudo sobre a promoção do aleitamento materno no cárcere revelou que a amamentação é impositiva e nega a autonomia da nutriz para a tomada de decisão consciente. A organização prisional possui condições peculiares que interferem tanto na prática da amamentação como na assistência à nutriz, o que leva a uma interação ineficiente entre mulheres e profissionais de saúde, dificultando, dessa forma, o alcance da meta do cuidado de enfermagem efetivo e da satisfação com a assistência prestada<sup>29</sup>.

Entre os cuidados profissionais à criança no contexto prisional, têm-se a orientação e a disponibilização de alimentação complementar saudável e a suplementação de micronutrientes (ferro e vitamina A). De acordo com o Ministério da Saúde, a nutrição adequada e o acesso a alimentos seguros e nutritivos são componentes cruciais e universalmente reconhecidos como direito da criança<sup>24</sup>.

Vale ressaltar que a articulação das ações de promoção do aleitamento materno com as ações de promoção da alimentação complementar saudável podem contribuir para reduzir a morbimortalidade infantil especialmente em crianças em situação de vulnerabilidade do cárcere.

Um estudo revelou que a alimentação das crianças na prisão é uma problemática. A reclamação é constante, e há relatos de presas que já passaram mal com a comida servida. As reclusas que possuem ajuda financeira da família conseguem obter os alimentos e oferecer para sua criança<sup>26</sup>. Entretanto, é responsabilidade da instituição prisional fornecer alimento adequado para a criança durante o período que ela permanecer com sua mãe no cárcere.

Em relação aos cuidados com o crescimento e o desenvolvimento, pesquisas internacionais revelaram que mais de 250 milhões de crianças menores de 5 cinco anos estão em risco para atraso do desenvolvimento infantil relacionado com a pobreza materna. As crianças não atingem seu pleno desenvolvimento devido à exposição a fatores de risco ambientais, biológicos e psicossociais, como desnutrição crônica, deficiências de ferro e iodo, estimulação cognitiva e socioemocional inadequadas, maus-tratos, depressão materna, baixa escolaridade materna, família/comunidade em situação de violência. Esses fatores de risco frequentemente ocorrem de forma concomitante, contribuindo para uma trajetória que inclui problemas de saúde, desempenho escolar ruim, perda de oportunidades profissionais e perpetuação da pobreza entre as gerações<sup>30,31</sup>.

A exposição aos riscos apresentados no contexto prisional foi evidenciada em uma pesquisa que buscou analisar o atual panorama da tuberculose no Brasil, com ênfase no sistema prisional. Foi revelado que, na prisão, o desenvolvimento dessa doença é favorecido por superlotação, nutrição precária, más condições higienicossanitárias, além de altas taxas de comorbidades<sup>32</sup>. Ou seja, é a ambiente que a criança tem sido exposta nos primeiros meses de sua vida.

Publicações sobre a influência do ambiente no desenvolvimento infantil revelam que a criança precisa de um ambiente favorável ao crescimento e ao amadurecimento, alinhado ao seu potencial genético, para que seja permitido o desenvolvimento pleno de suas capacidades físicas, mentais e emocionais<sup>16,17</sup>.

Estudo acerca da maternidade realizada em 4 estados brasileiros, com 22 mulheres, gestantes e mães com filhos na prisão, e 19 profissionais que atuam nesse ambiente, revelou que os mecanismos disciplinares característicos do penitenciário, ao se integrar às práticas de controle de si que as mulheres-mães realizam em função do cuidado e proteção dos filhos, vulnerabilizam concretamente essas mulheres, expondo tanto elas quanto seus filhos a sofrimentos psíquicos e morais<sup>33</sup>.

Nesse sentido, a unidade onde ficam mães e filhos convoca a refletir sobre o presente e o futuro de todos os envolvidos, o desenvolvimento e a manutenção de vínculos e a condição de encarceramento da criança com a mãe, bem como os impactos que esse ambiente totalitário promove na vida dessa criança. Portanto, faz-se necessário refletir sobre o papel do profissional de saúde na prestação dos cuidados a essa criança que permanece com a mãe na unidade prisional sujeita às normas e às sanções importadas ao transgressor da lei.

Em relação à promoção do cuidado da criança que convive no contexto de prisão com sua mãe, a PNAISC tem uma seção voltada à Atenção à Saúde de Crianças de Famílias Privadas de Liberdade que destaca a responsabilização dos serviços, o envolvimento do profissional em uma cadeia de produção do cuidado em saúde e de proteção social da criança no território que ela é assistida<sup>24</sup>. Contudo, nas prisões brasileiras, há dificuldades para implementação das ações de promoção à saúde devido principalmente às condições de infraestrutura.

A criança no contexto prisional, portanto, está exposta às condições de risco/vulnerabilidade para um pleno crescimento e desenvolvimento, o que a torna uma população prioritária para um acompanhamento mais cuidadoso e intensivo por parte da equipe de saúde que atua no sistema prisional.

Nas falas dos profissionais de saúde sobre os desafios para a prestação de cuidados a essa criança, percebe-se uma preocupação com o que pode ser feito em cada situação, como

identificam os problemas e com as condições de trabalho em cada demanda de cuidado. O campo de atuação acaba se concentrando nas orientações para minimizar os efeitos do ambiente sobre a condição de saúde das crianças.

Nesse sentido, os profissionais também estão expostos ao adoecimento pela exposição aos riscos psicossociais e aos riscos biológicos pelo contato com doenças transmissíveis. As condições de trabalho não são boas, pois a infraestrutura é precária, o ambiente é insalubre e os equipamentos e materiais são escassos, o que dificulta o desenvolvimento do trabalho de forma eficaz e segura<sup>34</sup>.

Os profissionais vivenciam um ambiente insalubre, marcado pela negligência das instituições governamentais na prestação do cuidado integral a esse grupo de crianças tuteladas pelo Estado e invisibilizadas por ele.

## Considerações finais

A pesquisa revela o impacto do ambiente prisional na prestação de cuidados dos profissionais de saúde à criança que convive os primeiros meses de sua vida em companhia da sua mãe na prisão. Portanto, os cuidados cotidianos e de recuperação prestados à criança se tornam um grande desafio para o profissional de saúde.

É responsabilidade do Estado fornecer a assistência às crianças que convivem com suas mães custodiadas no ambiente prisional. Contudo, as instituições prisionais devem passar por adaptações para que haja mais espaços destinados às puérperas e às crianças, onde o cuidado é prestado, desde a gestação até o nascimento e o crescimento da criança.

Nesse contexto, os profissionais de saúde podem estabelecer parcerias com organizações de justiça criminal para que possam ser desenvolvidas ações de promoção à saúde e implementados todos os direitos voltados para as questões de saúde da criança.

Destaca-se a obrigação moral e ética do Estado para promover a proteção a essas crianças, dando visibilidade às condições de

prestação de cuidados no ambiente prisional, para que a temática possa ser discutida e colocada na agenda de prioridades governamental dada à condição de vulneração das crianças e do trabalho desses profissionais.

Dentre as limitações do estudo, destaca-se a realização desta pesquisa em um único estado. Entretanto, tal fato não impossibilita que o estudo seja replicado em outros cenários, pois os cuidados prestados à criança no contexto prisional podem ser diferentes a depender das características da população estudada.

O estudo contribui para a formação dos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que esses profissionais poderão reestruturar suas estratégias e ações com um cuidado mais adequado e humanizado para a saúde da criança no contexto do cárcere, na tentativa de consolidar a PNAISC e a PNAISP, visto que essas crianças estão expostas a situações de riscos e danos à saúde tornando-as mais vulneráveis ao adoecimento, o que favorece a elevação dos índices de morbimortalidade infantil no País e no mundo.

Por conseguinte, na prisão, o cuidado à criança se torna um desafio para o profissional de saúde, devido à falta de estrutura física, escassez de insumos materiais, ambiente de violência e tensão que influenciam na prestação do cuidado integral à criança que vive no contexto do cárcere materno. Por isso, faz-se necessária a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança no SUS com desenvolvimento de ações que favoreçam a melhoria do cuidado à criança em consonância com a PNAISP.

## Colaboradoras

Santos DSS (0000-0002-3954-027X)\* contribuiu para concepção, planejamento e análise do manuscrito; elaboração da revisão crítica do conteúdo; e aprovação da versão final. Camargo CL (0000-0002-4880-3916)\* contribuiu para análise; revisão do artigo e aprovação da versão final. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Miranda DB, Matão MEL, Malaquias A, et al. Maternidade atrás das grades: particularidades do binômio mãe-filho. *Rev Enferm Centro-Oeste Min*. 2016 [acesso em 2022 dez 3]; 6(2):2235-46. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/984>.
- Santos DSS, Bispo TCF. Mãe e filho no cárcere: uma revisão sistemática. *Rev. baiana enferm* 2018 [acesso em 2022 dez 3]; 32:e22130. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/22130>.
- Andrade ABCA, Gonçalves MJF. Maternidade em regime prisional: desfechos maternos e neonatais. *Rev enferm UFPE on line*. 2018 [acesso em 2022 dez 3]; 12(6):1763-71. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234396>.
- Amaral MF, Bispo TCF. Mães e filhos atrás das grades: um olhar sobre o drama do cuidar de filhos na prisão. *Rev. Enferm Contemporânea*. 2016 [acesso em 2022 fev 14]; 5(1):51-8. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/836/647>.
- Condon MC. Early Relational Health: Infants' Experiences Living with Their Incarcerated Mothers. *Smith College Studies in Social Work*. 2017 [acesso em 2022 dez 3]; 87(1):5-25. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00377317.2017.1246218?journalCode=wscs20>.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [acesso em 2019 jan 18]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm).
- Brasil. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. *Diário Oficial União*. 13 Jul 1990. [acesso em 2022 jan 15]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm).
- Ventura M, Simas L, Larouzé B. Maternidade atrás das grades: em busca da cidadania e da saúde. Um estudo sobre a legislação brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2015 [acesso em 2022 dez 3]; 31(3):607-19. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ggQbpCvkNZCTZ59RTNxsVrw/?lang=pt>.
- Goshin LS, Arditti JA, Dallaire DH, et al. An international human rights perspective on maternal criminal justice involvement in the United States. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2017 [acesso em 2022 dez 3]; 23(1):53-67. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F1aw0000101>.
- Goshin LS. Ethnographic assessment of an alternative to incarceration for women with minor children. *Am J Orthopsychiatry*. 2015 [acesso em 2022 dez 3]; 85(5):469-482. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26460706/>.
- Arinde EL, Mendonça MH. Política prisional e garantia de atenção integral à saúde da criança que coabita com mãe privada de liberdade, Moçambique. *Saúde debate*. 2019 [acesso em 2022 dez 3]; 43(120):43-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RLmZdwGpHP3TrTqcZXCsswK/?lang=pt>.
- Brasil. Portaria Ministerial nº 210, de 16 de janeiro de 2014. Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação de liberdade e Egressos do Sistema Prisional, e dá outras providências. Brasília, DF; 2014. [acesso em 2021 jan 18]. Disponível em: [http://www.lex.com.br/legis\\_25232895\\_portaria\\_interministerial\\_n\\_210\\_de\\_16\\_de\\_janeiro\\_de\\_2014.aspx](http://www.lex.com.br/legis_25232895_portaria_interministerial_n_210_de_16_de_janeiro_de_2014.aspx).
- Leal MC, Ayres BVS, Pereira APE, et al. Nascer na prisão: gestação e parto atrás das grades no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016 [acesso em 2022 dez 3]; 21(7):2061-70. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Pp qmzBJWf5KMTfzT37nt5Bk/?lang=pt>.
- França AMB, Silva JMO. A mulher em situação de prisão e a vivência da maternidade. *Rev enferm UFPE on line*. 2016; 10(5):1891-4.
- Souza GC, Cabral KDS, Leite-Salgueiro CDB. Reflexões sobre a assistência em enfermagem à mulher

- encarcerada: um estudo de revisão integrativa. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama. 2018 [acesso em 2022 dez 3]; 22(1):55-62. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/6240>.
16. Shehadeh A, Loots G, Vanderfaellie J, Derluyn I. The impact of parental on the psychological wellbeing of Palestinian children. *PLOS ONE*. 2015 [acesso em 2022 dez 3]; 10(7):e0133347. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0133347>.
  17. Mares S, Zwi K. Sadness and fear: The experiences of children and families in remote Australian immigration detention. *J Paediatr Child Health*. 2015 [acesso em 2022 dez 3]; 51(7):663-9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpc.12954>.
  18. Gaté J. Le droit d'être mère en prison. *Soins Pédiatr Pueric*. 2015 [acesso em 2022 dez 3]; 36(287):20-23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26573400/>.
  19. Geertz C. A interpretação das culturas. In: Uma descrição densa: por uma teoria interpretativa da cultura. 13. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
  20. Collière MF. Cuidar... A primeira arte da vida. 2. ed. Lisboa: Lusociência; 2003.
  21. Alves da Silva DP, Figueiredo Filho DB, Silva AH. O poderoso NVivo: Uma introdução a partir da análise de conteúdo. *Revista Política Hoje*. 2015 [acesso em 2021 mar 22]; 24(2):119-134. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3723/3025>.
  22. Bardin L. Análise de conteúdo. 5. ed. Lisboa: Edições 70; 2011.
  23. Brasil. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 3 Jan 2014. [acesso em 2021 fev 22]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001\\_02\\_01\\_2014.html](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html).
  24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2021 abr 22]. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_Nacional\\_de\\_Atencao\\_Integral\\_a\\_Saude\\_da\\_Crianca\\_PNAISC.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_Nacional_de_Atencao_Integral_a_Saude_da_Crianca_PNAISC.pdf).
  25. Audi CAF, Santiago SM, Andrade MGG, et al. Inquérito sobre condições de saúde de mulheres encarceradas. *Saúde debate*. 2016 [acesso em 2022 dez 3]; 40(109):112-124. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/VZnbxqFQ45ckyT6Sr4gMjBR/?lang=pt>.
  26. Brasil. Ministério da Justiça. Dar à luz na sombra: condições atuais e possibilidades futuras para o exercício da maternidade por mulheres em situação de prisão. Brasília, DF: Ministério da Justiça; 2015. [acesso em 2021 mar 10]. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/news/201clugar-de-crianca-nao-e-na-prisao-nem-longe-de-sua-mae-201d-diz-pesquisa/pesquisa-dar-a-luz-na-sombra-1.pdf>.
  27. Mariano GJS, Silva IA. Significando o amamentar na prisão. *Texto Contexto Enferm*. 2018 [acesso em 2022 dez 3]; 27(4):e0590017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4Lv7XCkjXNpWWtsJ5mfftKh/?lang=pt>.
  28. Mariano GJS, Silva IAS, Andrews T. Amamentação em ambiente prisional: perspectivas das enfermeiras de uma penitenciária feminina Irlandesa. *Rev Ibero-am. Educ. Invest. Enfermería*. 2015 [acesso em 2021 fev 12]; 5(3):15-24, 2015. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/169/>.
  29. Guimarães ML, Guedes TG, Lima LS, et al. Promoção do aleitamento materno no sistema prisional a partir da percepção de nutrízes encarceradas. *Texto Contexto Enferm*. 2018 [acesso em 2022 dez 3]; 27(4):e3030017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/4LX5y7HVKbhFskh65z7J6mp/?lang=pt>.
  30. Lu C, Black MM, Richter LM. Risk of poor development in young children in low-income and middle-

- income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. *The Lancet Global Health*. 2016 [acesso em 2022 dez 3]; 4(12):e916-e922. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(16\)30266-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30266-2/fulltext).
31. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet*. 2017 [acesso em 2022 dez 3]; 7;389(10064):103-118. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27717610/>.
32. Winter BCA, Garrido RG. Tuberculose na prisão: um retrato das adversidades do sistema prisional brasileiro. *Med. Leg. Costa Rica*. 2017 [acesso em 2021 fev 22]; 34(2):20-31. Disponível em: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000200020&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000200020&lng=en).
33. Diuana V, Corrêa MCDV, Ventura M. Mulheres nas prisões brasileiras: tensões entre a ordem disciplinar punitiva e as prescrições da maternidade. *Physis Rev Saúde Colet*. 2017 [acesso em 2021 fev 22]; 27(3):727-747. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Fv4tBshHJ3Dx8gRwM6yqrss/?lang=pt>.
34. Jaskowiak CR, Fontana RT. O trabalho no cárcere: reflexões acerca da saúde do agente penitenciário. *Rev. Bras. Enferm*. 2015 [acesso em 2022 dez 3]; 68(2):235-243. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HkVgkzm3m3W3LSxhxYrTrVy/?lang=pt>.

---

Recebido em 07/04/2022

Aprovado em 22/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# A puericultura no SUS: o cuidado da criança na perspectiva da atenção integral à saúde

*Childcare in the SUS: childcare from the perspective of comprehensive health care*

Antonio Luiz Goncalves Albernaz<sup>1</sup>, Maria Cristina Ventura Couto<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E519

**RESUMO** O termo puericultura é atribuído ao pediatra, mas tem sido utilizado pela Estratégia Saúde da Família. Uma breve história da infância e da evolução do seu cuidado até a criação do Sistema Único de Saúde auxilia na compreensão de que, a rigor, puericultura sempre significou cuidado da criança. Este ensaio teve por objetivo compreender a história da puericultura e contribuir para atualizar o seu significado e sua importância para o cuidado da primeira infância no âmbito da Atenção Básica à saúde, com base em revisão narrativa sobre cuidado da criança e puericultura na literatura científica e em documentos do Ministério da Saúde. A puericultura tem se atualizado com a evolução das ações para o cuidado da criança. Começou de forma individualizada, pela caridade e filantropia, e, na atualidade, ampliou-se, operando em rede, coordenada pela Atenção Básica. O termo puericultura é resgatado como cuidado da criança e inserido na rede por meio de políticas públicas. O cuidado deve ser oferecido na perspectiva da atenção integral à saúde, onde a criança estiver, atendendo às suas necessidades, incluindo as de crianças com deficiências permanentes. Esses debates precisam estar inseridos na formação do pediatra e podem contribuir para o enfrentamento da fragmentação do cuidado.

**PALAVRAS-CHAVE** Cuidado da criança. Política pública. Assistência integral à saúde. Sistema Único de Saúde.

**ABSTRACT** *The term childcare is attributed to pediatricians but has been used by the Family Health Strategy. This article makes a brief history of childhood and the evolution of its care until the creation of the Unified Health System (SUS). The premise is that childcare has always meant child care. This essay aimed to understand the history of childcare and contribute to update its meaning and importance for early childhood care in the context of Primary Health Care, based on the narrative review on child care and childcare in the scientific literature and documents from the Ministry of Health. Childcare has been updated with the evolution of actions for child care. It started individually, through charity and philanthropy, and today it has expanded, operating in a network, coordinated by Primary Care. The term childcare is rescued as child care and inserted in the network through public policies. Care should be offered from the perspective of comprehensive health care, wherever the child is, meeting their needs, including those of children with permanent disabilities. These debates need to be included in the training of pediatricians and can contribute to coping with the fragmentation of care.*

**KEYWORDS** *Child care. Public policy. Comprehensive health care. Unified Health System.*

<sup>1</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Fernandes Figueira (IFF) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [antonio.albernaz@fiocruz.br](mailto:antonio.albernaz@fiocruz.br)

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Instituto de Psiquiatria (Ipub), Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental (NUPPSAM) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Na história recente das civilizações ocidentais, os cuidados especificamente voltados para a infância não encontravam valor social diferenciado. O conceito de infância, até a forma como o concebemos hoje, consolidou-se apenas na virada do século XIX para o XX, quando as crianças passaram a ser reconhecidas em suas necessidades específicas<sup>1</sup>.

Jean-Jacques Rousseau foi um dos precursores na interpretação da infância como possuidora de um valor em si, rivalizando com a ideia de pequeno adulto, ao afirmar que a criança deveria ser respeitada em suas características próprias<sup>2</sup>. O seu livro 'Emílio ou, da Educação' (1762) é considerado um marco na concepção da criança moderna ocidental, que passou a ter um lugar central na família moderna e se tornou objeto de preocupação e de cuidados específicos<sup>1</sup>.

No entanto, somente no início do século XX, as questões mais específicas do cuidado para o desenvolvimento infantil se tornaram objeto de estudos. O uso de escalas para acompanhar o crescimento, por exemplo, permitiu uma abordagem baseada na visão comparativa das transformações da criança, observando padrões de acordo com as faixas etárias<sup>3</sup>.

O conjunto de ações incluídas na puericultura sempre acompanhou as influências de cada período que atravessou, de acordo com as demandas de saúde de cada época<sup>4</sup>. O termo puericultura surgiu em 1762, no tratado do suíço Jaques Ballexser. Em 1865, o médico francês Alfred Caron o reafirmou em seu estudo 'La puériculture ou la science d'élever hygieniquement et physiologiquement les enfants'. Neste, trata da puericultura como um conjunto de ações voltadas para a manutenção da saúde e prevenção de doenças e o acompanhamento do desenvolvimento da criança. Caron encerrou o período considerado como pré-científico da puericultura e colocou o médico como detentor do saber sobre o corpo da criança<sup>5</sup>.

No Brasil, a pediatria foi constituída formalmente como especialidade em 1882, quando

Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo Filho propôs o primeiro curso de especialização e criou a Clínica de Moléstias de Crianças na Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Os médicos brasileiros passaram a fazer a sua formação no Brasil, com complementação na Europa<sup>6-8</sup>.

O século XX presenciou intensas mudanças políticas, econômicas e sociais. A Revolução Industrial provocou um forte movimento de urbanização da população, a ampliação do acesso à saúde, a redução do analfabetismo e das taxas de natalidade e o aumento da expectativa de vida, com uma conseqüente queda na mortalidade infantil. A assistência à saúde estava centrada em hospitais filantrópicos e instituições governamentais que passaram a substituir, progressivamente, as ações de caridade<sup>9</sup>.

Na década de 1910, os discípulos de Moncorvo de Figueiredo, considerados os primeiros especialistas em pediatria no Brasil, ensinavam em cursos como professores livres-docentes. Até o final da década de 1930, houve uma transição da assistência das casas de misericórdia para as instituições de saúde criadas pelo Estado. A pediatria se institucionalizou fundamentada em um modelo filantrópico, implantado pioneiramente na Policlínica Geral do Rio de Janeiro<sup>6</sup>.

As epidemias e as condições insalubres de vida e trabalho nas cidades obrigaram a intensificação das intervenções do Estado<sup>8</sup>. A evolução na qualidade da oferta do cuidado em saúde, com base nas técnicas da epidemiologia e na análise das mudanças de padrões demográficos, imbricados com os avanços sociais e o processo de industrialização, influenciou a vida de todas as classes sociais<sup>5-10</sup>. As políticas públicas voltadas para as crianças e a assistência materno-infantil tiveram uma importante influência dos pediatras<sup>7</sup>.

O objetivo deste ensaio é provocar uma necessária reflexão na atualização do termo puericultura, com base na compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto proposta de sistema de saúde universal, fundamentado

no ideário da Reforma Sanitária. Busca-se problematizar as propostas de inserção da pediatria na Rede de Atenção à Saúde (RAS), como especialidade, na perspectiva da atenção integral à saúde. Na esteira desses importantes debates integrados, reflete-se sobre a necessidade de uma cuidadosa e aprofundada revisão curricular da formação do pediatra.

## Metodologia

A partir das imprecisões na definição do termo puericultura e suas consequências na prática clínica, optou-se, como metodologia, por realizar uma revisão narrativa de artigos, livros, textos e publicações de material técnico, com ênfase no Ministério da Saúde (MS). A busca foi realizada na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), com as seguintes palavras-chave: puericultura, cuidado da criança, políticas públicas, atenção integral saúde e sistema único de saúde. A seleção inicial foi baseada na leitura dos resumos, enfocando os trabalhos de autores que se dedicam ao tema da infância e que se destacam no campo da história – Ariès e Sanglard –, e no campo da pediatria – Bonilha e Rivoredo –, assim como nas publicações do MS. Foram selecionados textos complementares que se mostraram pertinentes a partir das referências bibliográficas dos trabalhos inicialmente selecionados<sup>11</sup>. As perguntas da pesquisa foram: a) o que significa puericultura; b) quais profissionais da saúde podem fazer puericultura; c) quais as ações compreendidas na prática da puericultura.

A revisão narrativa é uma modalidade de revisão não sistemática e não replicável em sua metodologia, com o objetivo de aumentar a compreensão de um tema considerado amplo, proporcionando uma análise crítica de cunho pessoal dos autores, com base fundamentalmente nas suas experiências práticas<sup>12</sup>. Não pretende, portanto, encontrar respostas ou propor soluções, mas objetiva ser capaz de contribuir para melhor delimitar o problema e provocar reflexões que contribuam para o debate<sup>13,14</sup>.

## Resultados

### A puericultura e a pediatria como especialidade no Brasil

Pode-se afirmar que quase a totalidade da história da pediatria no Brasil, como especialidade institucionalizada, foi registrada a partir das vivências de dois médicos: Moncorvo Filho, com a sua obra ‘Histórico da Proteção à Infância no Brasil’, publicada em 1926, e José Martinho da Rocha, com sua obra ‘Introdução à História da Puericultura e da Pediatria no Brasil’, publicada em 1947. Ambos influenciaram praticamente todas as obras que se seguiram<sup>15</sup>.

Outras influências importantes foram Orlando Orlandi e sua obra ‘Teoria e prática do amor à criança; introdução à pediatria social no Brasil’ (1985), e Carlos R. S. Rivoredo, com a obra ‘Cuidar e tratar de criança; breve história de uma prática’ (1995). Ambos fundamentaram suas práticas nas ciências médicas e em dados epidemiológicos, com ênfase na mortalidade infantil<sup>15</sup>.

A história da puericultura e da pediatria se desenvolveram baseadas em duas ideias predominantes: uma acreditava que a pediatria salvaria as crianças de uma sociedade inculta e incapaz, e a outra mostrava uma pediatria que se estabelecia e se autoafirmava da mesma forma que as outras especialidades da medicina<sup>4</sup>. A imagem do pediatra era de um profissional com formação construída de maneira isolada, legitimada pelas influências das escolas estrangeiras e reforçada pela ideia de que poucos médicos se dedicavam ao cuidado da criança<sup>15</sup>.

### A puericultura e a pediatria na primeira metade do século XX

A filantropia foi o modelo assistencial predominante no Brasil na primeira metade do século XX e ocupava o espaço que o Estado não reconhecia como de sua responsabilidade.

O modelo liberal – Estado Mínimo – predominava como pensamento político-ideológico no período da Primeira República. É importante pontuar que o Rio de Janeiro tinha a importância de capital federal<sup>16</sup>.

Entre 1899 e 1924, o campo do cuidado da criança se definiu pelo surgimento de instituições filantrópicas e governamentais. As mais importantes e representativas foram, em 1899, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (Ipaí), criado por Moncorvo Filho, e a Policlínica Botafogo, instituída por Luiz Torres Barbosa, ambas filantrópicas. Em 1909, foi criada a Policlínica das Crianças; e, em 1914, o Hospital São Zaccharias, ambos da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 1924, vinculado ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), foi fundado o Hospital Abrigo Arthur Bernardes, dirigido pelo pediatra Antonio Fernandes Figueira. Em 1946, transformou-se no Instituto Fernandes Figueira e, em 2010, no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz)<sup>16</sup>.

As práticas da puericultura e da pediatria começaram a se definir com a criação das ofertas assistenciais das Santas Casas de Misericórdia. Entre o final do século XIX até a primeira metade do século XX, o Brasil viveu importantes acontecimentos e suas consequências sociais. Os mais relevantes foram: em 1871, a Lei do Ventre Livre; em 1888, a abolição da escravidão; em 1889, a Proclamação da República. Além disso, o País vivia um importante processo de industrialização, com intenso processo de imigração e êxodo rural, o que determinou um novo perfil epidemiológico da população<sup>17</sup>.

Os debates públicos mais importantes nesse período giravam em torno dos aspectos subjetivos da então denominada delinquência juvenil e do enfrentamento da mortalidade infantil. A aproximação entre o saber médico e o saber jurídico foi a tônica da época, o que desviou o foco dos debates em saúde das questões da alma, sociais e das condições de vida, encobrindo as más condições de trabalho e de moradia<sup>17</sup>.

Antonio Fernandes Figueira e Juliano Moreira admitiam o modelo filantrópico como um mal necessário por carecer de rigor técnico científico. Outrossim, o referido modelo dificultava a implementação das políticas de aleitamento materno exclusivo até 1 ano de idade, assim como o enfrentamento da cultura das amas de leite. Figueira acreditava na institucionalização dos consultórios de lactantes e no encontro das mães com os médicos para difundir orientações embasadas em dados técnicos produzidos pela ciência<sup>16</sup>.

Figueira foi o responsável pelas enfermarias de alguns dos mais importantes hospitais da época. O seu livro ‘Elementos de semiologia infantil’ foi publicado em Paris (1902), aumentando o seu prestígio. Destaca-se, entre 1900 e 1910, a sua atuação como chefe da enfermaria pediátrica do Hospital São Sebastião (doenças infecciosas), indicado por Oswaldo Cruz, então na Diretoria-Geral de Saúde Pública (DGSP). Figueira foi vanguardista ao permitir o acompanhamento das mães durante as internações, o que somente foi regulamentado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1991. Em 1909, Juliano Moreira contratou Figueira para cuidar do Pavilhão Bourneville, enfermaria para crianças do Hospício Nacional dos Alienados, e assumiu também a Policlínica das Crianças Pobres da Santa Casa de Misericórdia. Em sua gestão na Inspeção de Higiene Infantil (IHI), até 1924, órgão assessor do DNSP, criado em 1919, Figueira instituiu políticas sociais de proteção à maternidade e à infância pobres, medidas precursoras das políticas públicas para o cuidado infantil<sup>16</sup>.

Dadas as suas contribuições para a área, Figueira tem o seu nome historicamente vinculado à institucionalização da intervenção do Estado no cuidado da criança e na esfera privada da família moderna. Entre outras ações, participou da institucionalização da obrigatoriedade de registro de nascimento e óbito, do sepultamento e da criminalização do abandono, principalmente por meio da proibição das Rodas de Expostos<sup>17</sup>.

## A aproximação e a integração da puericultura e da pediatria com as políticas públicas para o cuidado da criança

Entre 1930 e 1940, as propostas voltadas para o cuidado da gravidez, puerpério, crianças e adolescentes tinham um perfil educativo e de vigilância limitado à dimensão individual e curativa. A atenção à saúde seguia o modelo hospitalocêntrico privado, mantido pelas grandes indústrias para seus trabalhadores, articulados com o poder público<sup>18</sup>.

O período político do ‘Estado Novo’ (1937-1945) foi marcado na saúde pela gestão de Gustavo Capanema e suas reformas a partir da Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937, quando foram criadas as Delegacias Federais de Saúde e a proposta das Conferências Nacionais de Saúde. O primeiro programa estatal para a proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi protagonizado pelo DNSP, do Ministério da Educação e Saúde (MES), com a criação, em 1937, da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, substituída em 1940 pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr). No mesmo período, nasceu a especialidade do médico sanitário, que passou a ocupar os principais postos do MES e, após 1953, o próprio MS. Apesar de não ter conseguido o desejado alcance nacional, Capanema implantou uma coordenação nacional de saúde, profissionalizou e construiu um ideário de saúde pública no Brasil<sup>19</sup>.

A puericultura e a pediatria, na mesma época, experimentavam um avanço político em paralelo aos avanços dos conhecimentos científicos para o cuidado da criança, tendo influenciado a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI) e da primeira cadeira de puericultura, na Faculdade Nacional de Medicina, ocupada por Martagão Gesteira, em 1937<sup>7</sup>.

Ainda em 1940, inspirado no modelo do Ipai, foi criado o DNCr pelo Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro, integrado ao MES. Contou com o apoio técnico do IFF e com o apoio

financeiro dos estados e dos municípios para coordenar a implantação de políticas públicas nacionais. As suas ações se fundamentaram em diferentes eixos: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização<sup>20,21</sup>.

Em 1953, o MES foi separado. O MS assumiu o DNCr, extinguindo-o em 1969. Em 1970, criou a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), vinculada à Secretaria de Assistência Médica. A mortalidade infantil, nesse momento, era extremamente elevada – em torno de 120,7/mil Nascidos Vivos (NV)<sup>18,21</sup>.

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que propôs ações com características preventivas. No entanto, pautadas em métodos centralizadores, desconsiderou as diversidades regionais do Brasil. A estratégia pretendia convergir recursos para investir em melhorias na qualidade da informação, infraestrutura e ampliação da cobertura do atendimento à mulher e à criança. Os problemas principais continuavam a ser a morbimortalidade da mulher e da criança, a última agravada pelo desmame precoce e pela desnutrição<sup>21</sup>.

Em 1976, a CPMI mudou de nome para Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (Dinsami) e se vinculou à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), tornando-se central na coordenação das ações voltadas para a atenção à mulher, à criança e ao adolescente. No entanto, não houve alterações significativas nos índices de mortalidade infantil que, no fim dos anos 1970, ainda se encontravam em torno de 113/mil NV<sup>18,21</sup>.

Em 1983, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) que, em 1984, desmembrou-se em dois. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), que passou a cuidar do Crescimento e Desenvolvimento (CD), controle das diarreias e desidratação, controle das infecções respiratórias agudas, prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso, prevenção de acidentes e intoxicações e da assistência ao recém-nascido; e o Programa

de Assistência Integral à Saúde da Mulher (Paism), que passou a cuidar da assistência pré-natal, prevenção da mortalidade materna, doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao parto e puerpério, planejamento familiar, controle de câncer ginecológico e mamário, promoção ao parto normal<sup>18,21</sup>.

No entanto, mesmo após todos os esforços institucionais registrados, o MS só obteve êxito em promover a vigilância do CD integral da infância a partir da iniciativa do Paisc, em 1984<sup>22</sup>. Mesmo assim, era ainda muito subvalorizada diante da persistência dos altos índices de mortalidade infantil, dificultando a ampliação da atenção à saúde para além da intensificação do programa de imunizações, o acompanhamento do crescimento somático, o aleitamento materno, a terapia de reidratação oral e as ações voltadas para prevenção e tratamento de doenças prevalentes na infância<sup>18,23</sup>.

### **A Constituição Cidadã de 1988: o SUS, o ECA e as políticas públicas para o cuidado da criança**

No contexto internacional, na década de 1980, as nações priorizavam o tema da criança e convergiam esforços para a promoção de condições para proteção, desenvolvimento infantil e, principalmente, enfrentamento da mortalidade infantil. A Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 da United Nations International Children's Emergency Fund (Unicef)<sup>24</sup>, que contou com amplo apoio da comunidade internacional e foi chancelada no mesmo ano pela Assembleia Geral das Nações Unidas (entrando em vigor a partir de 1990), tornou-se uma das bases para propor a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança em 1990. O Brasil foi signatário de ambos os tratados, assim como mais 159 países, o que ocorreu durante a Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Esta celebrou o compromisso de prover meios necessários para o cumprimento de 26 metas até o ano 2000, sendo 19 diretamente ligadas à área da saúde<sup>25</sup>.

Ao mesmo tempo, no Brasil das décadas de 1980 e 1990, muitas conquistas e avanços sociais aconteceram, enquanto o País vivia um processo de redemocratização. A Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas Municipais e as Leis Orgânicas nº 8.080 e nº 8.142 de 1990<sup>26</sup> significaram a criação e a formalização do SUS. As participações do Brasil nas discussões internacionais, em prol da proteção da criança, culminaram no ECA, de 13 de julho de 1990, formalizado na Lei nº 8.069<sup>27</sup>. O Brasil consolidou e garantiu a ampliação dos direitos de proteção à integridade física e psicológica, lazer e bem-estar de crianças e adolescentes, amparados pela sociedade e pelo Estado<sup>18</sup>.

Esses acontecimentos foram fundamentais para promover transformações importantes na proposta de modelo de saúde no Brasil. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que começaram a atuar no Nordeste no fim da década de 1980, foram oficializados pelo MS em 1991 e tiveram a sua profissão regulamentada pela Lei nº 10.507, de 2002. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) é considerado o precursor do Programa Saúde da Família (PSF). É uma estratégia que pretende promover uma comunicação mais efetiva entre a comunidade e os serviços de saúde em seus territórios, com atribuições descritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2011<sup>28</sup>.

Em 1994, o PSF potencializou as ações dos ACS e reorientou as políticas públicas em saúde, a partir de uma interlocução mais sensível com as comunidades. Posteriormente, o PSF se institucionalizou como Estratégia Saúde da Família (ESF), que passou a ser a responsável pelo ordenamento das ofertas de serviços de saúde nos territórios e na rede de cada município<sup>18,29</sup>.

Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Apesar da queda importante desse indicador nos últimos dez anos, ainda se encontrava muito aquém do aceitável, principalmente na faixa da neonatologia (zero a 28 dias). O

MS reafirmou o ECA e o seu compromisso com a criança, promovendo a vigilância do desenvolvimento integral e a reorganização do cuidado na RAS, a partir da Atenção Básica (AB). Recomendou, formalmente, a observação da integralidade do cuidado, percebendo as políticas públicas e as dimensões subjetivas do desenvolvimento, enfocando a importância da continuidade do cuidado e nas influências ambientais<sup>30</sup>.

Em 1984, o Paisc, apesar de ter sido idealizado como política pública para contemplar o CD na sua integralidade, tem nas suas ações uma forte ênfase nas questões biológicas para o enfrentamento da mortalidade infantil, em detrimento das questões subjetivas do desenvolvimento integral. Foi somente em 2004 que o MS se reposicionou claramente em relação à vigilância do desenvolvimento infantil. Em 2005, o Cartão da Criança, implantado desde 1984, foi substituído pela Caderneta de Saúde da Criança (CSC), tornando-se o principal instrumento para registro e acompanhamento da saúde integral da criança<sup>23</sup>.

A Portaria Ministerial nº 4.279/2010 estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS<sup>31</sup>. O MS pretendeu integrar todas as ações presentes na RAS, em um esforço para superar a fragmentação, e estabeleceu que a AB passaria a ter o papel de coordenadora de assistência e ordenadora dos recursos de atenção à saúde na RAS. Entendeu-se que, para garantir a continuidade do cuidado, seriam necessárias a construção e a operacionalização de uma estrutura capaz de assegurar a equidade no acesso, com a atuação de equipes multiprofissionais para maior eficiência clínica, sanitária e de sustentabilidade econômica, resultando em resolutividade. Esse esforço rendeu resultados significativos; e, entre as metas pactuadas para 2015 nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio na Organização das Nações Unidas (ONU), a meta da mortalidade infantil foi antecipadamente atingida<sup>32</sup>.

## Discussão

A história das políticas públicas de saúde, voltadas para o cuidado da criança, tem o seu foco na vigilância do CD desde os anos 1980, com o Paisc<sup>25</sup>. A CSC, desde o início da sua implantação, é um documento obrigatório. Em suas páginas, constam informações e orientações direcionadas tanto para os profissionais da equipe de saúde quanto para as famílias, visando lidar com os aspectos subjetivos e objetivos do desenvolvimento integral<sup>33</sup>.

A CSC fortalece o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades para a Promoção da Saúde (PS) integral. Dialoga com a família e com os diversos profissionais de saúde que integram o cuidado da criança, especialmente quando a criança necessita frequentar diferentes serviços e esferas de atenção na RAS. É um importante instrumento de referência, facilitador da continuidade e integralidade do cuidado, e um dispositivo estratégico de convergência de informações acerca dos processos de trabalho, das políticas públicas e das necessidades de saúde da criança<sup>30,34,35</sup>.

A CSC tem se tornado cada vez mais central e importante na medida em que é reconhecida na rede e na formação de trabalhadores da saúde. Celebra o contrato social para o cuidado continuado e integral da criança com sua família e com a equipe de saúde, e orienta a observação das políticas públicas no SUS e intersetores. Segue a estratégia de ampliar e intensificar a vigilância do CD e acompanha a criança até os 10 anos de idade<sup>32,34,36</sup>.

O acompanhamento do CD da criança é o fundamento conceitual da atenção integral que melhor representa a ideia relacionada com o seu processo ativo, dinâmico e contínuo de crescimento somático biológico, imbricado com sua evolução cognitiva e com os aspectos subjetivos mentais e emocionais. Esses padrões estão representados concretamente por marcos, que foram determinados de forma comparativa e que apresentam parâmetros que devem ser sistematicamente verificados, sempre de forma individualizada<sup>23</sup>.

A vigilância em saúde é uma estratégia fundamentada nas concepções de PS, prevenção de doenças e controle dos agravos. Identificar e atuar precocemente para evitar a doença, assim como promover autonomia para o cuidado em saúde, são diretrizes para uma atenção integral à saúde. Algumas questões, antes não consideradas, passaram a entrar na pauta como fundamentais para a vigilância do CD. Dessa forma, passou-se a valorizar as questões relacionadas com as dificuldades de aprendizado, alterações do comportamento e identificação de violência, tanto no ambiente familiar quanto nos outros ambientes acessados pela criança.

As dificuldades de utilização da CSC e de sua valorização como instrumento de trabalho traduzem as próprias dificuldades de integração da RAS, conforme a Portaria Ministerial nº 4.279/2010<sup>28</sup>. A desvalorização da AB, assim como da própria CSC, é realidade que precisa ser enfrentada. Pensar em conceder um espaço maior à CSC na formação, graduação e pós-graduação, reconhecendo a história da sua construção como instrumento importante e

fundamental para promover o cuidado continuado, colaborativo e intersetorial, pode contribuir para ressignificar o seu valor no processo de trabalho das equipes de saúde<sup>37</sup>.

O *quadro 1* ressalta de forma comparada e temporal três linhas de evolução que se integram no SUS: a evolução dos cuidados voltados para a criança, o contexto nacional e o contexto internacional. Pontua fatos considerados como fundamentais para entender a evolução no tempo do conceito de infância e na condição da criança, até a responsabilização incondicional assumida pela sociedade e pelo Estado por meio do ECA. Passa pela formação e consolidação da família moderna, o cuidado baseado na ciência e o surgimento da especialidade médica da pediatria no Brasil. Trata da aproximação gradual da puericultura até a sua integração, com a ideia de políticas públicas voltadas para o cuidado da criança. Situa a atenção primária à saúde como base para os sistemas públicos e universais de saúde, atravessados pelo conceito de PS, até chegar à Constituição Cidadã de 1988 e às leis que criaram o SUS.

Quadro 1. Histórico comparativo da evolução dos cuidados da criança e conquistas sociais no contexto nacional e internacional

Período de Referência	Cuidados voltados para a Infância	Contexto Nacional	Contexto Internacional
1500 - 1600	Surgimento e consolidação da infância, reconhecida nas suas especificidades, da família moderna e da escola.	Brasil colônia. Cuidado baseado na cultura popular/ indígena. Cuidados caridade/ Igreja Católica. Desassistência do Estado.	O amor como valor social e o cuidado da infância independentemente da família e das condições socioeconômicas.
<b>Formação e cuidado da criança sob a responsabilidade da instituição Família e Escola</b>			
1700 - 1800	Cuidados baseados na sabedoria popular e caridade religiosa e na atenção médica não especializada.	Período pré-científico. Moncorvo de Figueiredo, 1846. Primeiro curso livre de puericultura e pediatria. Caridade e filantropia.	Caron, 1863 na França. Higiene da primeira infância (puericultura). Influências de Pasteur (influências da ciência).
<b>Fim do período Pré-Científico. Início das ações em saúde com as influências da ciência</b>			
1900 - 1920	Consolidação da especialidade pediátrica no mundo com forte influência no Brasil. Morbimortalidade materno-infantil alta.	Consolidação da filantropia. Cuidados da caridade, ambulatórios ligados a fábricas/ trabalho e consultórios privados.	Especialidade pediátrica consolidada. Influências das escolas dos EUA e Europa, formavam os especialistas.

Período de Referência	Cuidados voltados para a Infância	Contexto Nacional	Contexto Internacional
1930 - 1988	Ações de saúde orientadas para políticas públicas para a alta morbimortalidade materno-infantil, coordenadas pelo Estado. Iniquidades socioeconômicas e entre as regiões do Brasil. Implantação do Cartão da Criança (1984).	Capanema, reformas no Mesp. Delegacias Federais de Saúde (iniquidades regionais) e Conferências Nacionais de Saúde. Criação do MS (1953). Reforma Sanitária e Psiquiátrica. VIII Conferência Nacional de Saúde (1986).	Declaração Universal dos Direitos Humanos (1949). Declaração de Alma-Ata: Atenção Primária à Saúde (1978). Carta de Ottawa: Promoção da Saúde e determinantes sociais (1986).
<b>A Cobertura Universal de Saúde, Atenção Primária e a Promoção da Saúde</b>			
Após 1988	Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990). A Caderneta de Saúde da Criança (2005) substituiu o Cartão da Criança - políticas públicas.	Constituição Cidadã de (1988). Sistema Único de Saúde - SUS (Leis nº 8.080 e nº 8.142). Atenção Básica, Promoção da Saúde, PSF (1992) e ESF (1998).	Disputa entre o Modelo liberal: coberturas universais e o Modelo social-democrata: sistemas universais.

Fonte: elaboração própria.

## Considerações finais

O termo puericultura carrega, ao mesmo tempo, popularidade e pouca precisão. Todos imaginam uma definição, mas não existe consenso. Esta revisão propôs uma fundamentação para a compreensão e definição do termo.

Partiu-se da premissa básica de que a puericultura sempre significou o cuidado da criança. É preciso, no entanto, falar de atenção integral à saúde, que considera a inclusão do sistema de saúde como tecnologia fundamental para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção à saúde. Para tanto, cabe reafirmar a ESF na AB como coordenadora do cuidado na RAS, e inserir a puericultura como o conjunto de ações para a vigilância do CD para a atenção integral da saúde da criança e do adolescente. Para isso, devem-se considerar as mudanças que se registraram ao longo do tempo, desde quando o termo puericultura foi criado, passando pela evolução dos seus significados, sem perder a centralidade no paciente e nos processos de trabalho, hoje operacionalizados em equipes multiprofissionais (*quadro 1*).

As percepções das novas dimensões do cuidado precisam ser ressignificadas e

pacificadas em consensos atualizados, incluindo, principalmente, as mudanças significativas nos perfis epidemiológicos e demográficos da população infantil, assim como os reposicionamentos subjetivos a respeito do cuidado da criança inserido na RAS. Atualmente, para definir puericultura, é preciso assumir o SUS como uma tecnologia indispensável para a continuidade e a qualidade do cuidado colaborativo. Em outras palavras, deve-se ajustar o rumo para a atenção integral à saúde.

Incluir o cuidado das crianças que vivem com condições crônicas complexas e suas deficiências é inadiável, ainda que tardio. Nesses casos, o cuidado muitas vezes precisa ser inicialmente realizado com mais intensidade e densidade tecnológica pelas equipes de saúde nas esferas terciárias da RAS, inaugurando uma puericultura para além do seu significado tradicional de vigilância do CD de crianças saudáveis frequentando a esfera da AB. Essa inclusão faz parte de um dos principais aspectos a serem revistos em relação ao termo puericultura. Como cuidado da criança inserida no SUS, devem-se considerar as necessidades de cuidado para as crianças que nascem e têm a sua atenção mais concentrada no hospital terciário nos primeiros anos de

vida, observando-se as mesmas diretrizes da atenção integral à saúde.

A puericultura, em toda a sua história, sempre representou um conjunto de ações em saúde e a postura voltada para o cuidado da criança. No final do século XIX, começou a se aproximar e atuar de acordo com as práticas baseadas nos avanços da ciência. No decorrer do século XX, formalizou-se essa aproximação por meio da formação dos especialistas em pediatria no Brasil. A partir dos anos de 1930, mais especificamente na 'Era Vargas' (1930-1945), a puericultura se integrou às políticas públicas por meio de uma coordenação central exercida pelo Estado. Essa integração avançou *pari passu* ao avanço das propostas de políticas públicas e ao aumento progressivo da responsabilidade do Estado pela saúde da população. A partir dos anos de 1980, principalmente após a promulgação da Constituição Cidadã de 1988 e das leis que criaram o SUS (1990), a puericultura passou a significar, formalmente, políticas públicas voltadas para o cuidado da criança.

A operacionalização das políticas públicas passou a ser coordenada a partir da AB, por meio das equipes multiprofissionais da ESF que atuam na perspectiva da PS com base no

ECA, que reconhece a criança como sujeito de direito. A puericultura, como cuidado da criança, deve ser inclusiva, colaborativa, intersetorial e centrada na criança, proporcionando um cuidado continuado e em rede, na perspectiva da atenção integral à saúde.

Este debate precisa ser inserido na formação de todos os profissionais da saúde, ainda na graduação, e persistir na formação das pós-graduações. Dessa forma, será possível assumir institucionalmente que o cuidado da criança é multiprofissional e deve caminhar da atual fragmentação para a integralidade.

## Colaboradores

Albernaz ALG (0000-0001-9628-018X)\* contribuiu para concepção, aquisição, análise e interpretação dos dados; elaboração do trabalho e seu conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. Couto MCV (0000-0003-0926-8823)\* contribuiu para análise e interpretação de dados; revisão crítica do conteúdo intelectual; e aprovação final da versão a ser publicada. ■

---

## Referências

1. Ariès P. História social da criança e da família. [S. l.]: Livros técnicos e científicos editora; 1981.
2. Costa JC. A paideia: a arte de Educar para a Vida toda diante dos desafios de uma Pedagogia da Infância. Filosofia e Educação. 2018 [acesso em 2022 jan 10]; 10(1):121-135. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rfe/article/view/8652001>.
3. Rappaport CR, Fiori WR, Davis C. Teorias do Desenvolvimento: conceitos fundamentais. São Paulo: EPU; 1981.
4. Rivorêdo CRSF. Pediatria: medicina para crianças? Saúde e Sociedade. 1998; 7(2):33-46.
5. Bonilha LR, Rivorêdo CR. Puericultura: duas concepções distintas. J Pediatria. 2005; 81:7-13.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

6. Sanglard G, Ferreira LO. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*. 2010; 26:437-459.
7. Freire MML, Leony VS. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos*. 2011 [acesso em 2022 jan 10]; 18:199-225. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/pMzXR6Xv9xBJgG9gyc4ZrZv/?lang=pt>.
8. Santos RCK, Resegue R, Puccini RF. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. *Rev bras crescimento desenvolv hum*. 2012; 160-5.
9. Pinto LF, Giovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciênc. Saúde Colet*. 2018 [acesso em 2022 jan 10]; 23(6):1903-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dXV7f6FDmRnj7BWPJFt6LFk/abstract/?lang=pt>.
10. Moreira MEL, Goldani MZ. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc. Saúde Colet*. 2010 [acesso em 2022 jan 10]; 15:321-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/sxMsJk4kqp5j5vv3JKYXccf/abstract/?lang=pt>.
11. Martinelli SS, Cavalli SB. Alimentação saudável e sustentável: uma revisão narrativa sobre desafios e perspectivas. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019; 24(11):4251-4262.
12. Botelho LLR, Cunha CCA, Macedo M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e sociedade*. 2011; 5(11):121-36.
13. Rother ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2007 [acesso em 2022 set 16]; 20(2):v-vi. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/revisao-sistematica-x-revisao-narrativa/>.
14. Cordeiro AM, Oliveira GM, Rentería JM, et al. Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*. 2007; 34:428-431.
15. Pereira JS. História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX. [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006. [acesso em 2022 jan 10]. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/VCSA-6X6KSN>.
16. Sanglard G, Ferreira LO. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Estud Hist (Rio J)*. 2014 [acesso em 2022 jan 10]; 27(53):71-91. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eh/a/pGxhfrq8GCrNr4GFrnNKXKt/?lang=pt>.
17. Sanglard G. Entre o Hospital Geral e a Casa dos Expostos: assistência à infância e transformação dos espaços da Misericórdia carioca (Rio de Janeiro, 1870-1920). *Rev Port Hist*. 2016 [acesso em 2022 jan 10]; 47:337-58. Disponível em: <https://digitalis-dsp.uc.pt/bitstream/10316.2/40695/1/Entre%20o%20Hospital%20Geral%20e%20a%20Casa%20dos%20Expostos.pdf?ln=pt-pt>.
18. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev bras enferm*. 2014 [acesso em 2022 jan 10]; 67:1000-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYz/?lang=pt>.
19. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar em revista*. 2005; (25):127-41.
20. Pereira AR. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. *Revista Brasileira de História*. 1999; 19:165-98.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília, DF: MS; 2011. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70\\_anos\\_historia\\_saude\\_crianca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf).

22. Brasil. Ministério da Saúde, Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1984. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_crianca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf).
23. Caminha MFC, Silva SL, Lima MC, et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Revista Paul Pediatr.* 2017 [acesso em 2022 abr 6]; 35:102-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/H7KLTVXShS9qRy3WpGwKfGL/>.
24. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Convenção sobre os Direitos da Criança 1989. [S.l.]: ONU; 1989. [acesso em 2020 ago 24]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>.
25. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494643/>.
26. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília, DF: CONASS; 2003. [acesso em 2020 jul 21]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf).
27. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente: disposições constitucionais pertinentes: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. 6. ed. Brasília, DF: Senado Federal; 2005. [acesso em 2022 abr 5]. Disponível em: [https://www.faneesp.edu.br/site/documentos/estatuto\\_crianca\\_adolescente.pdf](https://www.faneesp.edu.br/site/documentos/estatuto_crianca_adolescente.pdf).
28. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
29. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997. [acesso em 2022 abr 5]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf).
30. Brasil. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf).
31. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização para da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União.* 30 Dez 2010. [acesso em 2022 abr 6]. Disponível em: [https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf).
32. Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil–Revisão sistemática de literatura. *Rev Paul Pediatr.* 2016 [acesso em 2022 abr 5]; 34(1):122-31. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/kT3hnH3L8xRfKDVVBQ6dnjC/?format=pdf&lang=pt>.
33. Pacheco LF. Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2020.
34. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad. Saúde Pública.* 2009 [acesso em 2022 abr 15]; 25(3):583-95. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7ZzD5HknBqfJrJtHBD3tcrk/?lang=pt>.
35. Ratis CAS, Batista Filho M. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de meno-

res de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. 2004 [acesso em 2022 abr 5]; 7 (1):44-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Rsp9GB5BBC3hxbB-vZ8zxwTk/abstract/?lang=pt>.

36. Peixoto MVM, coordenador. Relatório integrado das pesquisas: Utilização da caderneta de saúde na vigilância do crescimento e do desenvolvimento de crianças brasileiras na primeira infância & Compreensão do discurso profissional sobre a prática da vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança na estratégia de saúde da família. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2017.

37. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface*. 2016 [acesso em 2022 abr 5]; 20(59):905-916. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/abstract/?lang=pt>.

---

Recebido em 15/04/2022

Aprovado em 03/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# O estudante em campo: uma experiência de formação em saúde da criança na Amazônia brasileira

*The student in the field: an experience in child health training in the Brazilian Amazon*

Maria Lúcia Chaves Lima<sup>1</sup>, Roseneide dos Santos Tavares<sup>1</sup>, Melina Navegantes Alves<sup>1</sup>, Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira<sup>1</sup>, Luiz Marques Campelo<sup>2</sup>, Karol Veiga Cabral<sup>1</sup>, Nelson José de Souza Junior<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E520

**RESUMO** O artigo teve como objetivo relatar a experiência de imersão em campo de prática de estudante do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Pará, enquanto participante do Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, durante a realização do atendimento à criança-guia, à família e à comunidade de acordo com atividades que tiveram por finalidade a capacitação de estudantes e profissionais do serviço, diretamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) e território adjacente. Delineou-se a trajetória percorrida pela estudante realizada no município de Cametá, Pará, durante o mês de junho de 2019, relatando a experiência em seis atividades principais: acompanhamento do uso da Caderneta da Criança com os profissionais da UBS; construção do Plano Terapêutico Singular para a criança/família-guia; mapeamento da rede de saúde mental do município; ações de educação em saúde; grupos de escuta; e capacitações para os profissionais da UBS. Os resultados mostram que a experiência de imersão no território, vivenciando o atendimento, foi enriquecedora nas dimensões do ensino, serviço e gestão. A imersão no campo de prática demonstrou ser potente espaço de formação dos futuros profissionais, utilizando-se do modelo de formação em serviço.

**PALAVRAS-CHAVE** Atenção Primária à Saúde. Capacitação em serviço. Saúde da criança.

**ABSTRACT** *The article aimed to report the immersion experience in the practice field of a Psychology student from Federal University of Pará, while participant in Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança, during the care provided to the guide-child, the family, and the community according to activities that had the purpose of training students and professionals of the service, directly in the Basic Health Unit (UBS) and adjacent territory. The trajectory traveled by the student was outlined, carried out in the municipality of Cametá, Pará, during June 2019, reporting the experience in six main activities: monitoring the Child's Handbook use with the Unit's professionals; construction of the Singular Therapeutic Plan for the guide child/family; mapping of the municipality's mental health network; health education actions; listening groups; and training for the UBS professionals. The results show that the immersion experience in the territory, experiencing health care, was enriching in dimensions of teaching, service, and management. Immersion in the field of practice proved to be a powerful training space for future professionals, using the in-service training model.*

**KEYWORDS** *Primary Health Care. Inservice training. Child health.*

<sup>1</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) - Belém (PA), Brasil.  
rstavares@ufpa.br

<sup>2</sup>Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde - Rio de Janeiro (RJ), Brasil.



## Introdução

Qualificar a formação de estudantes da área da saúde e de profissionais da Atenção Básica (AB), de acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), foi o intuito do Projeto Saúde da Criança Paraense na Atenção Básica: Articulação entre ensino, pesquisa, serviço e gestão, mais conhecido como 'Projeto Multicampi Saúde da Criança' foi uma experiência da Universidade Federal do Pará (UFPA).

O Multicampi Saúde da Criança foi um projeto realizado pela Pró-Reitoria de Extensão da UFPA, contou com a participação de 628 estudantes de 10 cursos de graduação dessa universidade (medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, farmácia, nutrição, biomedicina, psicologia e serviço social) distribuídos em 6 municípios do estado do Pará (Belém, Abaetetuba, Bragança, Cametá, Castanhal e Soure), região da Amazônia brasileira. Em parceria com o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria de Estado da Saúde do Pará (Sespa), as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios envolvidos e com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Pará (Cosems/PA), os estudantes foram imersos no campo, *in loco*, no desenvolvimento das ações da PNAISC, ao encontro de saberes multiprofissionais com os saberes locais, dinamizando a implementação de boas práticas e ações de atenção e educação em saúde, promovendo encontros intersetoriais e interseccionais entre a saúde e as demais políticas públicas.

A metodologia de pesquisa-intervenção adotada no Multicampi Saúde da Criança permitiu a utilização da estratégia da educação permanente com a integração do ensino-serviço-gestão, corroborando os princípios centrais da UFPA de integração com a sociedade, a reestruturação do modelo de ensino, o desenvolvimento amazônico e a modernização da gestão. Utilizando a Caderneta da Criança como instrumento de partida, que se apresenta

como um instrumento de vigilância à saúde da criança, permitindo às equipes e às famílias o acompanhamento da saúde das crianças, bem como o desenvolvimento de políticas públicas, os estudantes foram imersos no campo de práticas da AB nos municípios selecionados.

Em estudo de revisão integrativa, ao examinar publicações entre 2000 e 2011 no campo da AB, foi constatado que a maioria dos dados sobre as crianças não era registrada pelas equipes de saúde nas cadernetas, sendo estas pouco utilizadas para orientar pais, responsáveis e familiares das crianças. O maior percentual de desinformação nas cadernetas está relacionado com a primeira semana de saúde integral, índice de Apgar, uso do ferro profilático, dados sobre parto e gravidez, desenvolvimento neuropsicomotor e internações e hospitalizações. As autoras apontam que o não preenchimento desses dados revela que as orientações contidas na caderneta não têm sido utilizadas para orientar pais e responsáveis<sup>1</sup>.

Em estudo de revisão de literatura abrangendo o período de 2000 a 2013 sobre a AB em saúde, os autores concluíram que os serviços de saúde no País são heterogêneos e necessitam de mudanças estruturais e de processo de trabalho, a fim de melhor planejar ações e cuidados na AB como forma de garantir acesso de qualidade à saúde das crianças. Os mesmos autores perceberam que a introdução da Estratégia Saúde da Família (ESF), com presença dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuando em território, configurou-se como principal estratégia para vigilância da saúde infantil, com destaque para adoção de instrumentos de monitoramento do desenvolvimento infantil, ações de incentivo ao aleitamento materno único até 6 meses e posterior ingestão de alimentos orientados por padrões nutricionais adequados à faixa etária das crianças, bem como à imunização e à atenção a doenças prevalentes na infância, sendo todos os temas presentes na Caderneta da Criança. Nesse sentido, a adoção no território nacional da ESF foi fator preponderante para a diminuição da mortalidade no País,

pois enfocou ação de atenção e educação em saúde rede de serviços que à época estava em expansão<sup>2</sup>.

Em estudo compreendendo o período de 2008 a 2015, sobre a importância do Sistema de Único de Saúde (SUS) e da ESF, foi observada uma tendência decrescente das doenças e mortalidades sensíveis à AB, contudo, os mesmos autores apontam que ainda se faz necessário superar o modelo de queixa, conduta presente no modelo biologicista da consulta individualizada, presente nos serviços. As práticas ainda são muito marcadas pelo modelo biomédico hegemônico, tendendo ao fortalecimento do modelo tradicional da AB<sup>3</sup>. Os profissionais tendem a se apresentar como os detentores do conhecimento e a tratar o familiar/usuário como mero receptor. Esse tipo de atendimento ficou conhecido na literatura como cuidado desigual. Além disso, os autores destacam a importância da escuta e do acolhimento para a produção de um verdadeiro cuidado<sup>2</sup>.

É importante pontuar que a cobertura da AB no Pará está entre as menores da região Norte, 58,03%, enquanto o Tocantins alcança patamares acima da média nacional, 91,29%. Em relação às internações sensíveis à AB, o Pará apresenta maior percentual, de 41,07%, enquanto no Amapá os dados apresentados são de 21,43%. Quanto à mortalidade infantil, o estado do Pará apresenta taxa de 15,40 óbitos/mil nascidos vivos, enquanto o ideal preconizado pela Organização Mundial da Saúde é uma taxa abaixo de 10 óbitos/mil nascidos vivos. Ademais, ao analisar a mortalidade infantil por município, percebe-se enorme variação e assimetria de municípios como Cachoeira do Arari e Ourém, respectivamente, com taxas de mortalidade infantil de 3,03 e 3,33, até Soure e Trairão com 36,65 e 45,25. Com a maioria dos municípios com taxa acima do preconizado, a capital, Belém, apresenta a mortalidade infantil de 13,55<sup>4</sup>. Assim, desenvolver ações que possam incidir sobre esse cenário parece melhorar as condições de vida da população.

O investimento na AB como primeira porta preferencial de acesso da população nos

permite, além do desenvolvimento de ações de assistência em saúde, trabalhar a prevenção e a promoção em saúde, como forma de evitar o adoecimento e os agravos em saúde<sup>5</sup>. Fortalecer as redes instaladas e capilarizadas nos territórios parece ser medida absolutamente prudente para reverter o cenário da saúde no Pará. Outrossim, investir fortemente na atenção à criança é dar condições de desenvolvimento de um adulto mais saudável e consciente.

Nesse contexto, este artigo tem como objetivo relatar a experiência de imersão em campo de prática de uma estudante do Curso de Psicologia da UFPA, enquanto participante do projeto, durante a realização do atendimento à criança-guia, família e comunidade no município de Cametá, Pará, Brasil, um dos atendidos pelo projeto, em atividades que tiveram por finalidade a capacitação de estudantes e profissionais do serviço, diretamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) e no território adjacente.

## Material e métodos

Este artigo consiste em um relato de experiência da participação de uma estudante do Curso de Psicologia da UFPA, no Projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança dessa universidade. Nesse contexto, buscou-se delinear a trajetória percorrida pela estudante durante a imersão em campo de prática, realizada no município de Cametá, no Pará, durante todo o mês de junho de 2019.

O município de Cametá é margeado pelo grande Rio Tocantins, em uma faixa de cerca de 3 km de extensão. O último censo (2010) registrou população estimada de 134.100 habitantes<sup>6</sup>.

Cametá é formado geograficamente por ilhas e áreas de terra firme, que atingem 2.487 km<sup>2</sup>. Seu território possui rios e baías (20,3%), campos naturais (36,4%), várzeas e ilhas (26,2%) e terra firme (17,1%). O extrativismo vegetal, a agricultura familiar e a

pesca artesanal movem a economia da região, tendo complementação de outras rendas (auxílios governamentais, setor informal e criações de animais de pequeno porte). A renda média mensal das famílias gira em torno de 2,2 salários mínimos. Dados do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, de 2010, indicaram que o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era considerado baixo (0,577). O município possui apenas 48,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado<sup>7</sup>.

A capacidade física instalada da saúde do município compõe-se de 37 estabelecimentos de saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, sendo 32 públicos (31 municipais e 1 estadual), 5 privados e 1 filantrópico. Desses estabelecimentos, 24 são UBS, das quais 5 foram atendidas pelo projeto<sup>7,8</sup>.

Após participar do edital de seleção pública e capacitação em curso introdutório sobre a PNAISC, a estudante compôs um grupo de dez estudantes de sete cursos (enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e terapia ocupacional), dividido em duplas alocadas nas cinco UBS participantes do projeto no município de Cametá. A dupla composta pelas estudantes de psicologia e terapia ocupacional foi alocada na UBS de Nova Cametá localizada na zona periférica do município.

A composição da equipe da UBS e ESF de Nova Cametá, continha integração com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), composto por fisioterapeuta, educador físico, pedagoga, assistente social e nutricionista; duas psicólogas, terapeuta ocupacional e fonoaudiólogo. Na unidade atuavam diretamente enfermeira (coordenadora), dentista, médica, assistente administrativa, oito ACS, dois agentes de combate a endemias, três técnicas de enfermagem e dois auxiliares de serviços gerais e segurança.

As atividades das estudantes foram registradas no Diário de Campo. Essas atividades eram propostas e orientadas pela equipe de

preceptores, supervisores e tutores do projeto. Tais atividades foram relatadas como experiências vivenciadas.

Esse artigo relata a experiência em seis atividades principais do estudante, sendo apresentadas com as seguintes temáticas: 1- Acompanhamento do uso da Caderneta da Criança com os profissionais da Unidade; 2- Construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS) para a criança/família-guia; 3- Mapeamento da rede de saúde mental do município; 4- Ações de educação em saúde; 5- Grupos de escuta; e 6- Capacitações para os profissionais da UBS. Em cada temática, são relatadas as ações, a metodologia utilizada e os principais resultados obtidos, de acordo com a participação dos atores do processo.

O relato de experiência foi baseado nas ações desenvolvidas no âmbito projeto. Por esse motivo, o presente estudo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, entretanto, o relato atentou para questões éticas; desse modo, não há informações que identifiquem quaisquer atores participantes das atividades descritas.

### **Acompanhamento do uso da Caderneta da Criança com os profissionais da Unidade**

A 'Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania', conhecida popularmente como Caderneta, apresenta-se como um documento potencialmente importante para registro de todas as informações sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde, de educação e de assistência social, para o acompanhamento desde o momento do seu nascimento até os 9 anos de idade. O registro das informações na Caderneta compete aos profissionais de saúde envolvidos nas ações da PNAISC que compartilham esses dados com a família e facilitam a integração das ações sociais. A Caderneta traz orientações sobre os cuidados com a criança e com o ambiente para que cresça e se desenvolva de forma saudável. Também contém informações sobre os direitos e deveres das

crianças e dos pais, aleitamento materno, alimentação complementar saudável, vacinas, saúde bucal, marcos do crescimento e desenvolvimento, consumo; além disso, informa sobre o acesso aos equipamentos e programas sociais e de educação<sup>9</sup>.

O uso da Caderneta da Criança foi uma das principais investigações realizadas dentro da UBS, com observações e questionamentos que resultaram na constatação de uma série de dificuldades de manejo do instrumento. O primeiro problema percebido foi o elevado número de criança sem a Caderneta, uma vez que o município estava sem exemplares. A Secretaria Municipal de Saúde disponibilizou somente cópia do Cartão da Criança, o que demonstrava precariedade do serviço.

O manejo da Caderneta entre as famílias também se configurou problemático, não havendo devido cuidado com o documento: muitos eram encontrados rasgados ou mal dobrados. Esse descuido demonstrava falta de diálogo do serviço-comunidade sobre a importância da Caderneta como documento e instrumento para o acompanhamento da saúde da criança.

Estudo mostrou que o papel da família é zelar pela Caderneta e levá-la a todos os atendimentos de saúde. No entanto, embora orientações sejam oferecidas por profissionais de saúde pesquisados, ficou evidenciado que, por vezes, a família pouco utiliza o instrumento. A Caderneta, como instrumento para a vigilância e promoção da saúde infantil, deve ser utilizada e valorizada pelos familiares da criança<sup>10</sup>.

Quanto ao manejo da Caderneta pela equipe, a partir de diálogos realizados com alguns profissionais e reuniões, foi perceptível o preenchimento inadequado, principalmente na seção de vigilância do desenvolvimento da criança. Não havia profissional encarregado para esse preenchimento.

Todos os profissionais de saúde têm participação e responsabilidade pelo preenchimento correto da Caderneta. Para a família, como destacado por Fabiane et al.<sup>10</sup>, o instrumento

também é importante, cabendo aos profissionais fortalecer o uso deste como fonte de comunicação, educação, prevenção e promoção da saúde das crianças.

### **Construção de um Plano Terapêutico Singular para a criança/família-guia**

O segundo foco de atuação foi na escolha da criança-guia, termo utilizado para caracterizar a criança escolhida pela estudante, em comum acordo com a equipe de profissionais, para ser acompanhada durante a imersão em campo, de acordo com o plano de ação traçado, considerando as demandas dos núcleos profissionais aos quais os estudantes pertenciam. Além do atendimento à criança-guia, também eram atendidas família e comunidade, caracterizado pela visita à residência delas.

A escolha do caso veio a partir da demanda de diversos profissionais da UBS para o acompanhamento não apenas de uma criança, mas sim de uma família com sete crianças, ou seja, a criança-guia se transformou em família-guia. Diversos profissionais auxiliaram na construção do PTS para essa família, especialmente a assistente social e a nutricionista do Nasf.

Durante a estadia de um mês, foi possível realizar quatro visitas domiciliares e duas consultas na UBS com a família-guia. Dentre os pontos principais dessas intervenções, vale destacar a constante resistência da família à assistência prestada pela equipe. Infelizmente, não foi possível investigar detalhadamente e compreender os motivos da resistência, que se configuravam na falta de interesse pela assistência prestada pela equipe de saúde, exemplificada no não comparecimento às consultas previamente agendadas ou no comparecimento apenas mediante a solicitação feita pela ACS responsável, assim como situações de visitas domiciliares (previamente avisadas) sem nenhum dos pais em casa e com crianças na residência. Porém, a partir do trabalho em conjunto, foi possível realizar anamnese das sete crianças e início de encaminhamento para os profissionais de saúde de acordo com a demanda de cada caso.

Observou-se que um mês se mostrou pouco efetivo para a realização de trabalho conclusivo com a família. Finalizado o estágio, a equipe local recebeu o relatório das principais demandas, bem como dos aspectos sanitários julgados necessários para atendimentos, tanto pelos profissionais da UBS quanto pelas equipes seguintes do projeto a atuar na UBS em questão.

### **Mapeamento da rede de saúde mental do município**

O mapeamento da rede psicossocial do município foi realizado por meio de visitas técnicas por parte da equipe de estudantes em diversos serviços de saúde, como Secretaria Municipal de Saúde, diversas UBS, Hospital Regional, Centro de Inclusão Educacional, e Centro de Atenção Psicossocial II, único do município. Nas visitas, percebeu-se que todos os estabelecimentos apresentavam sobrecarga de demanda em saúde mental. Como resultado principal do mapeamento, observou-se precariedade na comunicação entre as instituições do município. As demandas continuamente eram encaminhadas e reencaminhadas sem, contudo, ocorrer um diálogo entre os serviços visando à delimitação de funções institucionais. Além disso, vale destacar carência de profissionais em saúde mental do município, como psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras, com destaque aos dois únicos terapeutas ocupacionais que se dividiam entre AB, hospital regional e rede psicossocial.

### **Ações de educação em saúde**

Como parte dos objetivos propostos nos planos de trabalho era fortalecer o vínculo serviço-comunidade, foram realizadas palestras e rodas de conversas como proposta de educação em saúde. As atividades de educação em saúde foram feitas na sala de espera da UBS com os usuários que aguardavam o atendimento. O público envolvia crianças, adultos e idosos. Os temas discutidos foram relacionados com o Julho Vermelho (hepatites virais), participação

e conhecimento sobre a rede e saúde na UBS, autocuidado, chás terapêuticos, gravidez, parto, aleitamento, desenvolvimento infantil e agravos. A partir do trabalho realizado, foi possível perceber a importância da educação em saúde para a população, bem como devido levantamento de informações acerca da comunidade atendida. Identificou-se a necessidade de constância no trabalho possibilitando melhor difundir questões relacionadas com a prevenção como forma eficaz de promoção de saúde.

A AB tem na ESF o primeiro acesso preferencial, coordenando o cuidado, ordenando a Rede de Atenção à Saúde e construindo vínculos na perspectiva de gerar autonomia nos indivíduos e comunidade. Para tanto, a educação em saúde é componente vital, já estabelecido como parte do processo de trabalho das equipes da AB<sup>11</sup>. Mesmo tendo sofrido mudanças ao longo do tempo, influenciada pelos contextos histórico e político<sup>12</sup>, a educação em saúde incorporou discussão sobre a influência dos determinantes sociais da saúde, assim como os fundamentos da educação popular, propondo soluções, por meio da problematização, para transformação da realidade com a interação de saberes científico e popular<sup>13</sup>.

A educação em saúde é

instrumento de construção dialógica do conhecimento, bem como de estímulo à autonomia à participação popular e ao protagonismo dos sujeitos no seu próprio cuidado<sup>12(2)</sup>.

Nesse sentido, e considerando a importância do debate, estudo que discute a educação em saúde na AB, ao expor as abordagens e as estratégias contempladas nas Políticas Nacionais de saúde (de Atenção Básica – PNAB; de Promoção da Saúde – PNPS; da Alimentação e Nutrição – PNAN; e de Saúde Bucal – PNSB), além de analisar o enfoque preventivo voltado para a concepção biológica da educação em saúde – que tem suas contribuições, entretanto, não é suficiente para combater as causas sociais de agravos e doenças –, propõe outro enfoque:

o da Educação Popular em Saúde, ao analisar também a Política Nacional de Educação Popular em Saúde do SUS (PNEPS-SUS). Tal enfoque, baseado na pedagogia de Paulo Freire, caracteriza-se pelo propósito comum, entre profissionais e pesquisadores, de considerar a relação dialógica constante “como caminho para uma educação que possibilite o estímulo à autonomia e à construção compartilhada do conhecimento, para assim transformar a realidade”<sup>12(6)</sup>. As mesmas autoras destacam que os sujeitos participam como os verdadeiros protagonistas no enfrentamento das causas e condições sociais da saúde, considerando o debate como uma convergência de conhecimentos, pautado no respeito aos saberes diversos, expandindo aprendizado crítico e colaborando para processo de autonomia e liberdade dos sujeitos.

### Grupos de escuta

Outra demanda da equipe de estudantes na experiência em campo foi a criação de grupo de escuta com gestantes e mães. Para o primeiro encontro, as ACS convidaram famílias de suas regiões para participar do grupo. Foram realizados três encontros grupais semanais, trabalhando os seguintes temas: hepatites virais e doenças infectocontagiosas; autocuidado; mitos e verdades sobre a gravidez; parto, aleitamento e desenvolvimento infantil. Os encontros objetivaram identificar com o grupo meios de incorporar o autocuidado na rotina, promover o fortalecimento de vínculos entre os membros da comunidade e aproximar a população dos serviços da rede de saúde, além de fortalecer a discussão dos temas demandados pelos usuários.

Durante os encontros, as dinâmicas de grupo introduziam os assuntos e incentivavam a participação das pessoas, produzindo propostas ativas de atuação social. As dinâmicas se caracterizaram como instrumentos de intervenção alternativos para os profissionais e metodologia ativa para os usuários.

Os atendimentos grupais permitem interação entre participantes de forma dinâmica e

reflexiva, oportunizando vínculo entre atores do processo, além de incentivar o desenvolvimento de capacidades individuais e grupais, promover proveito dos recursos disponíveis e valorização da saúde.

Nesse sentido, o foco foi a criação de vínculos com a comunidade que integrava o território da UBS, através de rodas de conversa buscando o diálogo Unidade-mães. Nos encontros seguintes com o grupo de mães, o objetivo foi estabelecer dinâmicas visando orientação e promoção em saúde. Foi possível elucidar dúvidas e orientar acerca de cada temática de maneira dinâmica, fazendo com que o grupo efetivamente dialogasse, o que foi de grande valia. Com a progressão do diálogo no grupo o resultado foi, além da formação de vínculo, a apreensão e a compreensão de como as integrantes entendiam sua saúde e como procuravam mantê-la, enquanto assumiam o novo papel da maternidade.

Na AB as tecnologias leves estão ganhando mais espaço estabelecendo sua importância ao viabilizar articulação e construção das relações interpessoais nos diversos cenários, ao produzirem o cuidado de forma plena, para atender as necessidades de saúde da população. As tecnologias leves, exemplificadas pelas relações, são caracterizadas pelo acolhimento como estratégia da integralidade do cuidado; pela ação de escutar, que é exercida pela prática sensível e estratégica para o protagonismo das pessoas; também pelo vínculo representado na formação de laços entre os atores sociais envolvidos nas relações; e ainda pelo empoderamento dos participantes do processo saúde e doença, dentre outros exemplos<sup>14</sup>.

O objetivo dessa ferramenta viva é valorizar o usuário como participante ativo do processo relacional, a partir do momento em que o profissional o reconhece como plenamente capacitado para intervir nas suas próprias ações, deixando de ser visto somente como um ser passivo e sem ter como expressar suas percepções<sup>15</sup>.

Pela experiência dos grupos de escuta, produzida e vivenciada pelos estudantes,

tornou-se possível afirmar que usar tecnologias leves, como metodologias alternativas são forma de promoção de saúde, principalmente no cenário da AB. Entretanto, há muito que caminhar na busca de novas estratégias de cuidado em saúde, para além dos modelos clássicos médico-hegemônico de consultas individuais, que por vezes, se configuram como únicas e frequentes ainda em inúmeros serviços de saúde.

### Capacitações para os profissionais da UBS

Os estudantes participantes das vivências de campo no âmbito do Multicampi Saúde atuaram sob orientação dos tutores da UFPA, em capacitações complementares à formação dos profissionais da UBS, em temas específicos de livre demanda, de acordo com as particularidades do território.

Capacitar profissionais do serviço, foi um dos inúmeros desafios do Multicampi Saúde da Criança, contribuindo de modo ímpar com as instituições. A esse respeito muito se tem discutido, considerando que as ações de educação em serviço acontecem de modo pontual, com a intenção de atender às lacunas da atuação técnica dos profissionais, reunindo esforços na vinculação entre a formação e o processo ensino-aprendizagem nas situações de trabalho. É importante destacar que tais processos educativos necessitam ser conduzidos por diretrizes políticas, princípios e concepções teóricas relacionados com as políticas de saúde; e considerar ainda que estes se deparam com difíceis desafios na prática, ante as mudanças no mundo do trabalho, particularmente nos cenários nos quais são desenvolvidos por diversos atores<sup>16</sup>.

As experiências diárias mostram a necessidade contínua de educação nos próprios ambientes de atendimento; e devem ser movidos pela compreensão e superação de limitações. É importante sempre mentalizar que esse movimento deve ser ininterrupto e dinâmico, envolvendo o binômio ensino-serviço em

espaços coletivos de aprendizagem, em que o objeto de transformação é o próprio processo de trabalho<sup>16</sup>.

Integrar ensino-serviço, característica peculiar do Multicampi Saúde da Criança, configurou-se em estratégia de capacitação profissional estimulada por todos os participantes desse processo, produzindo construção coletiva do conhecimento.

Com essa finalidade, as capacitações foram agendadas semanalmente, em dia destinado ao funcionamento interno, com quatro encontros mensais, debatendo temas como: vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor; estudos de caso pertinentes à realidade da UBS, apresentação das funções dos profissionais da UBS e do Nasf, preenchimento adequado da Caderneta da Criança e violência.

Os objetivos principais das ações foram complementação da formação dos profissionais, fortalecimento do trabalho em equipe, capacitação para identificar situações de risco ao desenvolvimento infantil, habilitação para o uso correto da Caderneta e estímulo à solução de problemas de saúde da comunidade.

O interesse da equipe nos assuntos e nas metodologias aplicadas foi perceptível. A educação permanente das equipes deve envolver desde o favorecimento da aquisição de novas habilidades, conhecimento e cooperação, até o preparo para lidar com novas situações-problema específicas da região, que surgem no ambiente de trabalho com a construção de estratégias alternativas para o enfrentamento.

Nesse sentido, a atualização profissional, mediante matriciamentos e capacitações durante as reuniões semanais de equipe, foi fundamental para a discussão de casos e integração da equipe, mediante diálogos interdisciplinares, bem como para ampliar a visão dos profissionais para além de um campo fechado de atuação e promover a capacidade de criação de novos meios para atuar nas demandas dos usuários e lutar pelas transformações contínuas do sistema de saúde.

## Considerações finais

A experiência do projeto Multicampi Saúde: Atenção à Saúde da Criança foi enriquecedora nas dimensões do ensino, do serviço e da gestão. Ao incorporar o estudante em uma prática profissional bem estabelecida, foi possível a realização de intercâmbio com o SUS e com os futuros profissionais. Além disso, estudantes buscaram diversas formas de contribuir, vivenciando a interlocução entre ensino-serviço e sugerindo novidades provenientes de seus aprendizados teóricos, caracterizando, desse modo, a troca de saberes ao possibilitar uma imersão no SUS, conhecendo seu funcionamento e desafios.

A imersão no campo de prática demonstrou ser potente espaço de formação dos futuros profissionais, utilizando-se do modelo de formação em serviço. Mesmo estudantes dos cursos que garantem na matriz curricular as atividades práticas, como enfermagem e medicina, entre outros, avaliaram como muito proveitosa a imersão proporcionada no projeto.

Os estudantes demonstraram satisfação em realizar tarefas propostas apesar da agenda exaustiva que enfrentam cotidianamente. Relataram que o convívio diário, no modelo de imersão, permite importante troca entre atores de diferentes áreas, ampliando seus conhecimentos sobre a área da saúde e aprendendo a desenvolver relação multi/interprofissional.

Os profissionais das UBS também avaliaram positivamente o projeto, elogiando a capacidade técnica dos estudantes, a seriedade com que encaram as tarefas, o empenho e a disponibilidade com que as realizam.

Capacitar profissionais do serviço foi um dos objetivos do projeto, contribuindo de modo ímpar para as instituições, demonstrado por eles que, além da troca estabelecida com os professores que imergiram no campo disponibilizando percursos formativos demandados pelo território, a troca com os estudantes foi de muito aprendizado, além de trazer novas energias para os espaços das instituições, gerando estímulo para enfrentar os desafios postos na pesada agenda da AB nos

municípios, enfrentando as múltiplas vulnerabilidades das comunidades que acessam os serviços dada a conjuntura atual.

A avaliação do Multicampi Saúde da Criança foi muito positiva por todos os envolvidos mesmo que alguns desafios ainda tenham que ser superados. Como pontos positivos, destacamos uma função social da mais alta relevância da UFPA que é a proximidade com a comunidade, com a gestão das prefeituras paraenses envolvidas, com os cidadãos, permitindo aos estudantes que conheçam outros territórios e suas especificidades de saúde. O grande desafio tem sido conciliar as agendas acadêmicas do processo educacional de cada curso com a agenda de imersão nos municípios.

O encontro de saberes que se produziu entre a universidade, por meio dos dez cursos envolvidos de diferentes áreas, e os saberes locais, dos profissionais de saúde, de gestores e comunidade mostrou-se absolutamente imprescindível para a UFPA repensar sua forma de produção de ensino e pesquisa. A utilização da ferramenta Multicampi Saúde da Criança é um importante analisador para guiar a trajetória acadêmica, tendo como fim a formatação de cursos que efetivamente preparem estudantes para atender às demandas de saúde da população.

## Colaboradores

Lima MLC (0000-0003-3062-2399)\*, Campelo LM (0000-0003-0439-2403)\* e Alves MN (0000-0002-9099-2706)\* contribuíram para a concepção do artigo, redação e revisão do texto, e aprovação final da versão a ser publicada. Tavares RS (0000-0003-4556-2683)\* e Cabral KV (0000-0001-5678-7859)\* contribuíram para a pesquisa bibliográfica, análise e interpretação, revisão crítica do conteúdo e aprovação da versão final a ser submetida. Oliveira PTR (0000-0002-1969-380X)\* contribuiu para a elaboração e revisão do artigo. Souza Junior NJ (0000-0002-1257-2001)\* contribuiu para a revisão de conteúdo, revisão de texto e aprovação da versão final do artigo. ■

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Gaiva MAM, Silva FB. Caderneta da saúde da criança: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE online*. 2014 [acesso em 2021 jan 15]; 8(3):742-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9733/98>.
- Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016 [acesso em 2020 abr 12]; 21(9):2961-2973. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/9y97dqhzbFyhcvvYprvrbVx/?format=pdf&lang=pt>.
- Carneiro VB, Oliveira PT, Carneiro SR, et al. Evidence of the effect of primary care expansion on hospitalizations: Panel analysis of 143 municipalities in the Brazilian Amazon. *PLoS One*. 2021 [acesso em 2021 nov 15]; 16:1-16. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33831030>.
- Pará. Governo do Estado do Pará, Secretaria de Saúde Pública. Plano Estadual de Saúde 2016/2019. Belém: Secretaria de Saúde Pública; 2015. [acesso em 2021 set 2]. Disponível em: [https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PA\\_Plano-estadual-saude-2016-2019.pdf](https://www.conass.org.br/pdf/planos-estaduais-de-saude/PA_Plano-estadual-saude-2016-2019.pdf).
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: MS; 2012. [acesso em 2022 maio 1]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.
- Cametá (PA). Prefeitura. Sobre o município. Cametá: Prefeitura Municipal; 2022. [acesso em 2022 maio 1]. Disponível em: <https://prefeituradecameta.pa.gov.br/o-municipio/sobre-o-municipio/>.
- Cametá (PA). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Cametá: Prefeitura Municipal; 2021. [acesso em 2022 maio 3]. Disponível em: [https://digitusgmp.saude.gov.br/storage/finalizar\\_plano/d573d252b25d9a9f5f4d8c-cb4b781381.pdf](https://digitusgmp.saude.gov.br/storage/finalizar_plano/d573d252b25d9a9f5f4d8c-cb4b781381.pdf).
- Postos de Saúde.com.br. Postos de Saúde da cidade de Cametá. S.l.: s.n.; s.d. [acesso em 2022 maio 2]. Disponível em: <https://postosdesaude.com.br/pa/cameta>.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta da Criança Menino: Passaporte da Cidadania. 2. ed. Brasília, DF: MS/CGDI; 2020. [acesso em 2021 set 2]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_crianca\\_menino\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_2ed.pdf).
- Fabiane BS, Maria AMG, Débora FM. Use of the child health record by families: perceptions of professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2015 [acesso em 2022 maio 2]; 24(2):407-414. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/BBh4xMN9ZkVdbYCQ8YYPnkx/?lang=en>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 28 Set 2017. [acesso em 2022 maio 3]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html).
- Fittipaldi ALM, O'Dwew G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2021 [acesso em 2022 maio 2]; 25:1-16. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200806/>.
- Tatiana CR, Maria FSF, Luís PSS, et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. *J Health Sci Inst*. 2013. [acesso em 2022 maio 3]; 31(2):219-23. Disponível em: [http://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V31\\_n2\\_2013\\_p219a223.pdf](http://repositorio.unip.br/wp-content/uploads/2020/12/V31_n2_2013_p219a223.pdf).
- Joyce WRS, Fabrícia CVS, Paloma KHB, et al. Tecnologias leves na atenção básica: discurso dos enfermeiros. *Rev Saúde Ciênc*. 2020 [acesso em 2022 maio 3]; 9(3):18-28. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/460/414>.

15. Jones SBO, Cleuma SSS, Rudval SS. Tecnologias leves como práticas de enfermagem na atenção básica. *Rev. Saúde Com.* 2016 [acesso em 2022 maio 3]; 12(2):613-621. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/425/344>. [acesso em 2022 maio 4]; 43(120):223-239. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt>.
- 
16. Lorena F, Júlia SAB, Carolina DDE, et al. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde debate.* 2019

Recebido em 05/05/2022

Aprovado em 13/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Multicampi Saúde da Criança: contribuições extensionistas na formação médica no Norte do Brasil

*Multicampi Saúde da Criança: extension contributions to medical training in Northern Brazil*

Lídia Dias Gonçalves<sup>1</sup>, Sílvia Helena Arias Bahia<sup>2</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E521

**RESUMO** Este relato de experiência trata da descrição das vivências durante o projeto de extensão ‘Multicampi Saúde’ na cidade de Abaetetuba, Pará, em janeiro de 2020, sob o olhar de uma acadêmica do Curso de Medicina. O projeto propôs o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, da integração ensino-serviço, da educação permanente, e a qualificação da formação profissional dos graduandos de dez cursos da área da saúde da Universidade Federal do Pará. As atividades extensionistas realizadas no município abrangeram ensino, pesquisa, experiência de gestão de pessoas e de serviços, com oportunidade de atuação interprofissional e prática colaborativa de acadêmicos de outros cursos e de atores locais do serviço e da comunidade, resultando em ações de intervenção e construção de materiais para educação em saúde da criança. A relação ensino-serviço possibilitou novos olhares sobre o aprendizado e a formação dos alunos, qualificou a prática dos profissionais nos serviços, possibilitando reflexão de práticas inadequadas. Essa inserção na atenção primária durante a graduação influenciou sobremaneira a formação médica e a escolha da especialidade de medicina de família e comunidade após a finalização do curso.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde da criança. Capacitação de recursos humanos em saúde. Relações comunidade-instituição.

**ABSTRACT** *This experience report addresses the description of experiences for the extension project ‘Multicampi Saúde’ in the city Abaetetuba, Pará, in January 2020. This experience report has been written from the perspective of a medical student. The project proposes the strengthening of the National Policy of Integral Care for Child Health, Teaching-Service Integration, Permanent Education, and the Professional Qualification of Graduates of 10 Health Courses from the Federal University of Pará. The extension activities carried out included teaching, research, human resources with experience of different professionals and collaborative practice together with bachelors from other courses and local actors from work and from the community. The results were actions of the intervention and construction of material for education on child health. The Teaching-Service Integration made possible new eyes on the learning and ‘training of students, qualified the practice of the professionals in their work, making it possible to reflect upon ineffective practices. This insertion in primary health care throughout the bachelor’s course has major influence on medical training and choice of the specialty of family and community doctor after the completion of the course.*

**KEYWORDS** *Child health. Health human resource training. Community-institutional relations.*

<sup>1</sup>Centro Universitário do Pará (Cesupa) – Belém (PA), Brasil.  
lidiadias87@yahoo.com.br

<sup>2</sup>Universidade Federal do Pará (UFPA) – Belém (PA), Brasil.



## Introdução

Este manuscrito consiste no relato de experiência vivenciada por aluno/bolsista no âmbito da extensão no projeto 'Multicampi Saúde', desenvolvido pela Universidade Federal do Pará (UFPA), com financiamento do Ministério da Saúde (MS), em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Pará (Sespa) e apoio das Secretarias de Saúde dos municípios de Belém, Abaetetuba, Bragança, Cametá, Castanhal e Soure, que foram escolhidos em virtude de sua extensão territorial, diversidade regional e demanda populacional. O projeto nasceu sob a égide dos princípios organizacionais da instituição de ensino proponente, como integração com a sociedade, reestruturação do modelo de ensino com foco no desenvolvimento amazônico e modernização da gestão<sup>1</sup>.

A extensão assume protagonismo nesse projeto; nesse sentido, buscou-se fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), por meio da integração ao ensino-serviço, propondo em seus objetivos fortalecer a educação permanente, discutir os processos de trabalho em saúde, qualificar a formação profissional dos graduandos inseridos no penúltimo semestre de dez cursos da área da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, odontologia, farmácia, nutrição, biomedicina, psicologia e serviço social), e, por fim, qualificar a atenção dispensada aos usuários, possibilitando aos participantes vivências em saúde da criança<sup>1</sup>.

Considerando o cenário amazônico, em que vários municípios paraenses se encontram com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), pensar e implementar a política de formação de recursos humanos em nível de graduação e pós-graduação, com o envolvimento permanente dos profissionais de saúde que atuam nos serviços, torna-se estratégico para a superação de assimetrias e desigualdades regionais. Nesse

cenário, a capacitação dos discentes e dos profissionais da atenção básica à saúde da criança se constituiu como a principal etapa do projeto, oportunizando vivências na Rede de Atenção à Saúde (RAS), em especial, da Atenção Básica (AB), em um processo de ação-reflexão das ações no cotidiano dos serviços. As temáticas desenvolvidas – acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil, caderneta de saúde da criança com práticas de puericultura e aleitamento materno, e Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) – estiveram em consonância com a PNAISC, e consideraram a realidade epidemiológica dos municípios e fatores determinantes do processo saúde-doença nos territórios<sup>1</sup>.

A UFPA, instituição acadêmica multicampi, é reconhecida nacional e internacionalmente por seu elevado nível de produção científica, capacidade extensionista e por seu pioneirismo na formação de recursos humanos na Região Amazônica. Nesse cenário, seus programas de extensão seguem os pressupostos estabelecidos no Fórum de Pró-Reitores de Extensão Universitária (Forproex) que a entende como um 'processo educativo, cultural e científico, articulado ao ensino e à pesquisa de forma indissociável, que visa estabelecer uma relação transformadora entre a Universidade e a sociedade por meio de ações interdisciplinares da comunidade acadêmica'<sup>2</sup>.

O projeto 'Multicampi Saúde' é coordenado pelo Instituto de Ciências da Saúde (ICS), unidade acadêmica reconhecida pelo potencial extensionista, que, na última década, vem avaliando o impacto de seus projetos de extensão na formação discente. Dessa forma, este relato de experiência dialoga, mesmo que na perspectiva pessoal, com aspectos importantes da prática interdisciplinar e interprofissional, e pretende abordar questões pertinentes sobre a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão<sup>3</sup> relacionadas com a atenção à saúde da criança durante a imersão no projeto no município de Abaetetuba, Pará.

## Material e métodos

Trata-se de um relato de experiência apresentado por profissional médica, descrevendo a vivência enquanto acadêmica, cursando o último ano do Curso de Medicina, ao participar do projeto 'Multicampi Saúde' como estagiária no município de Abaetetuba, Pará, em janeiro de 2020. Este tipo de estudo, enquanto método científico, representa a descrição de determinado fato contextualizado, com apresentação da experiência individual ou coletiva sobre uma situação, identificando-se procedimentos, dificuldades, resultados de intervenções e aprendizados que permitam reflexões para vivências correlatas<sup>4</sup>. Mussi, Flores e Almeida<sup>5</sup> identificam esse modelo de trabalho como um tipo de produção de conhecimento, cujo texto trata de uma vivência acadêmica e/ou profissional em um dos pilares da formação universitária (ensino, pesquisa e extensão), o qual apresenta como característica principal a descrição da intervenção; e destacam na construção do estudo a importância do embasamento científico e da reflexão crítica, uma vez que o saber científico contribui para a formação do sujeito e que a sua propagação está relacionada com a transformação social. Nesse contexto, é possível aproximar características do relato de experiência e da pesquisa qualitativa, pois acredita-se que é a que melhor se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações<sup>6</sup> em que os sujeitos participantes (re)elaboram a partir de seus pensamentos, sentimentos e vivências.

Com 127 anos de fundação, a cidade de Abaetetuba, localizada na região nordeste do Pará, tem como atividade econômica predominante o setor de comércios e serviços. Dados de 2021 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimam a população em 160.439 pessoas, e densidade demográfica de 87,61 hab/km<sup>2</sup>, com IDH de 0,628, ocupando a 28ª posição entre os municípios paraenses, e renda média mensal de 1,6 salário mínimo<sup>7</sup>.

De acordo com o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab), em 2019, as gestantes abaetetubenses realizaram entre 1 e 3 consultas no pré-natal, número aquém do ideal de 6 consultas, de enfermagem e/ou médica, mínimas, fato possivelmente associado à taxa de mortalidade infantil de 14,89 óbitos por mil nascidos vivos em 2020. Os determinantes sociais em saúde dessa população estão atrelados ao índice ainda alto de analfabetismo (cerca de 25%), ao trabalho informal sem contribuição previdenciária, ao saneamento básico insuficiente no município que expõe a população ao risco de doenças infecciosas e parasitárias, com internações devido a diarreias, em 2016, na taxa de 4,2 para cada mil habitantes. Além disso, é possível observar nas ruas lixo doméstico e entulho acumulado – a despeito da coleta regular dos resíduos sólidos –, ruas sem pavimentação com alagamentos e calçadas insuficientes, constituindo barreiras arquitetônicas para pessoas com dificuldades de locomoção<sup>7</sup>.

O projeto garantiu transporte, estadia, alimentação e uma bolsa no valor de R\$ 400,00 para cada aluno. O estágio realizado em janeiro de 2020 foi precedido de oficina preparatória, ministrada pela equipe da Coordenação Estadual de Saúde da Criança da Sesp, sobre a Caderneta da Criança, e esteve de acordo com princípios, diretrizes e eixos estratégicos da PNAISC. Ao chegar ao município, os acadêmicos foram divididos entre as quatro unidades de saúde participantes, e este relato de experiência ocorreu na Unidade de Saúde de Família (USF) São João 'Dr. Everaldo Araújo', no bairro de São João. Durante a execução das atividades do projeto, a abordagem foi a da integração ensino-serviço-gestão por meio do desenvolvimento de competências, desde a compreensão da gestão do serviço até o monitoramento de indicadores de saúde, para qualificar a reflexão sobre a formação. As ferramentas utilizadas foram rodas de conversa com usuários, diário de campo e capacitações, e utilização de bancos de dados secundários do SUS sobre as temáticas do projeto.

O profissional médico egresso do Curso de Medicina, além do conhecimento científico, deve ter formação humanística crítica e reflexiva desenvolvendo competências e habilidades em todos os níveis de atenção em saúde, com ênfase na integralidade dos indivíduos e conhecimento dos determinantes sociais individuais e coletivos envolvidos no processo saúde-doença, ratificando sua responsabilidade social e compromisso com a defesa dos direitos fundamentais<sup>8,9</sup>.

Nessa perspectiva, o projeto 'Multicampi Saúde' fortalece o movimento já implementado no Curso de Medicina da UFPA desde 2010 com o novo projeto pedagógico, visando maior articulação com a rede de AB, e ampliação dos cenários de prática, rompendo com o princípio rígido da formação hospitalocêntrica. Essa experiência de maior contato com a atenção primária favorece ainda, durante a formação, novas perspectivas sobre a prática multiprofissional em saúde, quiçá interprofissional, ainda pouco explorada no âmbito acadêmico, permitindo, assim, interação singular com outros saberes<sup>9</sup>.

A coordenação de cada curso participante do projeto estabeleceu um plano de trabalho a ser seguido pelos alunos no período de imersão em campo. Nesse processo, o acadêmico de medicina deveria ser capaz de: 1) Compreender e aplicar a integralidade como princípio da atenção à saúde da criança; 2) Conhecer e aplicar as ações básicas de promoção e prevenção da saúde infantil; 3) Identificar e tratar doenças prevalentes da infância (doença diarreica aguda, infecção respiratória aguda; parasitose intestinal; anemia carencial); 4) Detectar e corrigir agravos nutricionais da criança; orientação alimentar; 5) Realizar busca ativa às crianças vulneráveis; 6) Promover visitas domiciliares às crianças de risco; 7) Comunicar-se efetivamente com a criança, seus familiares e com outros profissionais da equipe de saúde; 8) Reconhecer os elementos essenciais à profissão médica, incluindo os princípios éticos e as responsabilidades legais relacionadas com a atenção à saúde da criança; 9) Conhecer a aplicabilidade do Estatuto da Criança e do Adolescente.

## O cotidiano do serviço

No município de Abaetetuba, foram realizadas três edições do Multicampi Saúde, durante os meses de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. Essa experiência foi vivenciada na segunda edição com os acadêmicos dos cursos de enfermagem, odontologia e serviço social, sob a preceptoria da enfermeira coordenadora da unidade e tutoria de docente da UFPA. A USF São João atendia, à época, cerca de 10 mil usuários de dois bairros periféricos do município, totalizando 24 microáreas com duas equipes de saúde da família e uma de saúde bucal.

Os serviços oferecidos incluíram: consultas de enfermagem e médica; imunização; aferição de pressão arterial e glicemia; registro do peso para o Programa Bolsa Família; coleta de material biológico para citopatológico de colo de útero; serviços odontológicos; realização de testes rápidos para hepatites B e C e para HIV 1 e 2; emissão de cartão do SUS; visita domiciliar; atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – disponível na época, sendo posteriormente extinto pelo MS –; ações coletivas (grupo Melhor Idade, grupo de gestantes, Programa Saúde na Escola (PSE), Pastoral da Criança e meses comemorativos); e atendimentos de nebulização e curativos, com fornecimento mínimo, devido à falta de insumos para sua realização.

Na unidade, eram desenvolvidos todos os programas estratégicos do MS, cujo acesso ocorria por agendamento prévio pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou pelo próprio usuário na recepção da unidade, ou, ainda, por demanda espontânea, chamados de 'atendimento no dia' e/ou de urgência. Os desafios nesse fluxo de trabalho eram devidos à elevada demanda espontânea e à inexistência de um serviço de acolhimento na unidade, em dissonância com as orientações do MS, que preconiza a realização de acolhimento e escuta do paciente no dia de procura pelo serviço, com resolutividade imediata sempre que possível, encaminhamento interno ou

agendamento oportuno de sua demanda<sup>10</sup>. Outra dificuldade recorrente era o registro da produção diária, pela ausência de documentos do usuário, especialmente o cartão SUS, instrumento essencial de comprovação do atendimento realizado e posterior financiamento do sistema público de saúde.

Ademais, a assistência em saúde na rede municipal carecia da elaboração e da divulgação interna de fluxogramas de encaminhamentos diretos e acessíveis, permitindo a redução de barreiras para o usuário alcançar os diferentes níveis de cuidado, conforme preconizado pelas diretrizes da RAS. Durante o estágio Multicampi, ao necessitar de um encaminhamento para avaliação de especialista focal, ou mesmo para realização de exames, o acesso do usuário ao atendimento na atenção secundária ocorria de maneira facilitada por contatos informais entre os gestores das unidades, ferindo princípios doutrinários e organizacionais do SUS, práticas comuns e inadequadas, constituindo desafios para a gestão<sup>11</sup>.

## A imersão no cotidiano

A aproximação da rotina diária da unidade foi uma experiência exitosa, em especial, quanto ao conhecimento sobre cada campo de atuação profissional, principalmente quanto ao trabalho do assistente social na atenção primária, que era desconhecido pela maioria dos participantes do Multicampi e mesmo da preceptora. O papel do serviço social na área da saúde, historicamente, tem íntima relação com o advento da Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS, à luz do alcance do movimento de participação popular, além da abordagem centrada na pessoa, cujos determinantes sociais influenciam em sua situação de saúde e enfrentamento de agravos<sup>12</sup>. Assim, sua atuação engloba o conhecimento dos direitos e deveres dos usuários, além da melhoria do acesso aos serviços de saúde, programas de distribuição de renda, fortalecimento de vínculo com as equipes e melhor gestão das demandas nos serviços.

Essa convivência em equipe provoca uma reflexão crítica sobre o distanciamento dos diversos saberes existentes no cenário da graduação, e da necessidade de mudança da formação uniprofissional para a educação interprofissional na área da saúde. Faz-se necessária a implementação de atividades interdisciplinares, já previstas nos projetos pedagógicos dos cursos da saúde, que busquem o aprendizado interprofissional cooperativo desde o início da graduação, pois trabalhar em equipe não é somente lidar com profissionais diferentes, mas conhecer e respeitar as particularidades de todos os envolvidos no processo de cuidado, inclusive do próprio paciente, além de prezar pelo trabalho interdependente, integrado e colaborativo<sup>13</sup>.

Dessa forma, os atendimentos multiprofissionais foram realizados sob a orientação da enfermeira da unidade, e cada acadêmico pôde contribuir com seus conhecimentos prévios construindo em conjunto o plano terapêutico do paciente, melhorando a efetividade do cuidado prestado. Destacam-se ainda o planejamento e a execução conjunta de atividades de ensino, pesquisa, extensão e gestão dentro da unidade, de acordo com os planos de trabalho dos respectivos cursos, observando o princípio da integralidade. Outra ação importante foi o consultório externo, em que foram realizados atendimentos individuais supervisionados pelo médico da equipe em casos de demandas comuns na AB envolvendo saúde mental, queixas dermatológicas, parasitoses intestinais e queixas respiratórias, que receberam diagnóstico, tratamento e encaminhamentos quando necessário.

As práticas desenvolvidas no período de imersão estiveram em consonância com o plano de trabalho do Curso de Medicina, sendo realizados atendimentos diretamente com as crianças e suas famílias, o que influencia na saúde da criança direta e indiretamente, seja pela orientação quanto ao seu cuidado, seja na adoção de medidas coletivas naquela família. Além disso, um dos objetivos do projeto era elaborar um plano de intervenção para as

demandas encontradas para uma criança específica chamada de ‘criança-guia’. Acadêmicos de enfermagem, durante o Multicampi Saúde no município de Castanhal em 2021, observaram que o acompanhamento da criança-guia é uma atividade complexa e longitudinal iniciada com a identificação das demandas, a elaboração do plano de intervenção e o estabelecimento de objetivos em curto, médio e longo prazo<sup>14</sup>.

A criança assistida pela acadêmica de medicina em Abaetetuba era do gênero feminino, com 2 meses de idade, baixo peso, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e apresentava uma síndrome epiléptica em investigação; morava com seus pais em uma casa simples em situação de vulnerabilidade social. Com os alunos de enfermagem e de serviço social, foi realizada discussão do caso clínico e elaboração de um modelo de formulário de controle de crises convulsivas a ser apresentado ao neuropediatria ao qual a menor foi encaminhada, além de orientações à mãe a respeito de benefícios sociais, projetos de geração de renda, e cuidados com a lactente. A empatia, a formação de vínculo, o compromisso com o cuidado da criança e, mais uma vez, o trabalho interprofissional colaborativo foram imprescindíveis na condução desse caso<sup>14</sup>.

Durante o estágio, foi possível participar de atividades de puericultura, visita domiciliar à criança com transtorno neuromotor, bem como conhecer o monitoramento do crescimento (peso e altura) das crianças de zero a 5 anos pelos integrantes da Pastoral do Menor. Esta última é uma estratégia antiga, mas ainda relevante para o cuidado à saúde da criança no município devido ao baixo IDH, estando atrelada ao Programa Bolsa Família. Essa ação ocorreu em ambiente externo à unidade de saúde, no galpão anexo a uma das igrejas da comunidade assistida pela Pastoral do Menor, entidade atuante no município e parceira da AB na proteção contra a desnutrição.

Outra atividade realizada foi a roda de conversa sobre introdução alimentar, em que foi possível analisar os determinantes

relacionados com manutenção do aleitamento materno e introdução de novos alimentos baseados não apenas em critérios nutricionais, de cuidado odontológico e de desenvolvimento neuropsicomotor, mas também nos aspectos sociais envolvidos no processo, tais quais o retorno da mãe ao trabalho, orientações sobre os direitos da mulher que amamenta e do lactente e diretrizes quanto a seu acesso. Essa atuação vem ao encontro dos achados de Bartsch et al.<sup>15</sup>, em seu trabalho avaliando o efeito de atividades de educação em saúde no acompanhamento de puericultura, que identificou maior adesão ao aleitamento materno exclusivo e ao aleitamento materno até os 2 anos no grupo que recebeu orientações pelo projeto de extensão.

Quanto às atividades coletivas, na primeira semana, os acadêmicos reuniram-se com a equipe da unidade em uma roda de conversa sobre classificação de risco na AB, com os objetivos de nivelar os conhecimentos e de identificar os anseios e dificuldades relativas ao tema, com a possibilidade de implementação de um protocolo de classificação de risco no acolhimento na unidade de saúde<sup>10</sup>.

A metodologia empregada durante as atividades educativas utilizou a dinâmica das rodas de conversa com incentivo à participação dos ACS e dos demais funcionários da unidade durante a atividade de classificação de risco, em que foi possível compreender as competências culturais atreladas às escolhas realizadas em relação às situações propostas, que visavam avaliar entre os casos clínicos apresentados quais deveriam ter prioridade de atendimento. Essa situação da classificação de risco foi um problema indicado pela enfermeira gestora da unidade, e a realização da capacitação foi a estratégia de enfrentamento encontrada naquele momento, enquanto primeiro contato com os funcionários.

Outra ação foi a oficina de plantas medicinais, que já havia sido realizada na unidade pela equipe do Nasf com boa receptividade e solicitação de continuidade. Assim, procedeu-se à pesquisa sobre plantas medicinais utilizadas na

comunidade constantes na Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (Renisus) – alho, babosa, boldo, erva-cidreira, gengibre, hortelã. Dessa atividade, surgiu a ideia de implementar uma horta medicinal, a qual foi construída com materiais de baixo custo como resíduo de madeira de construção e garrafas de plástico, recebendo as plantas dos próprios ACS e usuários, intervenção complementada com atividades sobre uso e degustação dos chás e elaboração coletiva de materiais impressos. Esse interesse pelas plantas medicinais na região é tema de vários estudos. Simões e outros<sup>16</sup>, em Salvaterra, Pará, construíram uma horta com a comunidade no espaço de uma universidade estadual, compartilhando saberes tradicionais e culturais do uso dos compostos bioativos presentes nos espécimes enumerados na entrevista inicial, aproximando os saberes popular e científico.

## A extensão e o despertar para a residência médica

A formação médica baseia-se no tripé ensino, pesquisa e extensão, esta última representando a inserção do discente nos espaços extramuros, aproximando-o da prática profissional, tanto por meio de projetos relacionados com a assistência em saúde, gestão, educação em saúde quanto educação médica, ou outra vivência que permita a interação entre universidade e sociedade. Essa proximidade viabiliza o reconhecimento de pertencimento do indivíduo enquanto sujeito ativo perante o ambiente universitário, não se limitando ao caráter passivo de paciente<sup>17</sup>. Almeida e Barbosa, em projeto de extensão em instituição de longa permanência para idosos, mencionam que a habilidade de comunicação deve abranger aspectos relativos a humanização, respeito e empatia, exercidos juntamente com os aspectos técnicos da formação, com o futuro profissional médico ciente de seu papel social na comunidade na qual está inserido. Apenas conhecer os conteúdos teórico-práticos do

Curso de Medicina é insuficiente para uma boa assistência, é essencial respeitar a individualidade do paciente, considerar sua experiência prévia de doença evitando sua desumanização e permitindo o acesso integral aos serviços, além de incentivar sua corresponsabilização e estreitar a relação médico-paciente<sup>17-19</sup>.

Enquanto nos estágios curriculares o contato entre acadêmicos e funcionários das unidades de saúde era restrito, no projeto ‘Multicampi Saúde’, foi possível maior proximidade, interação e envolvimento no cotidiano compreendendo suas potencialidades e complexidades, situação excepcional na formação da acadêmica de medicina. Além disso, a inserção no território da unidade e o conhecimento da rede de serviços disponível na cidade de Abaetetuba ofereceram a oportunidade em desenvolver competências e habilidades comunicativas, atitudinais e de interação social, transformando a compreensão acerca dos determinantes sociais em saúde e sobre gestão dos estabelecimentos de saúde<sup>17</sup>.

A participação ativa na dinâmica de trabalho da USF São João permitiu, ainda, aperfeiçoar a prática de gestão de pessoas, a criatividade, além do trabalho em grupo por meio da interação com outras profissões, usuários dos serviços e funcionários, interferindo positivamente na formação pessoal e profissional e, por conseguinte, na escolha quanto à residência médica após a conclusão do Curso de Medicina.

Apesar das múltiplas experiências vivenciadas durante o período de estágio, o objetivo principal do projeto Multicampi era a saúde da criança, nas atividades relacionadas com seu crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, introdução alimentar, prevenção de acidentes, registro dos dados na Caderneta da Criança, proteção e prevenção de violência ao menor. A ESF representa um local de coordenação desse cuidado longitudinal e integral da criança e fortalecimento de vínculos com seus cuidadores e família, além de ser um espaço de troca de saberes entre os usuários e os funcionários do serviço. Para o acadêmico, participar das atividades permite

a ele relacionar os conhecimentos teóricos e a prática profissional, incorporando reflexões atreladas ao eixo ensino-pesquisa-extensão com impacto significativo em seu processo de aprendizagem<sup>15</sup>.

As experiências curriculares e extracurriculares influenciam na escolha da especialidade médica, assim como a idade do acadêmico, o tempo de duração da especialização, a aptidão pessoal, a oferta e a demanda profissional. Em um estudo sobre os fatores relacionados com a escolha da especialidade<sup>20</sup>, identificou-se que a participação em ligas acadêmicas representava um tipo de especialização precoce, contribuindo para o menor interesse pela atenção primária, ao passo que atividades de extensão universitária permitiram a aproximação do acadêmico com o trabalho no nível primário de atenção e suas potencialidades de cuidado integral, a porta aberta e primeiro contato do indivíduo com o acesso à saúde.

A rotina em uma USF propiciou o conhecimento das peculiaridades de sua gestão e funcionamento, pois, ao estar inseridos na equipe, participando das atividades multiprofissionais e de reuniões, foi possível complementar as experiências prévias durante o estágio curricular no internato em medicina de família e comunidade, especialidade médica intimamente relacionada com a Atenção Primária à Saúde (APS). Em meio a tantos especialistas focais, com fragmentação do cuidado ao indivíduo, o médico de família realiza a coordenação desse cuidado de maneira longitudinal do início ao final da vida, em seus variados ciclos e dinâmicas, abrangendo aspectos individuais e coletivos de promoção de saúde, prevenção de doenças e assistência, priorizando o alcance dos princípios de integralidade, longitudinalidade e equidade<sup>21</sup>.

Tal qual um maestro, esse profissional atua ainda na gestão dos recursos e, teoricamente, alcança grande resolutividade das demandas mais comuns na APS, reduzindo os custos com exames complementares e encaminhamentos desnecessários. Ao analisar, no estado de Pernambuco, os fatores associados à escolha

pela especialidade de medicina de família e comunidade para realização de residência médica dos egressos do Curso de Medicina, Rodrigues<sup>21</sup> encontrou que o maior peso para a escolha profissional após a conclusão da graduação estava relacionado com aspectos relativos a personalidade, aspirações, afinidade com a especialidade e contextos pessoais. Além disso, havia contribuição de aspectos como a admiração profissional experienciada por preceptores e vivências no cotidiano da atenção primária durante a graduação, principalmente se ocorrerem desde o início do curso e forem desenvolvidas com os preceptores médicos de família.

A experiência da acadêmica de medicina enquanto estagiária do projeto resgatou a noção de pertencimento ao município, do qual é natural, e hoje, enquanto profissional médica, atua em uma USF na zona rural de Abaetetuba. Participar do cotidiano na unidade de saúde reforçou a identificação com a especialidade de medicina de família e comunidade, área na qual atualmente é médica residente, corroborando que esta experiência representou fator essencial para a escolha profissional na formação médica.

## Considerações finais

Por tratar-se de questão relevante para a saúde coletiva, as vivências, as experiências e a formação dos alunos foram de grande colaboração, tanto para os municípios quanto para a população. A relação ensino-serviço possibilitou a transformação do aprendizado em sua formação, a qualificação da prática dos profissionais nos serviços permitiu reflexão sobre práticas inadequadas, com impacto na realidade dos usuários e da gestão, incorporando tecnologias do serviço para o ensino e vice-versa.

O projeto 'Multicampi Saúde' intensifica no processo de aprendizagem estabelecido no Curso de Medicina não somente as ações voltadas para a vigilância, acompanhamento,

promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde da criança, mas também, de forma significativa, permite descobertas na rotina do serviço, na atuação em equipe multiprofissional e no enfrentamento de desafios vivenciados e problematizados, bem como possibilita diálogos com outros saberes que se somam, proporcionando reflexões necessárias no estudante e na academia, sobre a potencialidade dessa experiência transformadora na formação e o impacto dela no SUS.

Faz-se importante estimular a inserção dos graduandos em atividades interdisciplinares com reflexão crítica em cada atuação

individual e coletiva desde o início da formação acadêmica, com ênfase na APS, porta de entrada do usuário no SUS, e estabelecer corresponsabilidade e incentivo à participação popular nas decisões relativas à assistência em saúde.

## Colaboradoras

Gonçalves LD (0000-0003-3461-6041)\* e Bahia SHA (0000-0003-2201-8909)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Universidade Federal do Pará. Projeto de atenção à saúde da criança. Belém: UFPA; 2019.
2. Universidade Federal do Pará. Estatuto e regimento geral. Belém: UFPA; 2009. [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: [http://www.ufpa.br/sege/boletim\\_interno/downloads/estatuto/estatuto.pdf](http://www.ufpa.br/sege/boletim_interno/downloads/estatuto/estatuto.pdf).
3. Nascimento DM, Souza CFL. Política Nacional de Extensão Universitária: análise da experiência do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA. *Extensio: R. Eletr. de Extensão*. 2017 [acesso em 2022 jun 10]; 14(26):23-30. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2017v14n26p23>.
4. Casarin ST, Porto AR. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. *J. nurs. Health*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 11(2):e2111221998. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21998>.
5. Mussi RFF, Flores FF, Almeida CB. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Rev Práxis Educac*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 17(48):1-18. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8089493>.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
7. IBGE. Abaetetuba. Rio de Janeiro: IBGE; s.d. [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/abaetetuba/panorama>.
8. Moreno PCB. Competências para a formação do médico generalista: perspectiva do aluno e do preceptor da Atenção Primária à Saúde. [dissertação]. Campo Grande: Fundação Oswaldo Cruz; 2021.
9. Universidade Federal do Pará. Faculdade de Medicina. Projeto Pedagógico Curso de Medicina. Belém: UFPA;

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

2010. [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: <http://www.faculadamedicina.ufpa.br/doc/ppc.pdf>.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
  11. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 Dez 2010 [acesso em 2022 jun 10]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saude-legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html).
  12. Martini D, Dal Prá KR. A inserção do Assistente Social na Atenção Primária à Saúde. *Argumentum*. 2018 [acesso em 2022 jun 10]; 10(1):118-132. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/index.php/argumentum/article/view/18648/>.
  13. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface*. 2018 [acesso em 2022 jun 10]; 22(2):1525-34. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/329714652\\_Teamwork\\_and\\_collaborative\\_practice\\_in\\_Primary\\_Health\\_Care](https://www.researchgate.net/publication/329714652_Teamwork_and_collaborative_practice_in_Primary_Health_Care).
  14. Noronha MLF, Martins LCS, Rodrigues DP, et al. Multicampi Saúde: vivências de acadêmicos de enfermagem no Município de Castanhal – Pará. *Research, Society and Development*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 10(1):e631011141. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11141>.
  15. Bartsch L, Loronha MF, Piozkoski NP, et al. Influência da extensão universitária nos atributos da atenção primária a saúde no contexto da puericultura. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 21(2):166-72. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/article/influencia-da-extensao-universitaria-nos-atributos-da-atencao-primaria-a-saude-no-contexto-da-puericultura/>.
  16. Simões M C, Teixeira LC, Cardoso MBS, et al. O conhecimento tradicional para construção de uma horta medicinal em Salvaterra, Ilha de Marajó, Pará. *Holos*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 4:1-12. Disponível em: [tps://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/8213](https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/8213).
  17. Rios DRS, Caputo MC. Para além da formação tradicional de saúde: experiência de educação popular em saúde na formação médica. *Rev. bras. educ. Med*. 2019 [acesso em 2022 jun 10]; 43(3):184-195. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/333321849\\_Para\\_Alem\\_da\\_Formacao\\_Tradicional\\_em\\_Saude\\_Experiencia\\_de\\_Educacao\\_Popular\\_em\\_Saude\\_na\\_Formacao\\_Médica](https://www.researchgate.net/publication/333321849_Para_Alem_da_Formacao_Tradicional_em_Saude_Experiencia_de_Educacao_Popular_em_Saude_na_Formacao_Médica).
  18. Almeida SMV, Barbosa LMV. Curricularização da Extensão Universitária no Ensino Médico: o Encontro das Gerações para Humanização da Formação. *Rev. bras. educ. Med*. 2019 [acesso em 2022 jun 10]; 43(1):672-680. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/338563724\\_Curricularizacao\\_da\\_Extensao\\_Universitaria\\_no\\_Ensino\\_Médico\\_o\\_Encontro\\_das\\_Geracoes\\_para\\_Humanizacao\\_da\\_Formacao](https://www.researchgate.net/publication/338563724_Curricularizacao_da_Extensao_Universitaria_no_Ensino_Médico_o_Encontro_das_Geracoes_para_Humanizacao_da_Formacao).
  19. Assis VLB, Fernandes MCB, Valença JTS, et al. Práticas educativas e a formação para a Atenção Primária: o médico como educador em saúde. *Research, Society and Development*. 2021 [acesso em 2022 jun 10]; 10(7):e9010716369. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/352497979\\_Praticas\\_educativas\\_e\\_a\\_formacao\\_para\\_Atencao\\_Primaria\\_O\\_Medico\\_como\\_educador\\_em\\_Saude](https://www.researchgate.net/publication/352497979_Praticas_educativas_e_a_formacao_para_Atencao_Primaria_O_Medico_como_educador_em_Saude).
  20. Maciel Júnior EP, Oliveira MSR, Quintanilha LF. Fatores norteadores da escolha pela especialidade médica entre estudantes de medicina. *Graduação em movimento Ciênc Saúde*. 2022 [acesso em 2022 jun 10]; 1(1):89. Disponível em: <https://periodicos.unifc.edu.br/index.php/gdmsaude/article/view/130>.
  21. Rodrigues LHG, Duque TB, Silva RM. Fatores Associados à Escolha da Especialidade de Medicina de Família e Comunidade. *Rev. bras. educ. Méd*. 2020 [acesso em 2022 jun 10]; 44(3):e078. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1137527>.

---

Recebido em 06/05/2022

Aprovado em 07/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Oficina educativa para profissionais da Atenção Primária à Saúde como estratégia para promover alimentação complementar saudável no Acre, Amazônia brasileira

*Educational workshop for Primary Health Care professionals as a strategy to promote healthy complementary feeding in Acre, Brazilian Amazon*

Rafaela Machado<sup>1</sup>, Joanna Manzano Strabeli Ricci<sup>1</sup>, Isabel Giacomini<sup>1</sup>, Ana Alice de Araújo Damasceno<sup>2</sup>, Bárbara Hatzlhofer Lourenço<sup>1</sup>, Marly Augusto Cardoso<sup>1</sup>, Priscila de Moraes Sato<sup>3</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E522

**RESUMO** A alimentação adequada e saudável é crucial para o desenvolvimento infantil, principalmente nos primeiros mil dias de vida. Sendo a alimentação não saudável um fator de risco modificável para doenças e desnutrição, ações que promovam as orientações do ‘Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos’ são necessárias. O presente relato compartilha o processo de planejamento, construção, divulgação, oferecimento e avaliação de uma oficina virtual para profissionais da Atenção Primária à Saúde no Acre, Amazônia Ocidental brasileira, com destaque para os desafios encontrados e as lições aprendidas. A oficina contou com 170 inscritos e foi assíncrona para facilitar o acesso dos participantes diante da baixa disponibilidade de tempo e instabilidade do sinal de internet na região. O uso de diferentes ferramentas virtuais favoreceu o diálogo entre os participantes e as coordenadoras da oficina. Participantes relataram preferir vídeos curtos com animações, e os conteúdos considerados mais importantes abordaram avaliação antropométrica, processamento e classificação de alimentos e desafios da alimentação. Ressalta-se a importância das parcerias com secretarias de saúde para o adequado planejamento e divulgação da oficina, e da colaboração de pesquisadoras e profissionais da área para a definição e elaboração de conteúdo relevante.

**PALAVRAS-CHAVE** Saúde materno-infantil. Atenção Primária à Saúde. Educação em saúde.

**ABSTRACT** Adequate and healthy nutrition is crucial for child development, especially in the first 1,000 days of life. Since unhealthy eating is a modifiable risk factor for diseases and malnutrition, actions that promote the guidelines of the ‘Food guide for Brazilian children under 2 years old’ are necessary. This report shares the process of planning, building, disseminating, offering, and evaluating a virtual workshop for professionals in Primary Health Care in Acre, Western Brazilian Amazon, highlighting the challenges encountered and lessons learned. The workshop had 170 participants and was asynchronous to facilitate access for participants given the low availability of time and instability of the internet signal in the region. The use of different virtual tools favored dialogue between the participants and the workshop coordinators. Participants reported preferring short videos with animations, and the content considered most important addressed anthropometric assessment, food processing and classification, and food challenges. The importance of partnerships with health departments is highlighted for the adequate planning and dissemination of the workshop, and the collaboration of researchers and professionals in the field for the definition and elaboration of relevant content.

**KEYWORDS** Maternal and child health. Primary Health Care. Health education.

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.  
rafaela.machado@usp.br

<sup>2</sup>Universidade Federal do Acre (Ufac) - Cruzeiro do Sul (AC), Brasil.

<sup>3</sup>Universidade Federal da Bahia (UFBA) - Salvador (BA), Brasil.

## Introdução

A alimentação adequada e saudável é crucial para o bom crescimento e neurodesenvolvimento infantil, em especial durante os primeiros mil dias de vida, que consistem no período do primeiro dia de gestação até os dois primeiros anos de vida<sup>1,2</sup>. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que o acesso da população a informações de qualidade em relação a escolhas alimentares saudáveis seja uma peça fundamental para a melhoria dos padrões alimentares existentes. Nesse sentido, os guias alimentares são importantes instrumentos para fornecer à população as diretrizes vigentes sobre alimentação e nutrição, além de nortear políticas e programas nacionais de alimentação e nutrição<sup>3</sup>. A segunda versão do ‘Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos’, lançada em 2019, aborda diferentes temáticas acerca da alimentação da criança no início da vida, como, por exemplo, a prática do aleitamento materno e a oferta de novos alimentos. Além disso, em acordo com a classificação Nova e o ‘Guia alimentar para a população brasileira’, o ‘Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos’ de 2019 enfatiza que a alimentação da família tenha como base os alimentos *in natura* e minimamente processados<sup>4,5</sup>.

De acordo com a versão atual do ‘Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos’, a oferta de outros alimentos além do leite materno deve ser iniciada após os seis primeiros meses de vida. Até essa idade, o leite materno possui a composição ideal para o bebê, sendo capaz de oferecer todos os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento<sup>5</sup>. A oferta de outros alimentos antes dos 6 meses de idade é inoportuna e potencialmente prejudicial à saúde, estando associada ao desenvolvimento de alergias<sup>6</sup>, aumento de exposição a agentes infecciosos, prejuízo na digestão e assimilação de nutrientes, e aumento do risco de desnutrição<sup>7,8</sup>. Além disso, a introdução precoce de alimentos também está associada ao aumento da morbidade e da mortalidade<sup>9</sup>,

maior risco para obesidade<sup>10</sup>, déficits de crescimento, anemia, cárie, asma e complicações ao longo da vida<sup>11</sup>.

A população acreana enfrenta diversas situações de vulnerabilidade. Com relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), o Acre se encontra na 21ª colocação entre as 27 unidades federativas brasileiras, apresentando IDH de 0.663 (classificado como médio)<sup>12</sup>. A taxa de mortalidade infantil no estado foi de 16% em 2019<sup>13</sup>. Além disso, de acordo com os últimos resultados da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar realizada em 2017-2018, mais da metade dos domicílios particulares (57%) na região Norte experienciou algum grau de Insegurança Alimentar (IA), sendo 31,8% de IA leve, 15% de IA moderada e 10,2% de IA grave<sup>14</sup>.

A partir dos dados de uma coorte de nascimentos de base populacional em Cruzeiro do Sul, no Acre, Mosquera et al.<sup>15</sup> observaram que, entre as 962 crianças participantes, apenas 36,7% foram amamentadas exclusivamente até os 30 dias de vida. Além disso, a introdução de alimentos se mostrou bastante precoce, sendo a idade média de oferta 16 dias de vida, revelando que é importante trabalhar as práticas alimentares saudáveis no início da vida na região do Acre. Evidências a partir da mesma amostra revelaram que, no primeiro ano de vida, 2,2% das crianças apresentavam déficit de altura, e 6,6%, excesso de peso<sup>16</sup>.

Em Acrelândia, município do Acre, um estudo transversal investigou a introdução alimentar de crianças de 6 a 24 meses de idade. Os resultados revelaram inadequações importantes relacionadas com diversidade e consistência da alimentação. Entre os participantes, 48,2% não consumiam frutas e 53,4% não ingeriam vegetais folhosos. Além disso, 20% das crianças de 6 a 8 meses de idade ainda não haviam começado a comer alimentos sólidos, e 29,6% ainda não haviam começado a comer alimentos salgados<sup>17</sup>.

No cenário apresentado, o Sistema Único de Saúde (SUS) possui importante papel para a promoção da saúde da criança, o qual

é ressaltado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que têm por objetivo proteger a saúde das crianças através de cuidados e atenção integral, com olhar diferenciado para a primeira infância e levando em consideração aspectos como a vulnerabilidade<sup>18</sup>.

A PNAISC traz o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável como eixo estratégico, destacando a importância da articulação entre as linhas de cuidado<sup>18</sup>. Considerando a multidisciplinaridade do trabalho em equipe como ferramenta essencial para o cuidado da saúde infantil, entendem-se como de suma importância os esforços para desenvolvimento de um campo comum de informações e práticas que favoreçam a promoção da alimentação adequada e saudável. Dessa forma, faz-se necessário avanços na gestão da saúde e qualificação dos profissionais, por meio de ações de educação permanente, principalmente nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), responsável pela identificação de risco e encaminhamento para a atenção secundária<sup>18,19</sup>.

Um estudo de intervenção realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, mostrou que a atualização dos profissionais de saúde em relação aos ‘Dez passos da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos’<sup>20</sup> teve impacto positivo na qualidade da alimentação complementar em crianças de 6 a 9 meses de idade. A atualização dos profissionais foi realizada durante uma reunião de equipe, na qual foram discutidas as diretrizes a partir de materiais educativos formulados para essa ocasião. Os impactos positivos observados foram: aumento do consumo de frutas, carnes e fígado, e o menor consumo de bebidas açucaradas, açúcar, mel e salgadinhos entre as crianças atendidas pelos serviços participantes da intervenção<sup>21</sup>.

Embora o contato presencial seja um importante aspecto para as experiências coletivas, a modalidade remota de ensino vem se tornando importante por causa de suas facilidades. Um

relato de experiência de alunos de um Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Materno-Infantil da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) no Maranhão mostrou que a modalidade de Educação a Distância (EaD) possibilitou a atualização de profissionais que estão longe de centros educacionais, conseguindo alcançar um maior número de pessoas<sup>22</sup>. No entanto, um dos desafios apontados para essa modalidade de ensino é o fato de o aluno estar fisicamente distante de seus colegas e facilitadores, sendo um dos principais motivos de evasão<sup>23</sup>.

Apesar de ser possível encontrar na literatura exemplos de trabalhos com intervenções educativas ou iniciativas de educação permanente para profissionais de saúde, não há relatos ou publicações de oficinas para a promoção da alimentação complementar saudável dedicadas à região Norte. Dessa forma, o presente relato de experiência tem como objetivo compartilhar o processo de: a) planejamento; b) construção do material educativo; c) divulgação e participação; d) oferecimento; e e) avaliação de uma oficina on-line voltada para profissionais da APS no Acre, bem como dificuldades e lições aprendidas.

## Relato de experiência

As etapas da oficina, intitulada Oficina de Promoção à Alimentação Complementar Saudável (Opacs), ocorreram de novembro de 2020 a outubro de 2021, e contaram com financiamento do International Child Health Group (ICHG), grupo composto por profissionais da saúde de diversos países, que trabalham em conjunto com objetivo de promover e melhorar a saúde infantil global. Os financiadores não tiveram nenhum papel no desenho do estudo, coleta e interpretação de dados, ou na decisão de enviar o trabalho para publicação. A experiência foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (protocolo 4.559.916) e foi obtido consentimento de todos os participantes.

## Planejamento

O planejamento da oficina teve início em novembro de 2020, com a coordenação de quatro pesquisadoras da área de nutrição (docente e pós-graduandas). Por se tratar de um período marcado pelo isolamento físico em decorrência da pandemia da Covid-19, a oficina foi planejada e desenvolvida para o formato on-line, respeitando assim as medidas de isolamento social. O 'Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos' foi utilizado como referencial teórico condutor dos conteúdos abordados na oficina.

A primeira etapa de planejamento da oficina compreendeu a construção de parcerias com a Secretaria Municipal de Saúde de Cruzeiro do Sul, com a Secretaria de Estado da Saúde do Acre (Sesacre) e com a Universidade Federal do Acre (Ufac). A partir de conversas com gestores e professores da região, foi possível conhecer demandas da APS da região relacionadas com a promoção da alimentação complementar saudável, bem como possibilidades de disseminação e oferecimento da oficina.

Paralelamente, construiu-se um questionário diagnóstico voltado a profissionais da APS do Acre, o qual também foi utilizado para a inscrição dos participantes na oficina. A definição das questões investigadas foi feita a partir de literatura científica sobre intervenções de educação alimentar e nutricional a profissionais da APS, com ênfase nas limitações, barreiras e fraquezas relatadas<sup>24,25</sup>. O instrumento foi construído por meio da ferramenta Google Formulários, sendo auto-aplicável e com perguntas organizadas em sete seções principais: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; dados sociodemográficos; diagnóstico do cenário da promoção da alimentação complementar saudável na APS na percepção dos participantes; autoeficácia; eficácia coletiva; práticas para alimentação complementar saudável; e estratégias de comunicação e aprendizado, a qual buscava investigar preferências, interesses e disponibilidade de horário dos participantes. As seções

de autoeficácia, eficácia coletiva e práticas para alimentação complementar saudável utilizaram escala Likert, com pontos de 1 a 5, para mensurar a perspectiva dos profissionais da APS em relação a esses temas.

Respostas ao questionário diagnóstico indicaram que 76,8% dos participantes já haviam ouvido falar do 'Guia alimentar para crianças brasileiras de até 2 anos', porém, apenas 48,8% já o tinham lido. Além disso, a falta de treinamento foi apontada pela maior parte dos participantes (54,2%) como uma das principais dificuldades relacionadas com o serviço para promover a alimentação complementar saudável, ressaltando mais uma vez a importância de iniciativas como a deste relato de experiência. A segunda causa mais citada foi a falta de materiais informativos que apoiassem orientações sobre o tema (42,9%).

## Construção do material educativo

No que diz respeito ao conteúdo da Opacs, para além do apoio do referencial teórico escolhido, uma equipe interdisciplinar de especialistas contribuiu com a definição de temas e criação de conteúdo. A definição de colaboradoras se deu de acordo com o perfil traçado: terem trabalhos científicos reconhecidos na área de saúde infantil, relevância teórica no campo e/ou conhecimento das características da região do Acre. Utilizou-se a estratégia de bola de neve, ou seja, a partir das primeiras pessoas contatadas, foram feitas indicações de outras possíveis colaborações que estivessem dentro do perfil traçado, e assim sucessivamente, até que todos os temas definidos como relevantes estivessem com ministrantes alocados<sup>26</sup>. Ao todo, contamos com 22 colaboradoras entre nutricionistas, enfermeiras, dentistas, fonoaudiólogas e culinárias de diferentes estados para a construção do material, visando atingir a interprofissionalidade como forma de combater um modelo hegemônico e a fragmentação do trabalho em saúde, fortalecendo os princípios de integralidade, equidade e universalidade do SUS<sup>27</sup>. Além disso, a Opacs

contou com parcerias entre instituições como o International Baby Food Action Network (IBFAN) e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), as quais proporcionaram a transmissão de materiais audiovisuais próprios, consistidos em um filme e um minidocumentário.

Os materiais da oficina levaram em consideração o cenário epidemiológico da região, bem como as práticas alimentares locais e alimentos típicos. Além disso, os formatos de apresentação do conteúdo foram condizentes com as preferências apresentadas no instrumento de diagnóstico, com 93,5% dos

participantes preferindo o uso de vídeos como método de aprendizagem. No total, 55 vídeos integraram a oficina, os quais foram divididos em 8 blocos. Foram utilizadas outras metodologias, incluindo: videoaulas expositivas e interativas, vídeos de animação, *podcast*, entrevista, sessão assíncrona de minidocumentário, sessão síncrona de filme seguida de discussão e questionários com perguntas abertas e fechadas. A carga horária total do curso foi de 30 horas, e os blocos, temas abordados e seus respectivos formatos utilizados são apresentados na *tabela 1*.

Tabela 1. Materiais didáticos dos conteúdos abordados na Oficina de Promoção à Alimentação Complementar Saudável segundo blocos temáticos e número de visualizações. Brasil, 2022

Assunto	Tipo de material	Duração (min)	Número de visualizações
Apresentação da oficina	Vídeo gravado	10'54"	82
<b>Bloco 1 – alimentação complementar: cenário e desafios</b>			
Práticas de aleitamento materno no primeiro ano de vida (em Cruzeiro do Sul)	Vídeo gravado em formato de mesa-redonda	07'42"	175
Consumo de ultraprocessados entre crianças (de Cruzeiro do Sul)	Vídeo gravado em formato de mesa-redonda	06'50"	85
Por que se consomem alimentos ultraprocessados (em Cruzeiro do Sul)?	Vídeo gravado em formato de mesa-redonda	03'40"	102
Impactos da alimentação nos primeiros dois anos – parte 1	Vídeo animação	02'07"	86
Impactos da alimentação nos primeiros dois anos – parte 2	Vídeo animação	02'04"	79
<b>Bloco 2 – reflexões sobre saúde e educação nutricional</b>			
Escuta ampliada	Videoaula	05'38"	113
Modelo transteórico – parte 1	Videoaula	25'50"	104
Modelo transteórico – parte 2	Videoaula	17'50"	69
A comunicação na promoção da alimentação infantil saudável	Videoaula	16'53"	79
<b>Bloco 3 – processamento de alimentos e conflitos de interesse</b>			
Filme 'Tigers' <sup>1</sup>	Sessão síncrona	94'00"	32
Minidocumentário 'Big Foods' <sup>2</sup>	Sessão síncrona (disponível por 24 horas)	20'00"	Não registrado
Processamento e grupos de alimentos – parte 1	Videoaula	06'21"	61
Processamento e grupos de alimentos – parte 2	Videoaula	03'52"	50
Processamento e grupos de alimentos – parte 3	Videoaula	04'29"	50
Processamento e grupos de alimentos – parte 4	Videoaula	05'15"	46

Tabela 1. (cont.)

Assunto	Tipo de material	Duração (min)	Número de visualizações
<b>Bloco 4 - importância e promoção do aleitamento materno</b>			
A alimentação da gestante	Videoaula	11'46"	79
Práticas que podem prejudicar a alimentação - parte 1	Videoaula	01'54"	80
Práticas que podem prejudicar a alimentação - parte 2	Videoaula	01'53"	87
Técnicas de amamentação e avaliação da mamada	Videoaula	12'18"	124
Ordenha de leite materno	Vídeo animação	02'48"	55
Pouco leite versus muito leite	Vídeo animação	01'39"	60
Desafios da amamentação e como superá-los: primeiros dias	Videoaula interativa	11'38"	46
Desafios da amamentação e como superá-los: pega e posicionamento	Videoaula interativa	03'27"	36
Desafios da amamentação e como superá-los: comportamento do bebê	Videoaula interativa	05'57"	30
Desafios da amamentação e como superá-los: lesão mamilar e candidíase mamária	Videoaula interativa	09'05"	33
Desafios da amamentação e como superá-los: volta ao trabalho	Videoaula interativa	18'53"	40
Desafios da amamentação e como superá-los: demonstração de massagem, pega e posicionamento	Videoaula	07'39"	91
<b>Bloco 5 - fundamentos para a alimentação complementar</b>			
Mitos e verdades sobre a introdução alimentar - parte 1	Videoaula	04'37"	58
Mitos e verdades sobre a introdução alimentar - parte 2	Videoaula	04'26"	57
Mitos e verdades sobre a introdução alimentar - parte 3	Videoaula	04'44"	45
Mitos e verdades sobre a introdução alimentar - parte 4	Videoaula	04'25"	46
Apresentação do Guia alimentar para crianças menores de 2 anos - parte 1	Vídeo de entrevista	22'14"	68
Apresentação do Guia alimentar para crianças menores de 2 anos - parte 2	Vídeo de entrevista	20'34"	55
Apresentação do Guia alimentar para crianças menores de 2 anos - parte 3	Vídeo de entrevista	09'07"	46
Apresentação do Guia alimentar para crianças menores de 2 anos - parte 4	Vídeo de entrevista	18'22"	43
<b>Bloco 6 - evolução da alimentação complementar: dos 6 meses aos 2 anos</b>			
Desafios da introdução alimentar: aspectos fonoaudiológicos - parte 1	Videoaula	13'20"	57
Desafios da introdução alimentar: aspectos fonoaudiológicos - parte 2	Videoaula	12'28"	45
Desafios da introdução alimentar: aspectos fonoaudiológicos - parte 3	Videoaula	09'38"	38
Desafios da introdução alimentar: aspectos fonoaudiológicos - parte 4	Videoaula	17'43"	40
Evolução da alimentação complementar - parte 1	Videoaula interativa	03'30"	42
Evolução da alimentação complementar - parte 2	Videoaula interativa	02'10"	43
Evolução da alimentação complementar - parte 3	Videoaula interativa	02'36"	39
<b>Bloco 7 - saúde da criança: superando desafios</b>			
Aleitamento materno em tempos de pandemia	Videoaula	19'37"	64
Trabalhando a aceitação da criança	Videoaula	12'41"	73
Percepção materna sobre o peso da criança	Videoaula	05'16"	53
Antropometria e uso das curvas da caderneta da criança - parte 1	Videoaula	03'29"	46
Antropometria e uso das curvas da caderneta da criança - parte 2	Videoaula	05'45"	40
Antropometria e uso das curvas da caderneta da criança - parte 3	Videoaula	06'43"	41
Antropometria e uso das curvas da caderneta da criança - parte 4	Videoaula	04'46"	48
Saúde bucal: higiene bucal em bebês	Videoaula	08'21"	68
Saúde bucal: alimentação complementar	Videoaula	16'00"	59

Tabela 1. (cont.)

Assunto	Tipo de material	Duração (min)	Número de visualizações
<b>Bloco 8 – alimentação em família</b>			
Habilidades culinárias	Vídeo de entrevista	07'24"	41
Dicas na cozinha	Vídeo culinário	06'50"	36
Habilidades culinárias para melhorar a aceitação da criança	Vídeo culinário	10'46"	21

Fonte: elaboração própria, 2022.

<sup>1</sup>Tigers [filme] Direção: Tanović, Produtor: Prashita Chaudhary, Kshitij Chaudhary, Guneet Monga, Anurag Kashyap, Andy Paterson, Cat Villiers, Cedimir Kolar, Marc Baschet. Índia, França, Reino Unido: Cinemorphic, Sikhya Entertainment, Asap Films; 2014.

<sup>2</sup>Big Foods: O poder das indústrias de ultraprocessados. [Minidocumentário] Direção: Anderson Dos Santos e Chica Santos. São Paulo: IDEC; 2021.

## Divulgação e participação

Para divulgação da oficina, foram utilizadas as seguintes estratégias: divulgação via Sesacre por meio de lista de contatos de *e-mail* de profissionais da APS; divulgação via Secretaria Municipal de Saúde de Cruzeiro do Sul por meio de grupo de WhatsApp com profissionais da APS; convite a gestores das UBS realizado pessoalmente pela coordenadora principal do projeto e divulgação por intermédio de perfis da Opacs em redes sociais (Instagram e Facebook). Embora, inicialmente, a ideia fosse restringir a oficina a profissionais de saúde do Acre, com a divulgação nas redes sociais, houve demanda de participantes

de outros locais e foi decidido aumentar a abrangência da Opacs.

A Opacs contou com 170 inscritos, com idade média de 33 anos (DP = 8,04). Houve predominância de participantes do gênero feminino, em especial da área de enfermagem. A maior parte dos participantes tinha como origem o estado do Acre (67,5%). O principal meio de divulgação da oficina se deu por intermédio da Sesacre (33,3%), seguido das redes sociais (30,3%), grupos de WhatsApp de estudantes e profissionais da saúde (18,2%), convites pela coordenadora da oficina (9,1%) e de outros conhecidos (9,1%). A descrição dos participantes por faixa etária, gênero, ocupação e tempo de experiência está detalhada na *tabela 2*.

Tabela 2. Características dos participantes da Oficina de Promoção à Alimentação Complementar Saudável. Brasil, 2021

Característica	N (%)
<b>Idade</b>	
20 a 29 anos	61 (36,3)
30 a 39 anos	71 (42,2)
40 a 49 anos	29 (17,3)
50 a 59 anos	7 (4,2)
<b>Gênero</b>	
Feminino	151 (90,4)
Masculino	16 (9,6)

Tabela 2. (cont.)

Característica	N (%)
<b>Ocupação</b>	
Enfermeira/o	70 (44,9)
Nutricionista	37 (23,7)
Outros profissionais da saúde	18 (11,5)
Estudante universitário/a	17 (10,9)
Dentista	8 (5,1)
Assistente social	4 (2,6)
Professor/a universitário/a	2 (1,3)
<b>Tempo de experiência</b>	
Menos de 1 ano	23 (15,4)
De 1 a 5 anos	56 (37,6)
De 6 a 5 anos	36 (24,1)
Mais de 10 anos	34 (22,9)

Fonte: elaboração própria, 2022.

## Oferecimento

A Opacs foi oferecida de 9 de julho a 20 de agosto de 2021. Os vídeos foram hospedados na plataforma YouTube (<https://www.youtube.com/>), que foi indicada como a mais usada pela maior parte dos participantes no questionário diagnóstico (70,8%). O material ficou organizado e disponibilizado durante todo o período na plataforma de ensino digital Moodle da Universidade de São Paulo, cujo acesso era permitido por meio de senha.

Por se tratar de uma oficina on-line, foi importante a utilização de ferramentas digitais que auxiliassem no processo da EaD. Algumas delas foram: Padlet, Google Meet, Vizia e Spotify. O Padlet (<https://padlet.com/>) é utilizado para criar murais e painéis de forma colaborativa, tendo sido utilizado para a apresentação das coordenadoras e colaboradores com vistas à aproximação com os participantes, que também foram convidados a se apresentar utilizando a mesma ferramenta. Além do YouTube, o Instagram (66,7%) e o Google Meet (58,9%) foram as plataformas apontadas como mais usadas pelos participantes. O Google Meet (<https://meet.google.com/>)

é um serviço de comunicação por vídeo desenvolvido pelo Google que permite que os participantes utilizem câmeras e microfones, além de possibilitar compartilhamento de telas. Durante a Opacs, o Google Meet foi utilizado para as sessões de transmissão do filme cedido pela IBFAN e subsequente discussão. Já o Vizia (<http://vizia.co>) é uma ferramenta que proporciona a adição de questões e *links* ao longo de um vídeo, tendo sido utilizada para criar vídeos interativos com perguntas de múltipla escolha e *links* de vídeos com informações complementares interessantes aos participantes. Por fim, o Spotify (<https://open.spotify.com/>), um serviço de *streaming* de música, *podcast* e vídeo, foi utilizado para disponibilizar os *podcasts* produzidos.

Para além de seus papéis na divulgação da Opacs, os perfis nas redes sociais tiveram como objetivo facilitar a comunicação entre coordenadoras e participantes. A página da Opacs no Instagram contou com 155 seguidores e constituiu via permanente e constante de diálogo por meio de publicação de *posts* (organizadoras-participantes) e mensagens diretas (participantes-organizadoras). Ao longo da Opacs, foram realizadas 53 publicações com apresentação de diferentes

temáticas: apresentação da Opacs; breve explicação sobre o funcionamento da Opacs; apresentação de financiador (ICHG); descrição dos blocos temáticos; resumos dos conteúdos de cada bloco da oficina; orientações do ‘Guia alimentar para crianças menores de 2 anos’; divulgação de atividades síncronas; e avisos. Já o Facebook foi utilizado como estratégia para alcançar o público que não fazia uso do Instagram, apresentando as mesmas publicações e sendo uma via adicional de diálogo entre participantes e organizadoras. Outras formas de interação se deram por meio de WhatsApp e *e-mail*. Os participantes foram convidados a entrar em um grupo de WhatsApp no qual foram organizados plantões de dúvidas semanais com duração de uma hora. Dia e horário foram determinados a partir de respostas sobre disponibilidade no momento de inscrição na oficina. Além disso, por meio do número telefônico da Opacs, os participantes podiam enviar mensagens diretas para as organizadoras.

## Avaliação

Ao final de cada bloco da oficina, os participantes foram convidados a responder a uma atividade. Tais atividades tinham como principal intuito registrar a assiduidade dos participantes, tanto para controle da adesão e alcance da oficina como para emissão de certificados àqueles que completassem, no mínimo, 75% da Opacs. No último bloco, a atividade a ser respondida compreendia um questionário de avaliação da oficina. Trinta e quatro participantes realizaram todas as atividades e responderam ao formulário de avaliação. O objetivo da atividade era que classificassem a satisfação, em escala Likert de 1 a 5, em que 1 significava ‘desgostei muito’ e 5 significava ‘gostei muito’. As frequências das respostas a esse questionário estão apresentadas na *tabela 3*.

Tabela 3. Avaliação de satisfação da carga horária, plataforma, formato e interação da Oficina de Promoção à Alimentação Complementar e Saudável. Brasil, 2022

Categoria	Intervalo de notas quanto à importância da categoria <sup>a</sup>	% de pessoas que consideraram conteúdo com máxima importância	
Carga horária	3 – 5		84,8%
Plataforma utilizada	1 – 5		81,8%
Formatos dos conteúdos	Aulas gravadas	3 – 5	87,9%
	Animações	4 – 5	97,0%
	Podcast	2 – 5	69,7%
	Filme e minidocumentário	3 – 5	84,4%
	Formulários Google	3 – 5	87,9%
	Vídeos interativos	3 – 5	78,8%
Nível de interação com organizadoras	3 – 5		69,7%

Fonte: elaboração própria, 2022.

<sup>a</sup> escala de cinco pontos, na qual: 1 = não gostei e 5 = gostei muito.

Todos os formatos de apresentação de conteúdos obtiveram a maioria das respostas na opção 'gostei muito'. Aqueles que mais agradaram os participantes foram as animações e os vídeos gravados, sendo possivelmente reflexo da menor duração desses materiais em comparação aos demais vídeos. A maioria dos participantes (78,8 %) afirmou

preferir vídeos com menos de 10 minutos de duração.

A respeito da importância dos conteúdos abordados, foram avaliados em escala Likert de cinco pontos, de 'nada importante' a 'muito importante'. Todos os conteúdos foram avaliados por grande parte dos participantes como muito importante. Tais resultados são apresentados na *tabela 4*.

Tabela 4. Avaliação da importância dos conteúdos abordados na Oficina de Promoção à Alimentação Complementar e Saudável. Brasil, 2022

Conteúdos	Intervalo de notas quanto à importância do tema <sup>a</sup>	% de pessoas que consideraram conteúdo com máxima importância
Processamento e grupos de alimentos	4 - 5	93,9%
Conflitos de interesses	3 - 5	84,8%
Alimentação da gestante	4 - 5	90,9%
Práticas que podem prejudicar a amamentação	4 - 5	93,9%
Como superar desafios da amamentação	4 - 5	93,3%
Aspectos fonoaudiológicos da alimentação	4 - 5	84,8%
Evolução da alimentação complementar	4 - 5	90,9%
Aleitamento materno em tempos de pandemia	3 - 5	87,8%
Trabalhando a aceitação da criança	4 - 5	87,8%
Peso da criança, antropometria e uso das curvas da caderneta	4 - 5	96,9%
Saúde bucal	4 - 5	90,9%
Habilidades culinárias e preparo de alimentos	4 - 5	84,8%

Fonte: elaboração própria, 2022.

<sup>a</sup> escala de cinco pontos, na qual: 1 = não gostei e 5 = gostei muito.

Além de responder às perguntas fechadas, os participantes tinham a possibilidade de deixar comentários, sugestões e críticas. Alguns respondentes compartilharam conhecimentos relacionados com o referencial teórico trabalhado adquiridos ao longo da Opacs.

*Fiquei muito surpresa em saber que o guia traz a maneira correta de diluir o leite de vaca para ser dado ao bebê menor de 4 meses. Sei que que o próprio guia não traz isso [oferecimento do leite de vaca] como uma recomendação, e sim como um reconhecimento de que é essa a realidade de*

*muitas famílias brasileiras, e que realizar a diluição correta seria uma 'espécie de política de redução de danos'. (Participante anônimo).*

Além disso, foram feitas sugestões de haver mais interação ao vivo, utilização de mais metodologias ativas e estudo de casos, assim como maior prazo de oferecimento da oficina e de realização de atividades.

*O curso foi ótimo com metodologia assíncrona muito boa para dar oportunidade a todos, mas o prazo para concluir foi muito pequeno em vista os conteúdos abordados. (Participante anônimo).*

Pontos elencados como positivos pelos participantes foram o aprendizado de novos conteúdos e a possibilidade de sanar dúvidas. Alguns participantes sugeriram que fossem realizadas outras oficinas, tanto para atingir maior número de profissionais quanto para abordar outras temáticas.

*Sugiro que outras oficinas nessa temática sejam realizadas para atingir um maior número de profissionais. Assim como [abordar] temática [alimentação saudável] para crianças com idade até 5 anos. Parabéns pela excelente oficina. (Participante anônimo).*

## Dificuldades e lições aprendidas

O oferecimento de uma oficina educativa a profissionais da APS apresenta diversos desafios, principalmente em um contexto de pandemia e em um território em que as coordenadoras não residiam. Nesse arranjo, ao mesmo tempo que entendemos a necessidade de que sujeitos atuem sobre seus próprios territórios e contextos, também encontramos a potência de parcerias de profissionais de diferentes regiões, setores e olhares para a promoção da saúde. É a partir desse reconhecimento e esforço que identificamos a maior lição aprendida: a necessidade de planejar intervenções com os atores que trabalham e conhecem o contexto em profundidade, e que são capazes de sinalizar demandas específicas, barreiras locais e possibilidades de superá-las. Nesse sentido, parcerias com secretarias de saúde e o questionário diagnóstico foram imprescindíveis para a viabilidade da proposta.

Um exemplo de adequação no planejamento da oficina que se deu a partir da escuta de gestores locais foi sobre o cenário de intensa demanda que profissionais de saúde estavam vivendo, com a pandemia da Covid-19 somada a recentes enchentes em parte do estado. Como estratégia para contornar parcialmente tal situação, mudou-se a proposta da oficina para o oferecimento quase totalmente assíncrono,

com disponibilidade do material durante toda a duração da oficina para que os participantes pudessem acompanhar os conteúdos quando possível. Tal estratégia também se fez relevante ante o cenário local de instabilidade do sinal de internet. O excesso de trabalho e os problemas de conexão foram alguns dos motivos para queixas relativas à curta duração da oficina; apesar disso, outros participantes fizeram elogios e consideraram a duração suficiente. Foram feitas sugestões para que os vídeos ficassem disponíveis após o término da oficina para serem vistos com mais calma ou consultados posteriormente.

A proposta assíncrona trouxe desafios para o oferecimento da Opacs relacionados com a interação com os participantes e com as formas de participação ativa deles. Nesse sentido, buscamos uma diversidade de ferramentas virtuais que pudessem atender a diferentes objetivos, como os perfis em redes sociais (divulgação e troca de mensagens), plantões de dúvidas (interação grupal e individual) e Padlet (apresentação das colaboradoras e dos participantes), além de atividades para acompanhamento da evolução dos participantes. Dos participantes que finalizaram todas as atividades, 69,7% estavam ‘muito satisfeitos’ com a interação com as coordenadoras. Um desafio não superado diz respeito à evasão dos participantes, que pode ser observada pelo baixo número de pessoas que finalizaram todas as atividades propostas. No entanto, apesar da diminuição da assiduidade, entendemos que os materiais da Opacs puderam ser acessados por diversas pessoas, o que se traduz nas quantidades de visualizações dos vídeos. Ao notar que as visualizações foram diminuindo com a evolução do conteúdo, somado às sugestões de maior tempo de disponibilização desses, podemos presumir que limitações de tempo contribuíram para que participantes não tenham finalizado a oficina e que maior tempo poderia contribuir para maior adesão.

Parcerias locais também foram imprescindíveis para a divulgação da Opacs, o que pôde ser observado pelas respostas dos participantes sobre

como souberam da oficina e ao longo do processo de inscrição, que tomou força após a divulgação pela Sesacre. Adicionalmente, é importante destacar a parceria com diversas profissionais e pesquisadoras que doaram seu tempo e energia para a construção de videoaulas, *podcasts* e entrevistas. Com isso, além de enriquecer os conteúdos disponibilizados, pudemos variar a forma como os assuntos eram apresentados com diferentes abordagens, atingindo a realidade de diversos profissionais da saúde.

## Considerações finais

A Opacs abordou temas que contemplam o segundo eixo temático da PNAISC, reforçando a importância da alimentação complementar para o cuidado integral à saúde da criança. O presente relato contribui para futuras experiências de educação permanente on-line por meio do compartilhamento de estratégias para o planejamento, a construção, o oferecimento e a avaliação de oficina virtual assíncrona para profissionais da APS. Além disso, apresenta temáticas consideradas relevantes para a promoção da alimentação complementar saudável a partir de contribuições de diferentes especialistas e avaliação dos participantes da oficina.

A diminuição de visualizações ao longo dos módulos, bem como a falta de maior número de participantes que finalizaram as atividades, pode ter sido reflexo das limitações de tempo que os participantes relataram ter em seu cotidiano. Assim, para futuras experiências, sugere-se maior tempo para a disponibilização da oficina. O formato assíncrono e a disponibilização de todo o material durante o oferecimento da oficina foram estratégias para contornar as diferentes disponibilidades dos profissionais, o cenário de altas demandas e a instabilidade do sinal de internet. No entanto, tal formato também apresentou desafios específicos, em especial aqueles relacionados com a interação entre participantes e coordenadoras. Estes puderam ser diminuídos com a

utilização de diferentes canais de comunicação concomitantemente. Por fim, destaca-se o papel da parceria ensino-serviço, que foi imprescindível tanto para o planejamento e divulgação da oficina como para a qualidade do conteúdo desenvolvido e para a garantia de sua relevância local e prática.

A Opacs se soma a experiências que promovem integração entre educação e serviço, trazendo diversos benefícios como: atualização dos profissionais; qualificação do serviço; cuidado para além do modelo biomédico por meio da construção conjunta de conhecimentos; cooperação e troca de vivências; bem como contribuição para a formação de pós-graduandas envolvidas no projeto e cujas pesquisas permeiam temas da oficina<sup>28</sup>. Dessa forma, o presente relato pode sugerir caminhos para outros grupos de pesquisadores, docentes e alunos de pós-graduação que busquem contribuir para ações em alimentação e nutrição na APS.

## Colaboradoras

Machado R (0000-0002-3769-0864)\* contribuiu para coordenação da oficina, coleta e análise dos dados, e elaboração do texto. Ricci JMS (0000-0002-0340-8808)\* e Giacomini I (0000-0003-3460-7196)\* contribuíram igualmente para coordenação da oficina, coleta dos dados, revisão crítica do texto. Damasceno AAA (0000-0001-7975-7791)\* contribuiu para planejamento da oficina, oferecimento da oficina e aprovação da versão final submetida. Lourenço BH (0000-0002-2006-674X)\* e Cardoso MA (0000-0003-0973-3908)\* contribuíram igualmente para a concepção e desenho do projeto, produção de conteúdo para a oficina e aprovação da versão final submetida do manuscrito. Sato PM (0000-0001-9850-6859)\* contribuiu para concepção e *design* do projeto, coordenação da oficina, coleta e análise dos dados, e revisão crítica do texto. ■

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

## Referências

- Bhandari N, Chowdhury R. Infant and young child feeding. *Proc Indian Natn Sci Acad.* 2016 [acesso em 2022 abr 12]; 82(5):1507-17. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.
- Schwarzenberg SJ, Georgieff MK. Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. *Pediatrics.* 2018 [acesso em 2022 abr 7]; 141(2):e2071-3716. Disponível em: [/pediatrics/article/141/2/e20173716/38085/Advocacy-for-Improving-Nutrition-in-the-First-1000](https://pediatrics/article/141/2/e20173716/38085/Advocacy-for-Improving-Nutrition-in-the-First-1000).
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar Para a População. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
- Monteiro CA, Cannon G, Lawrence M, et al. Ultra-processed foods, diet quality, and health using the NOVA classification system. Rome: FAO; 2019. [acesso em 2022 abr 7]. Disponível em: <https://www.fao.org/3/ca5644en/ca5644en.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019. [acesso em 2022 abr 7]. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_crianças\\_menores\\_2anos.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf).
- Ierodiakonou D, Garcia-Larsen V, Logan A, et al. Timing of allergenic food introduction to the infant diet and risk of allergic or autoimmune disease a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2016 [acesso em 2022 abr 7]; 316:1181-92. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2553447>.
- Fialho FA, Martins Lopes A, Ávila Vargas Dias IM, et al. Fatores associados ao desmame precoce do aleitamento materno. *Rev Cuid.* 2014 [acesso em 2022 abr 7]; 5(1):670-8. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732014000100011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732014000100011).
- Carascoza KC, Costa Júnior AL, Moraes A. Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estud Psicol.* 2005; 22(4):433-440.
- Silva WF, Guedes ZCF. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Rev CEFAC.* 2012 [acesso em 2022 abr 7]; 15(1):160-171. Disponível em: <http://lia.uncisal.edu>.
- Woo Baidal JA, Locks LM, Cheng ER, et al. Risk Factors for Childhood Obesity in the First 1,000 Days: A Systematic Review. *American J Prevent Medicine.* 2016; 50:761-779.
- Silva MP, Mello APQ. Impacto da introdução alimentar precoce no estado nutricional de crianças pré-escolares. *Rev Saúde Ciência.* 2021 [acesso em 2022 abr 12]; 10(1):110-129. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/422>.
- Atlas Brasil. Ranking. 2020 [acesso em 2022 fev 20]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2022 [acesso em 2022 abr 17]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mt/cuiab>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em 2022 abr 20]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101749.pdf>.
- Mosquera PS, Lourenço BH, Gimeno SGA, et al. Factors affecting exclusive breastfeeding in the first month of life among Amazonian children. *PLoS One.* 2019 [acesso em 2022 abr 7]; 14(7):e0219801. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0219801>.
- Dal Bom JP, Mazzucchetti L, Malta MB, et al. Early determinants of linear growth and weight attained in the first year of life in a malaria endemic region. *PLoS One.* 2019 [acesso em 2022 abr 7]; 14(8):e0220513.

- Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0220513>.
17. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2):305-316.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 5 Ago 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html).
  19. Jaime PC, Tramontt CR, Maia TM, et al. Content validity of an educational workshop based on the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. *Rev Nutr*. 2018 [acesso 2022 abr 7]; 31(6):593-602. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rn/a/CBRVDMx3Tx6JS hvXwqCqPBB/?format=html&lang=en>.
  20. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
  21. Vítolo MR, Louzada ML, Rauber F, et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cad. Saúde Pública*. 2014 [acesso em 2022 abr 7]; 30(8):1695-1707. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ygvYwBXj8WgtTjc8krXCDFC/?format=pdf&lang=pt>.
  22. Oliveira AEF, Ferreira EB, Sousa RR, e al. Educação a distância e formação continuada: em busca de progressos para a saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(4):578-583.
  23. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação a Distância: referenciais de qualidade para educação superior a distância. Brasília, DF: Ministério da Educação; 2007.
  24. Santos LAS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. *Ciênc. Saúde Colet*. 2012 [acesso em 2022 abr 7]; 17(2):453-462. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2012.v17n2/455-462>.
  25. França CJ, Carvalho VCHS. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. *Saúde debate*. 2017 [acesso em 2022 abr 7]; 41(114):932-948. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zcPb36wCbGPrYxRZrkycCQk/?lang=pt&format=pdf>.
  26. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas*. 2014 [acesso em 2022 abr 7]; 22(44):203-220. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>.
  27. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, et al. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Rev Esc Enferm*. 2021 [acesso em 2022 abr 20]; 55:1-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/K89qghvK3WgSN3pzcdKsZgR/?format=pdf&lang=en>.
  28. Garcia S, Sampaio J, Costa CRL, et al. Integração ensino-serviço: experiência potencializada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Eixo Educação Permanente. *Interface - Comun Saúde, Educ*. 2019 [acesso em 2022 abr 21]; 23:1-13. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/K7y5Z8sX4jRtHQb4jjkjhPS/?lang=pt>.

---

Recebido em 21/04/2022

Aprovado em 24/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: International Child Health Group (ICHG)

# ‘A gente não quer só comida’: integralidade na atuação interprofissional no cuidado da obesidade infantil

*‘We don’t want only food’: integrality in the interprofessional performance in the care of childhood obesity*

Claudia Carneiro da Cunha<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E523

**RESUMO** O artigo traz uma análise socioantropológica de uma prática de assistência de caráter interprofissional, da psicologia com a nutrição, voltada ao atendimento de crianças e adolescentes obesos e seus familiares, quase sempre mães, acompanhados em um ambulatório público da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A educação em saúde e a integralidade do cuidado são conceitos ‘postos em prática’, articulando-os ao brincar como instrumento terapêutico e à arte como campo de vivências e expressão de singularidades. O corpo e a corporeidade são abordados nas suas dimensões biopolíticas, mas também sensíveis e simbólicas, na busca por compreender a obesidade infantil e suas nuances. Nas análises, a saúde deixa de ser medida a partir de seu caráter normativo, tomando-se o processo saúde-doença em sua complexidade.

**PALAVRAS-CHAVE** Obesidade pediátrica. Integralidade em saúde. Assistência centrada no paciente.

**ABSTRACT** *The article presents a socioanthropological analysis of an interprofessional care practice, of psychology and nutrition, aimed at obese children and adolescents and their families, almost always mothers, assisted in a public outpatient clinic of the Rio de Janeiro State University (UERJ). Health education and integrality of care are concepts ‘put into practice’, articulating play as a therapeutic tool and art as a field for experiences and expression of singularities. The body and corporeality are approached in their biopolitical dimensions, but also in their sensitive and symbolic ones, in the search to understand childhood obesity and its nuances. In the analyses, health is no longer measured from its normative character, taking the health-disease process in its complexity.*

**KEYWORDS** *Pediatric obesity. Integrality in health. Patient-centered care.*

<sup>1</sup>Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. [cunha.claudia@gmail.com](mailto:cunha.claudia@gmail.com)

## Introdução

A obesidade é considerada uma doença multifatorial caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no corpo. Mendes e colaboradoras<sup>1</sup>, em artigo de revisão da literatura, mostram que há indicativos de correlações entre ansiedade, depressão, questões familiares e obesidade infantil. As autoras consideram que determinados contextos familiares, escolares e sociais podem promover uma combinação facilitadora para o surgimento da obesidade infantil.

Embora existam poucos estudos no campo da saúde sobre o tema da atuação interprofissional no cuidado da obesidade infantil, o trabalho de Bortagarai et al.<sup>2</sup> – que investigou o uso do dispositivo de interconsulta como estratégia interdisciplinar em um grupo de profissionais que atuam em um programa de intervenção precoce – demonstrou que esse dispositivo beneficiou a ampliação de conhecimentos, permitiu um maior amparo e menor solidão na reflexão sobre os casos, contribuiu para melhor resolução das demandas e ofertou mais recursos para auxiliar a família na compreensão sobre a situação geral da criança.

A experiência de implantação de um programa de abordagem interdisciplinar no tratamento da obesidade infantil com atividades em grupos, individuais e oficinas temáticas relevou uma melhora nos exames bioquímicos, das medidas antropométricas, na autoaceitação, na diminuição do sedentarismo, no sono, no convívio social, nos níveis de ansiedade, agressividade, compulsão alimentar e nas relações familiares. Portanto, programas de intervenção com esse perfil devem compor políticas públicas<sup>3</sup>.

A colaboração interprofissional emergiu da necessidade de fortalecer os sistemas de saúde com base nos princípios da Atenção Primária à Saúde e se tornou um dos desafios mais urgentes para os formuladores de políticas, profissionais de saúde, gestores e comunidades em todo o mundo. A ideia-chave é assegurar soluções inovadoras e transformadoras do sistema, que garantam a disponibilidade, a

variedade e a distribuição adequada da força de trabalho de saúde<sup>4</sup>.

A prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base no princípio da integralidade, envolvendo usuários e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade e em todos os níveis da rede de serviços. Essa prática pode reduzir: o número de complicações de usuários e a duração da internação; a tensão e o conflito entre os prestadores de assistência; o número de internações; a rotatividade de profissionais; as taxas de erros médicos e de mortalidade<sup>4</sup>.

O presente trabalho descreve o percurso de construção do trabalho coletivo e integrado entre os saberes da psicologia e da nutrição no cuidado da obesidade infantil na assistência ambulatorial, seguindo a perspectiva socioantropológica e o método etnográfico. Esse método reúne um conjunto de concepções e de procedimentos utilizados tradicionalmente pela antropologia, para fins de conhecimento científico da realidade social. Uma abordagem qualitativa aos problemas de saúde identifica-se de várias formas com o método etnográfico, pois possibilita ao investigador compreender as práticas culturais dentro de um contexto social mais amplo, estabelecendo as relações entre fenômenos específicos e uma determinada visão de mundo<sup>5</sup>.

Nesse sentido, a análise aqui empreendida segue os processos vividos, os momentos de tensionamento, de composição interdisciplinar e até mesmo de borramento entre as fronteiras disciplinares. Dessa forma, a estruturação do trabalho acompanha o curso do desenvolvimento do próprio projeto, percorrendo a fase-piloto e a definição posterior de seus alicerces teóricos e metodológicos. A mudança na trajetória das ações é vista como parte de uma construção coletiva e de reflexão conjunta. Vale ressaltar que as noções de integralidade<sup>6</sup> e educação em saúde<sup>7</sup> que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo, na atenção básica, comparecerão ao longo do trabalho como referenciais analíticos, assim como prática assistencial.

## Métodos: modos de fazer e conceber o trabalho

O presente artigo baseia-se em uma prática de assistência de caráter interprofissional, da psicologia com a nutrição, voltada ao atendimento de crianças e adolescentes obesos e seus familiares, quase sempre mães, acompanhados em um ambulatório público da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O trabalho foi criado e desenvolvido sob o estímulo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde do Ministério da Saúde, realizado de maio de 2016 a abril de 2018 (PET-Saúde/GraduaSUS), e de 2019 a 2021 (PET-Interprofissionalidade), destinado a potencializar a integração ensino-serviço-comunidade no âmbito do SUS.

O projeto aqui descrito nasceu a partir de várias confluências: o encontro de profissionais, estagiários e residentes de diferentes áreas e em diversos níveis de formação; o compromisso profissional com uma clientela atendida em um serviço público de saúde de cunho formativo; a busca pela criação e pela manutenção de espaços de oxigenação no atendimento à saúde infantojuvenil, prevenindo o engessamento de práticas; e a afetividade capaz de dar liga a uma atuação interdisciplinar e interprofissional desenhada a muitas mãos.

Em agosto de 2017, nasceu o projeto-piloto '1, 2, feijão com arroz: tecendo práticas da nutrição e psicologia na alimentação infanto-juvenil'. Os questionamentos iniciais, à época da sua construção, eram variados: o que é o trabalho da psicologia integrado ao da nutrição? Como é um trabalho na atenção secundária voltado a esse tema e de caráter interdisciplinar? O que há de específico na dinâmica do serviço e do trabalho voltado à obesidade infantil?

Da parte da psicologia, o brincar como instrumento terapêutico<sup>8</sup> emergiu como um 'solo seguro' para o início da conversa com a equipe da nutrição. Já tínhamos certeza, a partir de experiências prévias e dos marcos teóricos

utilizados, de que o brincar é promotor de saúde, uma vez que está diretamente vinculado à constituição do aparelho psíquico, ao surgimento e à manutenção dos processos de simbolização<sup>8</sup>.

Iniciamos, a partir daí, inúmeros debates acerca do formato do trabalho. Definimos que o objetivo geral do projeto seria promover uma prática interdisciplinar entre a psicologia e a nutrição, com vistas a qualificar o cuidado em saúde da obesidade de crianças e adolescentes.

Um chão comum entre as duas áreas foi o princípio da integralidade do SUS<sup>6</sup>, ao considerar o usuário como um indivíduo cultural e socialmente situado, respeitando sua visão de mundo no processo saúde-doença; posto que, diante dos desafios de ordem psicossocial, colocados pela obesidade infantil, manifestamos uma preocupação em não reproduzir no projeto uma lógica normativa e verticalizada, ainda comum na educação em saúde<sup>7</sup>, incluindo a educação alimentar e nutricional.

Debatemos acerca das novas configurações de família na contemporaneidade<sup>9</sup> e dos seus reflexos na educação das crianças. Além disso, levantamos questões sobre 'um modo de funcionar da família', quando, por exemplo, o adulto oferece comida para a criança por 'pena' ou 'culpa', visando a um 'reparo' de ordem emocional ou transgeracional. Refletimos também sobre o lugar das tecnologias e dos meios de comunicação, dos jogos, dos vídeos e das redes sociais no entretenimento das crianças e dos jovens na atualidade, relacionando-os com o retraimento do brincar na rua e nos espaços públicos, em razão da violência urbana.

Por fim, abordamos a questão de a comida/alimentação expressar a cultura de determinado grupo social. Sabíamos que as práticas alimentares não dizem respeito somente ao ato de comer. O plantio, a compra, o modo de preparo, o que se come, como se come, com que frequência, em qual horário, como é absorvido, tudo isso reflete práticas sociais e culturais<sup>10</sup>.

Realizamos as ações do projeto-piloto de setembro a dezembro de 2017, estruturando o trabalho a partir de dois grupos de

atendimento psicológico e nutricional – um de responsáveis e outro de crianças e adolescentes. Os encontros dos grupos aconteceram quinzenalmente (com alguns encontros conjuntos de responsáveis e filhos), alternados com atividades da equipe para planejamento e estudo. Planejamos um total de seis encontros, com uma intencionalidade a cada encontro. Para tanto, inspiramo-nos na metodologia do Instituto de Arte Tear, já que a arte amplia as sensibilidades, os campos simbólicos e imaginários, desenvolvendo os processos cognitivos e a capacidade crítica.

Nesse sentido, os encontros foram estruturados em quatro módulos lúdicos e arte-educativos, contemplando quatro eixos temáticos: 1) relações familiares e o lugar da criança na família; 2) corpo sensível e imagem corporal; 3) os sentidos do olfato, do paladar e da alimentação; 4) dinâmicas familiares e rotinas alimentares.

Para a abordagem do primeiro eixo, resolvemos lançar mão da ferramenta familiograma, instrumento fundamental para o profissional de saúde que trabalha com famílias, uma vez que permite descrever e ver como uma família funciona e interage<sup>11</sup>. Nossos objetivos eram de obter uma representação gráfica com informações sobre a família, de maneira que tivéssemos uma ideia da composição, dos tipos de arranjos e vínculos, além de pistas sobre as influências da configuração familiar na obesidade infantil – isso porque observávamos que, em muitas famílias, havia várias figuras de autoridade, mas nenhuma ou poucas que assumissem a condução do tratamento da criança ou do adolescente. Para tal, apostamos na proposta da colagem, com figuras de pessoas e bichos recortadas de revistas, além de tinta guache e canetinha para a composição de desenhos em papel A3. Essa proposta foi feita com as crianças e as mães/responsáveis, separadamente. Com isso, encontramos uma grande variedade de composições familiares, entre as próprias díades, mãe-filho, e entre o grupo.

No segundo eixo, corpo sensível e imagem corporal, visávamos proporcionar para as

crianças e os adolescentes uma experiência de ‘renascimento sensível’, dando espaço para um conjunto de sensações mobilizadas de marcas corporais inconscientes, a fim de acessar emoções e sentimentos em uma rememoração do corpo pelo corpo. Afinal, com as interrogações levantadas por Resende<sup>12</sup> a partir do método Angel Vianna: ‘o que pode um corpo?’, a autora nos mostra que a conscientização do movimento “pode, via o corpo, contribuir para a integração do psicossoma, ampliando a saúde do indivíduo enquanto capacidade normativa e criativa”<sup>12(563)</sup>.

Destaca-se ainda que o processo lúdico se caracteriza como um momento de “acordar o corpo”, pois permite a saída de um “estado de tensão” para um de “atenção com o corpo”, uma “presença corporal”<sup>12(567)</sup>. Além disso, Resende<sup>12</sup> apresenta a possibilidade da busca de acesso ao corpo singular e único a partir dos ossos, suas referências anatômicas em conexão com o movimento de cada um.

Quando começamos a despertar e abrir espaços no corpo, a busca por novas possibilidades de movimento vai-se transformando numa necessidade diária para conquistar um corpo mais livre e capaz de se integrar com as suas sensações. Aguçar a capacidade proprioceptiva é poder ir ao encontro da nossa singularidade, (re)conhecendo os limites, capacidades, memórias e vivências do corpo, respeitando-os<sup>12(568)</sup>.

De posse dessa perspectiva sobre o corpo e a corporeidade, nossa hipótese de trabalho, no campo psicológico, era a de que a interrupção do cuidado ou a sua descontinuidade nos primeiros anos de vida geram efeitos específicos no psicossoma. Assim, nosso questionamento inicial era: como essas marcas e rupturas na continuidade da experiência do cuidado na mais tenra idade podem estar relacionadas com a obesidade?

Seguindo a abordagem da Psicanálise do Sensível de Ivanise Fontes<sup>13</sup>, algumas pistas surgiram. Consideramos a possibilidade de que, em face de vivências de descontinuidade

no cuidado na relação mãe-cuidador/a-bebê, o sujeito desamparado busca conforto psíquico no ato de comer, na produção de um corpo farto, redondo e aconchegante, na busca por um preenchimento, um ‘autoamparo’, com a gordura operando como uma espécie de ‘prótese psíquica’, conforme postula a autora<sup>13</sup>.

Essas perspectivas teórico-metodológicas se conjugaram com a pesquisa etnográfica, orientada pelo aporte socioantropológico, com uso sistemático de diários de campo, realizados no período de 2017 a 2019.

Após a etapa-piloto, o projeto no mesmo formato de grupo foi realizado de janeiro a junho de 2018. A partir de julho de 2018 até o início da pandemia da Covid-19, quando o grupo foi interrompido, desenhamos um novo formato de trabalho. Atrilamos o dia do grupo às consultas ambulatoriais de nutrição, visando à adesão das crianças e seus responsáveis aos grupos. Optamos pelo brincar livre com as crianças, roda de conversa com as mães e alguns momentos de atividades conjuntas voltadas à educação alimentar e nutricional.

A pesquisa de tipo etnográfica busca a compreensão e o sentido dos fenômenos sociais do ponto de vistaêmico, ou seja, procura o significado das práticas pesquisadas para os praticantes. Ademais, o papel do pesquisador é o de interpretar esses fenômenos, e não simplesmente constatar a sua existência<sup>5</sup>.

Esta abordagem implica uma relação social entre o pesquisador e os pesquisados, considerando que a presença do observador é parte do evento observado. Portanto, a qualidade dos dados depende, em grande parte, da maneira como essa interação social se estabelece, em uma relação de proximidade, confiança, baseada em princípios éticos<sup>5</sup>.

A observação participante é um elemento-chave nesse tipo de pesquisa, já que se considera que muitos elementos não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita. O ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, a sequência e a temporalidade em que ocorrem os eventos são fundamentais não apenas como dados em

si, mas como subsídios para a interpretação posterior deles<sup>5</sup>. Dessa maneira, o investigador busca captar o ‘excedente de sentido’<sup>14</sup>, atento às afetações do campo<sup>15</sup>.

## Resultados do processo de trabalho

A partir dos horizontes teóricos e metodológicos acima descritos, propusemos em uma das atividades que as crianças e os adolescentes vivessem um ‘renascimento’, a partir da entrada e da saída de uma caixa de papelão de grandes dimensões, que as englobasse, proporcionando-as contorno e proteção. Do lado de fora, eu, estagiárias e demais crianças do grupo ficávamos aguardando o ‘tempo’ de nascimento de cada um(a), interagindo a partir de singelos toques na caixa, simulando os sons e os movimentos do mundo externo, capazes de afetar a ‘vida intrauterina’.

A criança, assim que resolvia ‘nascer’ da caixa-útero, era imediatamente acolhida por mim e pelo nutricionista em uma manta macia de microfibras estendida no chão, em que, de braços, recebia o toque e o acolhimento corporal com outra manta suave.

O acolhimento corporal, criado pela pesquisadora Núbia Barbosa, da Escola de Dança Angel Vianna, consiste no contorno do corpo com a manta dobrada, criando, entre a mão e o tecido macio, invólucros das partes da pessoa. O toque terapêutico da mão, mediado pela manta macia, traz uma intencionalidade de acessar, no corpo, marcas expressas nas cadeias musculares, dimensões inconscientes de experiências emocionais dos primórdios da vida e impressões corporais mais recentes.

Para Didier Anzieu<sup>16</sup>, autor do clássico ‘O Eu-pele’, a pele é a base orgânica que auxilia a fundamentação de funções específicas para futuras organizações do Eu. O sentido mais intimamente associado à pele, o tato, é o primeiro a desenvolver-se no embrião humano. Entre outros aspectos, ele nos ensina a diferença entre o eu e o outro, a diferença entre um fora

e um dentro de nós<sup>17</sup>. Segundo Winnicott<sup>18</sup>, o *holding* seria o próprio contato físico, no sentido de o bebê se sentir amparado e seguro.

Segundo Fontes et al.<sup>19</sup>, para que o fio de continuidade da existência seja assegurado, vários processos estão envolvidos, tanto no próprio corpo do bebê quanto através do corpo de quem o cuida, no caso, inicialmente, a mãe. A palavra-chave é continência, um contorno-corpo que se dá entre a mãe e o bebê. A experiência de envelopamento se reflete no sentir que existe um 'em volta de si'. É na busca dessa gradativa experiência de continência que o filho poderá confiar corporal e psiquicamente em sua sobrevivência. Segundo as autoras, um envelope corpóreo-psíquico dará ao bebê a certeza de não sucumbir às angústias muito primitivas.

Essa experiência de 'envelopamento' foi vivida por todas as crianças e os adolescentes; em seguida, oferecemos a cada um deles um pedaço de argila para que pudessem criar formas sobre o sentido/vivido no 'nascimento' da 'caixa-útero'. Nota-se que não se tratava de criar uma representação artística literal do nascer, mas de ofertar um material de arte que as permitisse moldar, modular, ancorar sensações e sentimentos, possibilitando algum grau de elaboração e conforto no que se refere a uma experiência bastante forte e significativa.

Os efeitos dessa experiência, enquanto prática terapêutica, fizeram-se sentir em um encontro posterior, quando propusemos uma 'roda de cheiros', em uma vivência sensorial e olfativa voltada às crianças, aos adolescentes e às mães. Colocamos no interior de copos plásticos pequenos, separadamente, os mais variados cheiros relativos à experiência cotidiana: café, achocolatado, chiclete, essência de laranja, cravo, canela, cebola, alho etc., e fizemos uma roda para que os copos, tampados com um papel alumínio com pequenos furos, fossem cheirados por todos. Após a experiência olfativa individual, o cheiro/aroma era adivinhado e revelado pelo grupo.

Em seguida, convidamos os participantes para rememorar cheiros e gostos relacionados

com a família e com a vida familiar. Foram muitas as memórias trazidas à tona. O cheiro de bolo saindo do forno na casa da avó, a receita passada por gerações, o cheiro de alho no feijão fresquinho, as reuniões de família, a mesa farta de comida, entre outras.

Posteriormente, dividimos os responsáveis/mães das crianças e dos adolescentes, formando grupos e colocando-os em salas separadas. Os responsáveis/mães foram para uma roda de conversa a fim de falar sobre o vivido, já as crianças e os adolescentes foram convidados a criar um enredo e um esquete com as memórias provocadas pelos diferentes cheiros. Explicamos que a dinâmica da atividade seria inspirada no Teatro Fórum, do Centro do Teatro do Oprimido (CTO). Essa metodologia estimula a criação de cenas com situações de opressão, que podem ser descritas como situações de discordância e impasse, envolvendo desigualdades de poder entre dois ou mais indivíduos. Tais situações são vistas como passíveis de mudança, a partir de posicionamentos diferenciados dos atores em cena e da 'plateia', que é convidada a atuar no lugar de determinados personagens da trama, especificamente, daqueles que são oprimidos. Em seguida, ofertamos objetos, adereços, roupas e perucas para que eles pudessem criar os cenários e as personagens.

É interessante notar que, sem qualquer direcionamento, os conflitos das três cenas criadas giraram em torno da alimentação. Outro aspecto curioso foi o fato de a caixa de papelão, usada no encontro anterior como caixa-útero, ter sido transformada em fogão nos três esquetes. Nesse processo, uma cena foi bastante emblemática. Na dramatização, um pai autoritário chega em casa alterado de bebida e, aos berros, dirige-se à mulher dizendo: cadê meu almoço, mulé? Já falei que quero comer! O homem se desloca para a cozinha e agride a mulher com empurrões e gritos na frente do filho pequeno. Quando o pai agride a mãe, o filho tenta se meter na briga, em defesa da mãe, porém, leva um safanão do pai, passando a ser alvo das agressões físicas e

verbais do progenitor. Observa-se que, na cena, tal qual montada originalmente a partir do enredo criado pelo grupo, o filho teria de ficar passivo diante das agressões do pai, contudo, na repetição da cena, ocorre uma mudança.

Na cena seguinte, o filho pega a caixa de papelão, que até então figurava como um ‘fogão’ no cenário da cozinha, transformando-a, novamente, na ‘caixa-útero’. Posteriormente, deita a caixa, entra nela e pede para que a personagem da mãe fique de joelhos com a caixa encostada na sua barriga para que o ‘gestasse’. O pai irrompe a sala aos berros com a mulher, o filho sai subitamente da ‘caixa-útero’ e, corporalmente, enfrenta o pai, saindo da passividade que originalmente configurava o seu papel na cena, impedindo o desenrolar de mais violência no cenário doméstico. Fim de cena e da atividade do dia.

Essas cenas e seus enredos trazem uma questão recorrente nos grupos: a raiva e a agressividade (não ditas e não expressas), bem como a linguagem da violência em conflitos familiares, com destaque para aquelas que envolvem a alimentação. Tais temáticas se relacionam com o tema dos limites/regras, autoridade e cuidado familiar com relação às diferentes figuras de cuidado, comumente uma mãe/mulher/tia/avó que tenta manter os cuidados com a alimentação, sendo ela, geralmente, a que acompanha o filho/criança nas consultas de nutrição, e uma figura masculina, pai/avó/tio, que habitualmente burla as regras e oferece alimentos em tese proibidos, pelo valor calórico ou pela qualidade de ultraprocessado.

Observamos que, na medida em que havíamos cumprido o objetivo inicial de integrar a psicologia e a nutrição, a etapa seguinte veio acompanhada por uma demanda, por parte da chefia da nutrição, de renovados objetivos e ‘resultados mais concretos’. Algumas questões que atravessavam essa etapa eram: como provar que a criança ‘melhorou’, para além de impressões mais subjetivas afeitas ao âmbito emocional e ao trato interpessoal? O que explica a falta de adesão ao grupo, a

despeito das dificuldades objetivas de deslocamento da clientela? Estamos atuando a serviço de que corpos? O ‘corpo saudável’/magro, dentro de determinada norma social?

A partir de todas essas considerações e limites das práticas em saúde, muitas delas felizmente não resolvidas e alvo de calorosas discussões na equipe, o projeto, em sua última fase, apostou em alguns resultados anteriores e em premissas de atuação que ‘deram certo’. Uma delas foi a manutenção do brincar no momento de ‘integração’, com a proposta de atividades iniciais conjuntas com crianças e mães, antes de separá-las em grupo distintos. Acessar e despertar o corpo da díade (mãe-filho) com brincadeiras, brinquedos cantados e cirandas/danças circulares foi uma ‘regra’ a ser mantida, já que criava outra disponibilidade corporal para o trabalho, além de uma quebra de gelo nas relações.

Apesar de termos de lidar com esses constrangimentos advindos da lógica hegemônica do campo da saúde, do ponto de vista teórico-metodológico, o projeto manteve suas premissas. Inclusive, a abordagem do corpo foi ainda mais intensificada ao longo do tempo. Criamos uma convivência possível entre essas diferentes forças, não sem tensões. A manutenção de uma visada sensível e poética nunca ficou subsumida a uma educação em saúde ‘bancária’<sup>5</sup>, pretensamente racional e desafetada. Esse era, inclusive, o diferencial do projeto. Entendemos, coletivamente, que há de se aprender a fazer ‘com’: a psicologia com a nutrição, e vice-versa, o qualitativo com o quantitativo, a razão com a emoção, e as especialidades com o saber leigo, tão legítimo quanto o primeiro.

## Discussão do trabalho e as cenas em debate

A partir das cenas protagonizadas e descritas nos resultados, torna-se importante sublinhar que o mais significativo foi dar espaço para a expressividade e para a criatividade diante

dos efeitos do conflito no corpo e na vida. A partir do acolhimento corporal, percebemos que a criança, ao ser 'olhada' por outros olhos e 'abraçada' por outros afetos que acolham a sua diferença, pôde, então, criar um olhar de si por meio das sensações corporais, o que foi fundamental.

Sabemos em Winnicott<sup>20</sup> que é a partir do somático que há uma integração gradual na direção de um *self* organizado. Assim, "abrir os espaços do corpo e reorganizá-lo no movimento é organizar o indivíduo como um todo"<sup>12(569)</sup>.

A questão principal é dar passagem aos afetos, e, mais que isso, 'performar' esse afeto relacionalmente. Compreendendo que:

[...] é pelas experimentações sensíveis, através dos movimentos e da captação dos ritmos particulares, que seriam recuperados os vividos dos estágios primários da existência, possibilitando um corpo mais poroso às afetações do mundo<sup>21(29)</sup>.

Nota-se que a exclusão do indivíduo gordo está diretamente relacionada com o lugar que o corpo passou a ocupar desde a modernidade. Conforme salienta Hélia Borges, "o corpo se tornou o lugar privilegiado das intervenções efetivadas pelo biopoder visando à otimização da vida"<sup>21(36)</sup>.

A autora<sup>21</sup> faz referência direta às obras de Foucault (1985, 1999), que mostrou como, na época clássica, o corpo, individual e coletivo, passou a ser alvo de uma gestão minuciosa, estatal, por intermédio de tecnologias de poder, a disciplina e a biopolítica, com o intuito de implementação de práticas regulatórias de manutenção da vida e preservação da espécie. A dimensão utilitária da criação social de corpos hábeis (dóceis) para o *front* de guerra, o trabalho nas fábricas e o rendimento escolar refletem esse momento histórico, econômico e social, produzindo modelos normativos que, até hoje, produzem corporeidades e subjetividades, incluindo e excluindo, a depender de suas 'qualidades', corpos individuais e coletivos.

A partir do trabalho descrito, ainda podemos refletir: o que seria a melhora da criança? Emagrecer? Comunicar-se melhor nas consultas e expressar seus desejos, dificuldades e insatisfações? Engajar-se ativamente no tratamento nutricional? Além dos 'riscos' orgânicos, presentes ou possíveis com o tempo de convívio com o sobrepeso ou a obesidade, qual é 'o problema' de ser 'gordo/a' na infância e adolescência? Quais são os demais 'riscos' dessa condição de habitar um corpo infantil e dissidente? Essas questões valem do mesmo modo para meninos e meninas? Com o gênero, a cor/raça joga um papel importante na construção dessa perspectiva interseccional do corpo?

Desprovidos de respostas a todas essas questões, o fantasma da normatividade em saúde nos rondava ao mesmo tempo que lutávamos pela não banalização de um problema de saúde pública: a obesidade infantil. Afinal, não estamos em um serviço de saúde voltado à prevenção e ao cuidado do sobrepeso e da obesidade?

O emagrecimento e a 'melhora' psicossocial dele advindo são um horizonte a ser perseguido, um aspecto impossível de ser desconsiderado no projeto. A ideia de poder e ter que 'provar resultados' com o projeto apareceu como uma 'necessidade', sobretudo, porque temos como meta a criação de um centro de referência voltado à obesidade infantil na universidade. Desse modo, como afirmar que o projeto modifica o quadro da obesidade infantil das crianças e dos adolescentes? Em que medida se dá essa modificação? O emagrecimento deve ser visto como o fim último do trabalho?

Tínhamos mais perguntas do que respostas. No entanto, é importante dizer que estar em um serviço de saúde traz como premissa uma 'melhora de saúde', e que 'saúde', comumente, ainda que não exclusivamente, ainda é percebida como ausência de doença, descrita e referida a partir de marcadores biomédicos e laboratoriais.

## Algumas pistas para considerações finais

Durante o trabalho dos grupos, observamos nas crianças e nos adolescentes uma espécie de ‘alienação’ de si mesmas com relação à imagem corporal e à propriocepção, do corpo presente e vivo. As ações do projeto, portanto, foram pensadas como propulsoras dessa consciência corporal, começando-se pela pele, pelo invólucro sensível e estruturante do corpo no mundo. Mantas macias que acolhem a globalidade do ser, luvas táteis que acariciam suas partes, almofadas que afagam os membros em amparo e contorno, na busca por envelopar esses corpos desconectados, desconexos de suas pertencas no mundo.

Trabalhamos, em muitos momentos, com a díade mãe-criança, entendendo o funcionamento complexo dessa ligação psicossomática que, em alguns casos, parece impedir que as crianças se delineiem na sua singularidade (psíquica e somática).

Daniel Stern<sup>22</sup> aponta a importância de os pais/cuidadores inventarem uma vida interior para o seu bebê. Para o autor, essas ‘fantasias’ criadas a partir do passado e do presente dos próprios pais refletem aspirações, temores e desejos profundos. Entretanto, em algum momento da vida da criança, os pais precisarão reconhecer a singularidade do/a filho/a, suas características únicas, rompendo com essas projeções iniciais.

No campo em estudo, observamos que dimensões transgeracionais, psicológicas/traumáticas e sociais parecem jogar um papel fundamental na dificuldade que algumas mães apresentam em conferir espaços de singularização para os/as filhos/as.

Winnicott<sup>23</sup>, em seu texto ‘O Mundo em Pequenas Doses’, destaca o lugar da mãe no processo de constituição das fronteiras corporais e da integração psicossomática do/a filho/a, da entrada da criança no mundo objetivo, intersubjetivo e interior.

[...] fazemos então a pergunta: por que a pessoa normal e sadia tem, simultaneamente, a sensação da realidade do mundo e da realidade do que é imaginativo e pessoal? O que aconteceu para que você e eu ficássemos assim? É uma grande vantagem ser assim, pois desta maneira podemos usar a nossa imaginação para tornar o mundo mais emocionante e usar o mundo real para exercer a nossa capacidade imaginativa. Será que crescemos assim mesmo? Bem, o que quero dizer é que não crescemos assim se, no princípio, cada um de nós não tiver uma mãe capaz de nos apresentar ao mundo em pequenas doses<sup>23(77)</sup>.

Nesse sentido, o brincar é a base para o estabelecimento da relação mãe-filho, sendo instrumento fundamental para: uma práxis corporal adequada; a formação da consciência corporal; o desenvolvimento sensório-motor; a construção espacial; a construção da consciência de si e da consciência social<sup>24</sup>.

O brincar como linguagem preferencial da criança, um elemento de conexão cultural presente em todos os grupos sociais, aparece como um meio de criação de vínculos, como reflete a própria etimologia do termo originário do latim: *vinculum*. No serviço de saúde, o brincar ajuda no reposicionamento de relações hierarquizadas, afinal, todos brincam juntos, profissionais de saúde, estagiários/as, crianças e mães.

Winnicott<sup>18</sup> afirma que o lugar do brincar é a área intermediária da experiência – entre o mundo interno e o externo –, um espaço no qual se dão todas as vivências criativas. Ao longo de sua vida, o indivíduo vai transitando por esse espaço, que o autor denominou de ‘espaço potencial’.

Na área das ciências humanas, diversas publicações sobre o fenômeno lúdico descrevem as funções terapêuticas do brincar, visto que ele possibilita: a expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos; a mediação entre o mundo familiar e situações novas ou ameaçadoras; e a elaboração de experiências desconhecidas ou desagradáveis<sup>25</sup>.

O riso solto, o corpo livre e a descontração assumem o lugar no espaço do serviço de saúde em contraposição à rigidez das práticas de saúde normativas. O brincar e o movimento permitem falar de comida, alimentação e nutrição em diálogo com 'outros' saberes, especializados e leigos. A normatividade do campo da saúde é relativizada, e as noções de 'saúde' e 'doença' passam a ser contextualizadas por sujeitos históricos, sociais e culturais.

Essa perspectiva vai ao encontro da noção de integralidade que alicerça e embasa o SUS, além de constituir um solo comum aos profissionais envolvidos no projeto.

A integralidade da atenção envolve a compreensão da noção de ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial. Completa a integralidade do atendimento, a noção de humanização, recuperando para a produção do conhecimento e configuração da formação, a reconciliação entre o conhecimento científico e as humanidades, entre ciência da saúde e arte da alteridade<sup>26(50)</sup>.

Considerando que o conceito de integralidade abarca desde os aspectos organizacionais, da atenção à saúde em uma rede hierarquizada e complementar, até os elementos humanitários, na compreensão de um indivíduo composto por dimensões subjetivas, culturais, sociais e históricas, o cuidado é pensado de modo particular; diferenciado da assistência médico-curativa, centrada na doença e nas práticas que as legitimam. Assim, falar de cuidado é considerar os 'projetos de felicidade' envolvidos no ato de tratar<sup>27</sup>.

Ao tomarmos os projetos de felicidade como horizonte normativo, temos, como visto, de renovar nossas técnicas de cuidado, ampliando inclusive os saberes que ativamente buscaremos utilizar no cotidiano de nosso trabalho em saúde. [...] Mas vamos especialmente precisar usar a *sabedoria prática*, ou seja, precisaremos fundir horizontes entre nossos saberes técnicos

e os saberes que as pessoas de quem cuidamos acumularam sobre si próprias e seus projetos de felicidade, com a abertura necessária para que, do diálogo entre esses saberes, surjam boas escolhas sobre o quê e como fazer nas diversas situações de cuidado<sup>27(19)</sup>.

Essa compreensão de cuidado alicerçou outro princípio norteador do projeto, o de educação (popular) em saúde. Seguindo a ideologia de Paulo Freire, essa é pautada no diálogo e na troca de saberes entre educador e educando, em que o saber popular é valorizado e o cerne do debate está nos temas vivenciados pela comunidade que levem a mobilização social para uma vida melhor<sup>7</sup>.

No caso do projeto aqui descrito, todos esses saberes antes explicitados apareceram conjugados, em uma atuação interdisciplinar. A educação pela sensível aposta no estímulo sensorial (dos sentidos) para 'tocar' a memória da experiência de cada um<sup>28</sup>.

A arte, com a intencionalidade de abrir espaço para uma vivência cinestésica e tátil, por exemplo, pode ser terapêutica, pois permite a simbolização, o acesso aos conteúdos inconscientes, sem necessariamente traduzi-los em palavras ou material inteligível racionalmente. Tais aspectos podem e devem ser perpassados pela afetividade, pela alegria do encontro, com o outro e no grupo, pelo contato com um espaço que não é o euclidiano e um tempo que não é o cronológico.

Nessa perspectiva, qual é a importância de ampliar os sentidos? Entendidos aqui na sua dupla acepção: de aparelho sensorial, conectivo com o mundo; e de significação cultural/social do ser no mundo. Qual é a importância de perceber, para além do que se entende como ato cognitivo/racional? Qual a relevância de uma ativação plurissensorial, da pele, espaço-existência em que se inscrevem e modulam experiências primordiais, dos primeiros anos de vida, e dos anos que se seguem até o fim da existência? Esse giro do olhar nos é oferecido por Hubert Godard<sup>29</sup> em seu ensaio 'Olhar Cego'. O autor nos fala da importância de sair

do âmbito do ‘olhar neurótico’ e dar lugar às outras perspectivas de nós mesmos, do outro e do mundo.

Percebemos que reconhecer o corpo/pele em que se habita, saber possuir um esqueleto ósseo e um fibroso que estrutura um corpo intercambiável, pois aberto para o mundo<sup>25</sup>, que pode ser cada vez mais receptivo, ágil, permeável e flexivo, é um caminho profícuo para a lida com corpos dissidentes. Seguindo Georges Canguilhem<sup>30</sup>, e o seu célebre conceito de ‘normatividade’, a saúde deixa de ser medida a partir de normas externas preestabelecidas

para ser referida à capacidade do indivíduo de instaurar novas normas ante as demandas do meio. É sempre o indivíduo que deve ser tomado como referência.

## Colaboradora

Cunha CC (0000-0002-2338-6386)\* é responsável pela concepção da obra; aquisição, análise e interpretação de dados; redação e revisão crítica; aprovação final da versão a publicar. ■

---

## Referências

1. Mendes JOH, Bastos RC, Moraes PM. Características psicológicas e relações familiares na obesidade infantil: uma revisão sistemática. *Rev. SBPH*. 2019 [acesso em 2022 set 29]; 22(2):228-247. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582019000300013&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582019000300013&lng=pt).
2. Bortagarai FM, Peruzzolo DL, Ambrós TM. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. *Disturb Comum*. 2015 [acesso em 2022 set 28]; 27(2):392-400. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/20851/16998>.
3. Rabelo RPC. Implantação de um Programa Interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Comun Ciênc Saúde*. 2018 [acesso em 2022 set 28]; 29(1):65-69. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/152>.
4. Organização Mundial de Saúde. *Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra: OMS; 2010.
5. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
6. Ayres JRMC. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde soc*. 2004 [acesso em 2022 abr 19]; 13(3):16-29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLh-H8fmh/abstract/?lang=pt>.
7. Valla VV, Stotz EN. *Participação popular, Educação e Saúde: Teoria e prática*. Rio de Janeiro: RelumeDumará; 1993.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Santa Roza E. Quando brincar é dizer. Rio de Janeiro: Relume Dumará;1993.
9. Barros MML. Família e Gerações. Rio de Janeiro: FGV Editora; 2006.
10. Rotenberg S, Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004 [acesso em 2019 mar 15]; 4(1):85-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/N6QJK6M9SVbYCXqGyTBfbYg/?lang=pt&format=pdf>.
11. Gonçalves DA, Ballester D, Chiaverini DH, et al. Guia prático de matriciamento em saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
12. Resende C. O que pode um corpo? O método Angel Vianna de conscientização do movimento como um instrumento terapêutico. Physis. 2008 [acesso em 2019 mar 15]; 18(3):563-574. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/fPHMqrBntmTMtPx5rFyvLFQ/abstract/?lang=pt>.
13. Fontes I. A descoberta de si mesmo na visão da Psicanálise do sensível. São Paulo: Ideias & Letras; 2017.
14. Oliveira RC. O trabalho do Antropólogo: olhar, ouvir, escrever. Rev. antropol. 1996 [acesso em 2022 set 27]; 39(1):13-37. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/111579>.
15. Siqueira P, Favret-Saada J. "Ser afetado", de Jeanne Favret-Saada. Cad. Campo (São Paulo 1991). 2005 [acesso em 2022 set 27]; 13(13):155-61. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/cadernosdecampo/article/view/50263>.
16. Anzieu D. O Eu-pele. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1988.
17. Ferreira FR, Callado LM. O afeto do toque: os benefícios fisiológicos desencadeados nos recém nascidos. Rev Med SaudeBrasilia. 2013 [acesso em 2022 abr 19]; 2(2):112-119. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/4015/2677>.
18. Winnicott DW. O brincar & a realidade. Rio de Janeiro: Imago; 1975.
19. Fontes I, Roxo M, Soares MCS, et al. Virando gente: a história do nascimento psíquico. São Paulo: Ideias & Letras; 2014.
20. Winnicott DW. Desenvolvimento emocional primitivo. In: Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p. 218-232.
21. Borges HMOC. Sobre o movimento: o corpo e a clínica. [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2009.
22. Stern D. Diário de um bebê. O que seu filho vê, sente e vivencia. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
23. Winnicott DW. O Mundo em Pequenas Doses. In: Winnicott DW. A Criança e o seu Mundo. Rio de Janeiro: Zahar; 1965. p. 76-82.
24. Maturana HR, Verden-Zöller G. Amor y juego: Fundamentos olvidados de lo humano. Santiago: Instituto de Terapia Cognitiva; 1993.
25. Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. Ciênc. Saúde Colet. 2004 [acesso em 2019 mar 11]; 9(1):147-154. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CWNCmqSjFFzL4CfGfTWQcFnK/?lang=pt>.
26. Ceccim R, Feuerwerker L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. Physis. 2004 [acesso em 2019 mar 11]; 14(1):41-65. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>.
27. Ayres JR. Organização das Ações de Atenção em Saúde: modelos e práticas. Saúde soc. 2009 [acesso em 2022 abr 19]; 18(2):11-23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/QZX9gH7KmdDvBpfDBSdR-VFP/abstract/?lang=pt>.
28. Bondia JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev. Bras. Educ. 2002 [acesso em 2019

mar 23]; 1(19):20-28, Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt>.

29. Godard H. Olhar Cego: entrevista com Hubert Godard, por Suely Rolnik. In: Rolnik S. Lygia Clark: da obra ao acontecimento. Nós somos o molde. A você cabe o sopro. São Paulo: Pinacoteca do Estado de São Paulo; 2006. p. 73-79.

30. Canguilhem G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.

---

Recebido em 21/04/2022  
Aprovado em 17/10/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Promoção ao Aleitamento Materno nos Centros de Educação Infantil do município de São Paulo

*Breastfeeding promotion actions at daycare centers in the city of São Paulo*

Lígia Cardoso dos Reis<sup>1</sup>, Kátia Iared Sebastião Romanelli<sup>1</sup>, Giovanna Luisi Serra<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E524

**RESUMO** Este estudo objetivou descrever as etapas de planejamento, implementação e monitoramento das ações de promoção ao Aleitamento Materno (AM) nos Centros de Educação Infantil (CEI) da Rede Municipal de Ensino de São Paulo. Foram estruturadas quatro frentes de trabalho: elaboração de materiais orientativos; realização de formações; estruturação de campanha de comunicação; e monitoramento. Além de vídeos de publicização, foi produzido informativo para as equipes educacionais com orientações para a manutenção do AM após a matrícula da criança. As formações anuais visaram subsidiar ações pedagógicas e atingiram todos os territórios educacionais do município. A campanha CEI Amigo do Peito definiu critérios para reconhecer os CEI comprometidos com o AM. O número de CEI Amigos do Peito passou de 93 em 2018 para 875 em 2022. Foi enviado formulário eletrônico para todos os CEI do município para avaliação de indicadores: interesse de familiares em manter o AM; ambiente disponível para amamentação; realização de projetos; presença de mães amamentando; e entrega de leite materno. A adesão dos respondentes variou de 40,8% a 50,9%. Os resultados mostraram a urgência da responsabilidade compartilhada entre setores governamentais para promover o AM.

**PALAVRAS-CHAVE** Aleitamento materno. Alimentação escolar. Assistência integral à saúde.

**ABSTRACT** *This study describes the planning, implementation, and monitoring of actions to promote Breastfeeding (BF) in the Municipal Education System of the city of São Paulo. We established a set of four actions: elaboration of instructional material, training of daycare centers employees, development of a communication campaign, and monitoring. Instructional material was elaborated to guide the maintenance of BF after the child's enrollment and videos were produced to disseminate the information. Annual training in all territories of the city was provided to guide pedagogical interventions. The campaign, called CEI Amigo do Peito, established criteria to recognize daycare centers committed to BF promotion. The number of daycare centers committed to BF went from 93 (2018) to 875 (2022). Electronic form was sent to all daycare centers to evaluate the following indicators: interest of family members in maintaining BF, room available for breastfeeding, development of projects, presence of mothers breastfeeding, and delivery of breast milk. Respondents' adherence ranged from 40.8% to 50.9%. The results show the urgency of shared responsibility among government sectors to promote BF.*

**KEYWORDS** *Breast feeding. School feeding. Comprehensive health care.*

<sup>1</sup>Secretaria Municipal de Educação (SME) – São Paulo (SP), Brasil.  
ligiacreis@hotmail.com



## Introdução

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) é considerado, pela Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO/ONU), uma política pública estruturante da agenda brasileira de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)<sup>1</sup>. Sua cobertura universal na rede pública de educação básica, seu escopo de atuação e sua concepção assumida como direito social<sup>2</sup> potencializam a contribuição do PNAE com a exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA)<sup>3</sup>. Esse direito está relacionado com quase todos os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, desafiando os gestores de políticas públicas no alcance de metas da Agenda 2030.

Nesse sentido, o PNAE estabelece como objetivos centrais da sua execução a formação de práticas alimentares saudáveis dos alunos e a contribuição para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial<sup>2</sup>. Quando a Resolução nº 6 foi publicada em 8 de maio de 2020<sup>2</sup>, não foi explicitada a promoção do Aleitamento Materno (AM) como meio de garantia de acesso à alimentação saudável em âmbito escolar. No entanto, o Ministério da Saúde reconhece como direitos garantidos pela sociedade o de a mãe amamentar e o de a criança continuar recebendo o leite materno mesmo com o ingresso nas creches públicas<sup>4,5</sup>. Em 2022, por meio da Nota Técnica nº 3049124, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE) apresentou orientações sobre AM e alimentação complementar no contexto do PNAE.

Inquéritos nacionais têm reportado o panorama da prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) entre menores de 6 meses no País, passando de 2,9% em 1986 para 37,1% em 2006, e alcançando estabilidade em 2013 com 36,6% dos bebês sendo exclusivamente amamentados. Em contrapartida, a prevalência da amamentação continuada até o segundo ano de vida aumentou entre 2006 (23,3%) e 2013 (31,8%)<sup>6</sup>. Resultados preliminares do

Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (Enani-2019) indicaram que menos da metade (45,8%) das crianças menores de 6 meses foram exclusivamente amamentadas, com duração mediana de 3,0 meses para AME e 15,9 meses para AM<sup>7</sup>.

O AM é importante determinante da posterior introdução alimentar, com evidências demonstrando que crianças exclusivamente amamentadas por menos de seis meses apresentaram maior risco de introdução de alimentos ultraprocessados no primeiro ano de vida<sup>8</sup>. Há evidências convincentes dos benefícios do AM para os lactentes, as lactantes e a sociedade, gerando impactos na saúde, na economia e no ambiente que justificam investimentos em políticas públicas de promoção, proteção e apoio a essa prática<sup>9</sup>.

Para Rollins et al.<sup>9</sup>, as intervenções para promoção da amamentação devem remover as barreiras estruturais e sociais que interfiram na capacidade de a mulher amamentar. Segundo esses autores, as práticas de amamentação são altamente responsivas a intervenções combinadas em sistemas de saúde e na comunidade, podendo aumentar a prática do AME em 2,5 vezes. A análise dos determinantes do AME no Brasil indica a necessidade de investimentos em políticas públicas e programas voltados à criação de ambientes favoráveis e infraestrutura que apoiem as mulheres a amamentar<sup>10</sup>.

Considerando que o ingresso da mulher no mercado de trabalho tem favorecido o desmame precoce<sup>11-13</sup> e que as famílias tendem a iniciar o desmame como preparo para a matrícula dos bebês nas creches<sup>11,12,14</sup>, esses equipamentos tornaram-se fundamentais na condução de ações de promoção, proteção e apoio ao AM<sup>4,5,11,15</sup>. Pedraza e Santos<sup>16</sup> observaram que frequentar a creche esteve associado à interrupção do AM e destacaram que as creches devem possuir estrutura adequada para o acolhimento de crianças em AM, com condições apropriadas para a estocagem de leite materno, funcionários treinados e gestores com atitude proativa de estímulo e apoio

a essa prática. Apesar dessas evidências, a escassez de políticas e práticas de apoio ao AM em creches já foi reportada pela literatura<sup>17</sup>. Adicionalmente, dados sobre o efeito das políticas públicas de promoção ao AM são raramente reportados em estudos<sup>9</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo objetiva descrever as etapas de planejamento, implementação e monitoramento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM em Centros de Educação Infantil (CEI) da Rede Municipal de Ensino de São Paulo (RME-SP).

## Material e métodos

Este estudo consiste em relato de experiência para descrever o percurso desde o contexto de planejamento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM, incluindo os fatores motivadores da sua execução, até os resultados obtidos mediante levantamento realizado com os CEI (unidades educacionais que atendem bebês e crianças de zero a 3 anos e 11 meses) da RME-SP.

Na cidade de São Paulo, a Secretaria Municipal de Educação (SME) possui quatro tipos de equipamentos para atender crianças de zero a 3 anos e 11 meses: os CEI; os Centros Municipais de Educação Infantil (Cemei); os Centros de Convivência Infantil (CCI); e os Centros de Educação Infantil Indígena (Ceii). Uma vez que os CEI são as unidades majoritárias (99%) na RME-SP, serão generalizados como CEI neste manuscrito todas as unidades educacionais com crianças até 3 anos e 11 meses.

## Contextualização

O município de São Paulo apresenta uma população estimada em 12.396.372<sup>18</sup>, sendo o município mais populoso do Brasil. Diante da sua extensão territorial, a coordenação da política educacional é feita por 13 Diretorias Regionais de Educação (DRE) com vistas a implementar as diretrizes, programas e os

projetos da SME. Cada DRE apresenta uma área de abrangência e possui em seu organograma equipes de trabalho que apoiam e acompanham as unidades educacionais em cada região no município de São Paulo<sup>19</sup>.

O Programa de Alimentação Escolar na cidade de São Paulo, gerenciado pela Coordenadoria de Alimentação Escolar (SME/Codae) nas 13 DRE, é considerado uma política social que visa atender ao DHAA de todos os bebês, crianças e jovens matriculados na educação básica da rede pública<sup>20</sup>. Dados obtidos em 2022 indicam que havia mais de 337 mil crianças de zero a 3 anos e 11 meses matriculadas na RME-SP. A promoção do AM é reconhecida como um compromisso do município de São Paulo com o atendimento integral às crianças, pautada no Currículo da Cidade – Educação Infantil<sup>21</sup> e no Plano Municipal pela Primeira Infância<sup>22</sup>.

A garantia da proteção à continuidade da amamentação dos matriculados na RME-SP foi conquistada a partir da estruturação de uma série de ações que serão descritas em ordem cronológica neste manuscrito. Em 2014, foi realizado pela SME/Codae o primeiro levantamento de informações sobre a realização de ações de promoção ao AM nos CEI. Nesse ano, já se observava nas visitas técnicas realizadas pelos nutricionistas da SME/Codae que a maioria dos bebês matriculados nos CEI recebia a fórmula láctea infantil ao invés do leite materno, mesmo quando amamentados.

Em formação para manipuladores de alimentos sobre alimentação no primeiro ano de vida, 510 CEI (31,2% dos existentes na RME-SP em 2014) preencheram formulário com perguntas fechadas e abertas sobre o panorama de crianças em AM e estratégias implementadas pelas equipes. Foi reportado por 24% dos CEI que havia pelo menos uma mãe interessada em manter a amamentação. Do total de CEI respondentes que afirmaram não possuir mães interessadas em manter o AM (74%), a grande maioria (80%) não estava desenvolvendo ações ou projetos de incentivo ao AM (*“Não há um projeto, mas há espaço para as mães amamentarem seus bebês,*

*além do estímulo ao ato*”). Esse levantamento com os gestores dos CEI identificou, ainda, que o desmame era entendido pelas famílias como uma premissa para o ingresso dos bebês em um CEI (“*Muitas mães estão preocupadas em trabalhar e quando sai a vaga no CEI, a criança já faz o uso do leite em pó*”). Também foi observado o despreparo das equipes dos CEI para incentivar a manutenção do AM com a matrícula da criança (“*Não temos espaço físico para implantação do cantinho da amamentação*”; “*Bebê que amamenta apresenta dificuldade na introdução de outros alimentos. Muitos, no começo, permanecem em jejum e precisam sair mais cedo*”).

Mediante esse contexto, o quadro técnico de nutricionistas da SME/Codae iniciou um processo de planejamento e proposição de ações para promoção do AM nos CEI da cidade de São Paulo. Em 2016, foi constituído um grupo de trabalho em AM para discutir, propor, implementar e avaliar ações de promoção, proteção e apoio ao AM na RME-SP<sup>20</sup>. Esse grupo de trabalho vem desenvolvendo de forma contínua ações em quatro principais frentes de trabalho, que serão apresentadas a seguir.

### **Elaboração de materiais orientativos**

O grupo de trabalho em AM da SME/Codae passou a estudar e discutir orientações para incorporar a promoção ao AM nas práticas dos CEI. Foram realizadas buscas bibliográficas e consultas a especialistas para a adaptação de orientações aplicadas à Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) para o contexto de trabalho das equipes educacionais.

### **Realização de formações**

Diversas estratégias formativas foram planejadas, como espaços de reflexão para as

equipes educacionais. Esses encontros objetivaram desde abordar a importância do AM até orientar o manuseio do leite materno pelos manipuladores de alimentos. As formações foram planejadas como encontros regionais nas 13 DRE e como eventos no formato de seminários.

### **Estruturação de uma campanha de promoção, proteção e apoio ao AM**

A partir de 2017, o grupo de trabalho em AM da SME/Codae vislumbrou a criação de uma grande estratégia de comunicação que mobilizasse e envolvesse toda a comunidade educacional. Foram realizadas sucessivas reuniões de *brainstorming*, com a colaboração de outras equipes da SME (Assessoria de Comunicação Social e Coordenadoria Pedagógica/Divisão de Educação Infantil). Foi então concebida uma campanha com caráter educativo e de comunicação, calcada na entrega do selo CEI Amigo do Peito para CEI comprometidos com promoção, proteção e apoio ao AM.

Na concepção da campanha, compreendeu-se que as ações deveriam ser planejadas de forma a incentivar os CEI do município a organizar e a estruturar seus projetos político-pedagógicos. Dessa forma, a campanha foi idealizada para que os CEI atuem como equipamentos públicos de divulgação das ações de promoção, proteção e apoio ao AM, despertando na comunidade educacional o interesse nessa prática e o reconhecimento desse direito.

Foram selecionados pela SME/Codae indicadores agrupados em três eixos de ações (família, equipe e ambiente) para definir um CEI como Amigo do Peito. Os eixos estão organizados separadamente, mas são articulados entre si (*quadro 1*).

Quadro 1. Critérios estabelecidos para a campanha CEI Amigo do Peito, organizados em eixos de ações

Eixos de ações	Ações necessárias para o recebimento do selo CEI Amigo do Peito
Família	Incentivo e acolhimento às famílias de bebês e crianças em aleitamento materno no ato da matrícula e em outros momentos para a manutenção dessa prática; Fornecimento de orientações sobre como manter essa prática, seja com a presença da mãe no CEI para amamentar, seja com a oferta do leite materno extraído.
Equipe	Orientação e envolvimento de toda a equipe do CEI no apoio ao aleitamento materno com ações de formação.
Ambiente	Organização dos ambientes, momentos e materiais de forma a favorecer/viabilizar o aleitamento materno no CEI.

Fonte: SME<sup>20</sup>.

Nota: CEI – Centros de Educação Infantil – são equipamentos gerenciados pela SME de São Paulo para atender crianças de zero a 3 anos e 11 meses.

Em 2018, foi realizada ampla divulgação do lançamento da campanha CEI Amigo do Peito com o desenvolvimento de um *site*. Nessa primeira edição e nas seguintes, ocorreu envio de comunicações por *e-mail* pela SME/Codae, publicações em redes sociais e disseminação de vídeos. Os CEI interessados em conquistar o selo CEI Amigo do Peito foram convidados a preencher formulário eletrônico disponibilizado no *site* da campanha. Nesse formulário, foi relacionada uma série de ações para o respondente (representante da equipe gestora, como diretor, assistente de direção ou coordenador pedagógico) analisar e assinalar quais estão sendo desenvolvidas pelo CEI. Após avaliação do grupo de trabalho, os CEI que realizam, no mínimo, 50% das ações em cada um dos três eixos da campanha (família, equipe e ambiente) foram contemplados com o selo CEI Amigo do Peito – o qual possui renovação anual, portanto, os CEI contemplados em edições anteriores devem dar continuidade às suas ações e se inscrever novamente.

### Avaliação das ações de promoção, proteção e apoio ao AM

Foi estruturado um monitoramento de indicadores para acompanhar a evolução das

ações de promoção ao AM. Todos os CEI da RME-SP foram convidados a preencher um formulário on-line em 2017 – e, anualmente, a partir de 2019 –, a fim de avaliar os seguintes indicadores:

- Interesse de familiares em manter o AM: CEI reportando que ao menos uma mãe no CEI, no ato da matrícula, demonstrou preocupação ou desejo em manter o AM;
- Ambiente disponível para amamentação: CEI relatando possuir espaço/ambiente para as mães amamentarem;
- Realização de ação/projeto de incentivo ao AM: CEI reportando desenvolvimento de alguma ação ou projeto de incentivo à manutenção do AM;
- Presença de mães amamentando: CEI relatando a presença de pelo menos uma mãe amamentando em seus espaços;
- Entrega de leite materno para oferta: CEI relatando a presença de pelo menos um familiar entregando leite materno para oferta no CEI.

## Resultados das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na RME-SP

### Elaboração e publicização de materiais orientativos

Foi produzido um informativo para as equipes educacionais dos CEI com orientações sobre a importância do leite materno como alimento essencial na primeira infância e das ações de promoção e apoio ao AM, apresentando duas opções para a manutenção da amamentação após matrícula da criança no CEI: presença da mãe para amamentar e/ou entrega do leite materno extraído pela mãe para ser ofertado no CEI. Ao longo dos últimos anos, esse material orientativo já foi revisado e atualizado em dois momentos, inclusive para o período da pandemia da Covid-19, sendo disponibilizado no *site* da SME/Codae e enviado por *e-mail* para todos os CEI.

Para publicizar as orientações do material informativo, foram produzidos vídeos com depoimentos de profissionais e famílias, vivências dos CEI e tutorial de manuseio do leite materno para oferta no CEI<sup>23-25</sup>.

### Formações sobre Aleitamento Materno

Desde 2014, a SME/Codae tem realizado anualmente formações sobre AM com equipes gestoras (direção e coordenação pedagógica), manipuladores de alimentos, nutricionistas de empresas terceirizadas, equipes de apoio que atuam nos CEI e demais funcionários da SME. Esses encontros, mediados pelas nutricionistas da SME/Codae, buscam ampliar a compreensão dos CEI sobre a temática para

subsidiar ações pedagógicas, conforme estabelece o Currículo da Cidade<sup>21</sup>. Além das ações formativas regionais, nos 13 territórios da cidade de São Paulo, também foram realizadas 3 edições do seminário ‘Somos Amigos do Peito’ (2017 a 2019). A partir de 2020, as formações com essa temática passaram a ser realizadas remotamente.

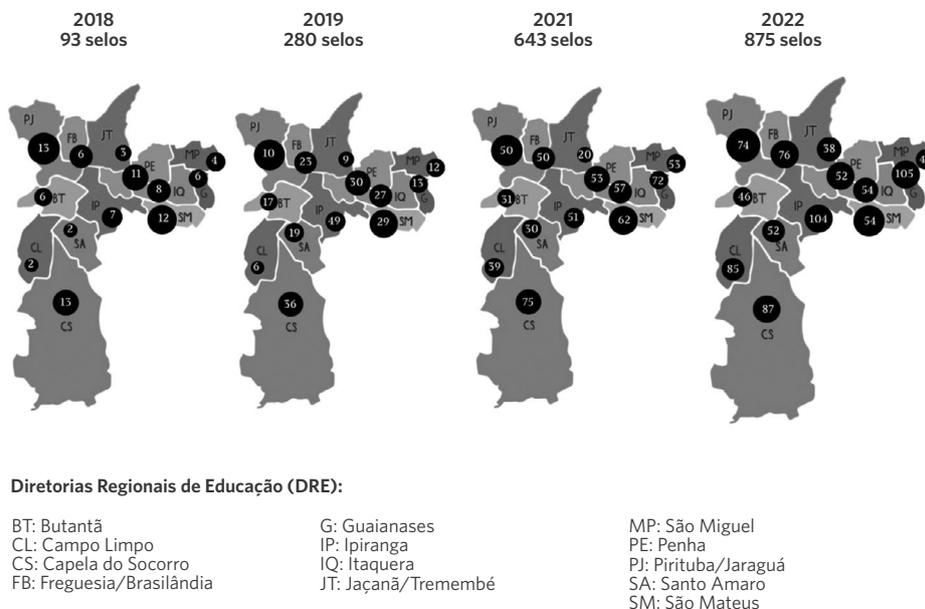
### Distribuição dos selos para os CEI Amigos do Peito

A campanha CEI Amigo do Peito foi lançada oficialmente em 2018 como a estruturação das ações de promoção ao AM planejadas pela SME/Codae, viabilizando maior publicização e alcance nos territórios do município.

Em sua primeira edição (2018), foram registradas 112 inscrições para o selo CEI Amigo do Peito, sendo 93 CEI contemplados (*figura 1*). Em 2019, o número de CEI interessados em conquistar o selo passou para 303, com 280 selos distribuídos (*figura 1*). Os selos nessas edições foram entregues pela SME/Codae para representantes dos CEI em solenidades oficiais.

Excepcionalmente em 2020, considerando a situação da pandemia que impôs novos desafios às comunidades educacionais e a necessidade de adaptação ao enfrentamento da Covid-19, não foi realizada a entrega dos selos da campanha. Com o retorno gradual das atividades presenciais, foi retomada a divulgação da campanha CEI Amigo do Peito em 2021. No entanto, optou-se pela entrega virtual dos selos em evento remoto organizado pela SME/Codae. Cada CEI contemplado recebeu por *e-mail* o selo CEI Amigo do Peito – 2021. Houve recorde no número de inscrições recebidas (716) e de CEI que atenderam aos critérios e receberam o selo (643) (*figura 1*). Em 2022, 875 CEI dos 925 inscritos receberam o selo CEI Amigo do Peito (*figura 1*).

Figura 1. Evolução do número de selos CEI Amigo do Peito entregues entre os anos de 2018 e 2022, por Diretoria Regional de Educação do município de São Paulo



Fonte: elaboração própria.

Nota: em 2020, não foi realizada a entrega do selo CEI Amigo do Peito (auge da pandemia da Covid-19).

## Resultados do monitoramento das ações de promoção, proteção e apoio ao AM

A *tabela 1* apresenta os dados obtidos com o formulário eletrônico enviado para todos os CEI da RME-SP a fim de acompanhar a evolução dos indicadores de monitoramento das ações.

Tabela 1. Evolução dos indicadores de monitoramento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno na Rede Municipal de Ensino de São Paulo

Indicadores de monitoramento	2017		2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total de CEI <sup>1</sup> respondentes	854 <sup>2</sup>	100	1.184 <sup>3</sup>	100	1.043 <sup>4</sup>	100	1.300 <sup>5</sup>	100	1.324 <sup>6</sup>	100
CEI reportando que ao menos uma mãe manifestou preocupação ou desejo em manter o aleitamento materno no ato da matrícula	317	37,1	431	36,4	542	52,0	417	32,1	834	63,0
CEI relatando possuir espaço/ambiente para as mães amamentarem	496	58,1	774	65,4	793	76,0	936	72,0	1.080	81,6
CEI reportando desenvolvimento de alguma ação ou projeto de incentivo à manutenção do aleitamento materno	297	34,8	525	44,3	632	60,6	615	47,3	833	62,9

Tabela 1. (cont.)

Indicadores de monitoramento	2017		2019		2020		2021		2022	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CEI relatando presença de pelo menos uma mãe amamentando na escola *	-	-	495	41,8	599	57,4	287	22,1	838	63,3
CEI relatando presença de pelo menos um familiar entregando leite materno para oferta na escola	72	8,4	158	13,3	211	20,2	95	7,3	420	31,7

Fonte: elaboração própria.

1= CEI - Centros de Educação Infantil são equipamentos gerenciados pela SME de São Paulo para atender crianças de zero a 3 anos e 11 meses.

2= 40,8% dos 2.094 CEI existentes na RME-SP em 2017. Nesse ano, a campanha CEI Amigo do Peito ainda não havia sido lançada pela SME de São Paulo.

3= 49,6% dos 2.386 CEI existentes na RME-SP em 2019. Primeiro ano transcorrido após a primeira entrega dos selos da campanha CEI Amigo do Peito (em 2018).

4= 42,0% dos 2.481 CEI existentes na RME-SP em 2020. Segundo ano transcorrido após a primeira entrega dos selos da campanha CEI Amigo do Peito (em 2018).

5= 50,5% dos 2.572 CEI existentes na RME-SP em 2021. Terceiro ano transcorrido após a primeira entrega dos selos da campanha CEI Amigo do Peito (em 2018).

6= 50,9% dos 2.600 CEI existentes na RME-SP em 2022. Quarto ano transcorrido após a primeira entrega dos selos da campanha CEI Amigo do Peito (em 2018).

\*dado não coletado em 2017, porém incorporado a partir de 2019 entre os indicadores selecionados.

A análise da *tabela 1* permite constatar que a adesão dos CEI da RME-SP ao formulário eletrônico variou de 40,8% a 50,9%. A primeira entrega dos selos da campanha CEI Amigo do Peito aconteceu em 2018, e o primeiro monitoramento, um ano após essa ação, em 2019. Cabe destacar que o monitoramento de 2020 foi realizado imediatamente antes do anúncio da quarentena no município de São Paulo como medida para o enfrentamento da pandemia da Covid-19.

## Discussão

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) apresenta como objetivo central a promoção e a proteção da saúde da criança e do AM, mediante atenção e cuidados integrais na gestação e na primeira infância. A PNAISC reconhece o AM como um direito da criança capaz de reduzir a morbimortalidade infantil, proporcionar nutrição de alta qualidade, contribuir para seu crescimento e desenvolvimento, além de impactar positivamente na saúde da mulher,

proporcionando benefícios econômicos para a família e a nação<sup>26</sup>. A associação entre duração do AM e benefícios para inteligência, escolaridade e renda na vida adulta foi identificada na população brasileira em estudo inédito<sup>27</sup> que consagrou essa prática como capaz de gerar impactos socioeconômicos para uma nação.

O Brasil consolidou as ações de promoção, proteção e apoio ao AM, com ampla engrenagem de estratégias conduzidas por unidades hospitalares e pela APS. Essas políticas públicas no País, historicamente, têm atuado sob a ótica da promoção, da proteção e do apoio à mulher<sup>26</sup>. No entanto, os direitos estabelecidos por lei para as mães trabalhadoras são garantidos somente àquelas com contratos formais de trabalho<sup>28</sup>. O retorno ao trabalho tem sido reportado como importante barreira para a manutenção do AM, indicando a urgência de políticas públicas que atendam à realidade das mães trabalhadoras brasileiras<sup>13</sup>. Fato comprovatório dessa associação é a redução da prevalência de AME de 60% para 45% quando comparamos os bebês menores de 4 meses de idade (duração da licença maternidade no País) com os menores de 6 meses de idade<sup>7</sup>.

Boccolini et al.<sup>6</sup> alertaram em seu estudo para a necessidade de intensificação das ações que envolvam os diversos setores da sociedade. Nesse sentido, a creche passou a ser reconhecida pelo Ministério da Saúde como um espaço de produção de saúde, comportamento e habilidades para a vida, mas também de promoção do cuidado, crescimento e desenvolvimento infantil. Nessa perspectiva, a matrícula da criança na creche deve viabilizar a continuidade do AM, sendo primordial a articulação intersectorial e transdisciplinar entre saúde, educação e assistência social<sup>4</sup>.

A presente pesquisa apresenta dados do monitoramento de ações de promoção, proteção e apoio ao AM lideradas pelo setor educação. Pelo nosso conhecimento, trata-se de estudo inédito que contribui com a discussão de estratégias para as creches atuarem como equipamentos de educação em saúde e de garantia ao DHAA.

A SME/Codae tem estruturado, desde 2016, um conjunto de estratégias de promoção, proteção e apoio ao AM na RME-SP, contribuindo para o compromisso assumido pelo município com a atenção integral à saúde da criança<sup>20,21</sup>. A partir do levantamento de informações com gestores dos CEI, foi possível estruturar as frentes de trabalho das equipes de nutricionistas da SME/Codae com vistas a apoiar tecnicamente as unidades educacionais em seus projetos político-pedagógicos. O percurso percorrido no município para implementar essas ações, lideradas pela educação, destacou a necessidade de ampliação da comunicação com a sociedade civil. Dessa forma, a estruturação das ações no formato de uma campanha (CEI Amigo do Peito) vislumbrou aumentar a demanda da sociedade pela manutenção do AM com a matrícula dos lactentes, bem como fornecer subsídios para os CEI se estruturarem para atendê-los.

Desde o lançamento da entrega dos selos da campanha CEI Amigo do Peito, o número de CEI da RME-SP que se apresentaram como promotores e apoiadores do AM passou de 93 para 875. A análise dos indicadores monitorados entre 2017 e 2022 demonstra um

cenário mais favorável nessa direção em relação aos CEI reportando interesse das mães em amamentar, possuir espaço para AM, desenvolvimento de projetos, presença da mãe amamentando no local e recebimento de leite materno.

Vale ressaltar que o monitoramento de 2020 foi realizado pouco antes do anúncio das medidas de enfrentamento da pandemia da Covid-19 no município (Decreto nº 59.283, de 16 de março de 2020) e do fechamento das unidades educacionais. Por sua vez, em 2021, o monitoramento foi realizado no momento em que o atendimento estava limitado a 35% dos matriculados (Decreto nº 60.058, de 27 de janeiro de 2021), podendo sugerir que a pandemia trouxe novos desafios aos CEI e à sociedade civil. Esses desafios podem ter impactado no número de lactentes frequentando os CEI, reduzindo a demanda das famílias, e na preocupação dos gestores com o cumprimento dos protocolos sanitários.

O panorama de indicadores avaliados entre 2017 e 2022 reforça que a campanha foi concebida para auxiliar os CEI a se estruturarem para atender às famílias das crianças em AM, incluindo a identificação de ambientes já existentes que possam ser utilizados para a amamentação. Essa informação foi divulgada pela SME/Codae no vídeo de lançamento da campanha CEI Amigo do Peito<sup>23</sup> para mudar os paradigmas de incentivo ao AM na RME-SP, muito atrelado antes da campanha à necessidade de sala específica e segregada para a prática.

Da mesma forma, a análise da proporção de CEI afirmando desenvolver alguma ação ou projeto de incentivo ao AM entre 2017 e 2022 sugere o reconhecimento dessas unidades educacionais como equipamentos de promoção da saúde – objetivo central das ações planejadas. Os dados obtidos sobre a condução de projetos entre 2020 e 2021 sugerem que os CEI podem ter priorizado outras ações em seus projetos políticos-pedagógicos diante do cenário epidemiológico, atuando como polos de assistência social com a distribuição de cestas básicas e cartões da alimentação escolar para

a comunidade educacional. Bicalho e Lima<sup>29</sup> ressaltaram que as políticas públicas precisaram ser reorganizadas durante a pandemia, com necessidade de adaptações na forma de operacionalização do PNAE.

A análise da proporção de CEI com pelo menos uma mãe amamentando em seus ambientes entre 2020 e 2021 pode indicar o efeito da pandemia na frequência dos lactentes, com o receio dos familiares em expor as crianças, e pela prioridade de atendimento daquelas com maior idade (Instrução Normativa SME nº 01, de 28 de janeiro de 2021). Sobre a outra via de manutenção do AM no CEI, os materiais informativos da SME/Codae<sup>24,30</sup> orientam a entrega do leite materno congelado, armazenado em recipiente próprio e devidamente identificado, para descongelamento e oferta no CEI. Essas orientações estão alinhadas à Nota Técnica nº 3049124, publicada pelo FNDE.

A análise da prevalência dos CEI reportando recebimento de leite materno ao longo do período avaliado sugere os desafios da SME/Codae em divulgar e instrumentalizar a RME-SP para reconhecer essa via como uma forma de manutenção do AM diante do ingresso da mulher no mercado de trabalho, que pode impossibilitar a presença da mãe para amamentar no CEI. Lima e Maymone<sup>28</sup> afirmam que muitas mulheres são incapazes de se adaptar à tripla jornada (mãe, dona de casa e assalariada), acarretando a interrupção do AM; e que esses obstáculos tendem a ser maiores para aquelas com baixa escolaridade e poder aquisitivo. A proporção de CEI reportando o recebimento de leite materno sugere, portanto, o desafio da maior articulação entre educação e saúde para que essas mulheres sejam devidamente orientadas quanto à extração do leite materno como meio de manutenção dessa prática mesmo com o seu distanciamento físico.

As creches e os berçários são sabidamente equipamentos de apoio às mães trabalhadoras, devendo facilitar a continuidade da amamentação<sup>31</sup>. Embora o principal dispositivo legal do PNAE<sup>2</sup> não dê destaque ao AM como premissa para a promoção da

alimentação adequada e saudável em âmbito escolar, o município de São Paulo concebeu a campanha CEI Amigo do Peito como o compromisso assumido pelo setor educação com o desenvolvimento sustentável e o alcance dos ODS. O papel do poder público na condução de políticas e ações de garantia ao DHAA é reconhecido pela Constituição Federal e pela Lei Federal nº 11.346/2006. A Lei nº 11.265/2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, reconhece a educação como órgão público que deve participar da divulgação de informações sobre alimentação infantil.

Sendo assim, embora este estudo apresente como limitações seu caráter descritivo com dados de monitoramento reportados pelos CEI interessados em responder ao formulário eletrônico, ele pode contribuir com a estruturação e a proposição de ações para gestores de outros municípios fortalecerem ambientes mais favoráveis à amamentação no Brasil. Após o lançamento da campanha, a SME/Codae passou a ser contatada por outros municípios para compartilhar a experiência, sendo premiada em 1º lugar na categoria políticas públicas no ‘Premia Sampa 2020’ e em 3º lugar na ‘Chamada Pública de Seleção, Premiação e Disseminação de Boas Práticas de Promoção e Proteção de Direitos da Primeira Infância’. Por fim, cabe ressaltar que as ações aqui apresentadas destacam as responsabilidades do setor educação no cuidado integral à saúde da criança e na garantia do DHAA.

## Considerações finais

Este estudo apresenta o percurso de planejamento, implementação e avaliação das ações de promoção, proteção e apoio ao AM em âmbito escolar, de modo transversal ao Programa de Alimentação Escolar, em um município de grande porte. Os indicadores avaliados traçam um panorama da prevalência dos CEI

reportando mães interessadas em manter o AM após a matrícula da criança, relatando possuir espaço para essa prática e mães amamentando em seus ambientes, com projetos de incentivo ao AM e recebendo leite materno entregue pelas famílias. O advento da pandemia trouxe novos desafios para esses equipamentos. Assim, a mobilização dos CEI com a promoção do AM destaca a urgência da responsabilidade compartilhada entre setores governamentais na condução dessa política pública.

## Colaboradoras

Reis LC (0000-0001-9708-2230)\* contribuiu para concepção do estudo, análise e interpretação dos resultados, redação e aprovação final do manuscrito. Romanelli KIS (0000-0002-1653-5056)\* e Serra GL (0000-0001-5752-8429)\* contribuíram para coleta dos dados, análise e interpretação dos resultados, redação e aprovação final do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Brasil. Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. Ministério do Desenvolvimento Social. Década de ação em nutrição: compromissos do Brasil. Brasília, DF: MDS; 2018.
2. Brasil. Ministério da Educação. Resolução nº 6, de 8 de maio de 2020. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar aos alunos da educação básica no âmbito do Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE. Diário Oficial da União. 12 Maio 2020.
3. Reis LC, Jaime PC. Políticas de alimentação como estratégia de segurança alimentar e nutricional (SAN) e de direito humano à alimentação adequada (DHAA). In: Schwartzman F, Nogueira RM, organizadores. Alimentação escolar como estratégia para o desenvolvimento sustentável. São Paulo: Memnon; 2021. p. 13-27.
4. Brasil. Ministério da Saúde; Universidade Estadual do Rio de Janeiro. A creche como promotora da amamentação e da alimentação adequada e saudável: livreto para gestores. Brasília, DF: MS; Rio de Janeiro: UERJ; 2018.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, DF: MS; 2019.
6. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, et al. Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. Rev. Saúde Pública. 2017 [acesso em 2022 out 11]; 51:108-120. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jjBjBwy3Rm6sJfZBfNgRQqD/?lang=en>.
7. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aleitamento materno: prevalência e práticas entre crianças brasileiras menores de 2 anos. Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019). Rio de Janeiro: UFRJ; 2021.
8. Porto JP, Bezerra VM, Netto MP, et al. Aleitamento materno exclusivo e introdução de alimentos ultraprocessados no primeiro ano de vida: estudo de coorte no sudoeste da Bahia, 2018. Epidemiol. Serv. Saude. 2021 [acesso em 2022 out 11]; 30(2):e2020614. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1679-49742021000200013&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742021000200013&lng=pt&nrm=iso).

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

9. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016 [acesso em 2022 out 11]; 387(10017):491-504. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01044-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01044-2/fulltext).
10. Melo DS, Oliveira MH, Pereira DS. Progressos do Brasil na proteção, promoção e apoio do aleitamento sob a perspectiva do Global Breastfeeding Collective. *Rev. Paul. Pediatr.* 2021 [acesso em 2022 out 11]; 39:e2019296. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/yyBMQgsjQYVS4RGYfPjH3xK/?format=pdf&lang=pt>.
11. Zapana PM, Oliveira MN, Taddei JAAC. Factores que determinan la lactancia materna en niños matriculados en Jardines Infantiles públicas y filantrópicas en São Paulo, Brazil. *Arch. Latinoam. Nutr.* 2010; 60(4):360-367.
12. Souza MHN, Sodré VRD, Silva FNF. Prevalência e fatores associados à prática da amamentação de crianças que frequentam uma creche comunitária. *Ciênc. Enferm.* 2015 [acesso em 2022 out 11]; 21(1):55-67. Disponível em: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0717-95532015000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532015000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=pt).
13. Amaral SA, Bielemann RM, Del-Ponte B, et al. Intenção de amamentar, duração do aleitamento materno e motivos para o desmame: um estudo de coorte, Pelotas, RS, 2014. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2019 [acesso em 2022 out 11]; 29(1):e2019219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/BGdhDp36gfNgcxrcwWs8rw/?lang=pt>.
14. Spinelli MGN, Sesoko EH, Souza JMP, et al. A situação de aleitamento materno de crianças atendidas em creches da Secretaria da Assistência Social do município de São Paulo - região Freguesia do Ó. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2002 [acesso em 2022 out 11]; 2(1):23-28. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/wd84xL5YXPn6bvSmK8jT3WN/?lang=pt>.
15. Braga NP, Rezende MA, Fugimori E. Amamentação em creches no Brasil. *Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum.* 2009; 19(3):465-474.
16. Pedraza DF, Santos EES. Marcadores de consumo alimentar e contexto social de crianças menores de 5 anos de idade. *Cad. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2022 out 11]; 29(2):163-178. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/TsPy3RVKTx9BV4gHxDCqYbg/>.
17. Dieterich R, Caplan E, Yang J, et al. Integrative review of breastfeeding support and related practices in childcare centers. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 2020 [acesso em 2022 out 11]; 49(1):5-15. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31785280/>.
18. Rio de Janeiro. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. São Paulo: panorama. 2021 [acesso em 2022 nov 16]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/sao-paulo/panorama>
19. São Paulo. Secretaria Municipal de Educação. Diretorias Regionais de Educação – DREs. 2022. [acesso em 2022 nov 16]. Disponível em: <https://educacao.sme.prefeitura.sp.gov.br/dres/>.
20. São Paulo. Secretaria Municipal de Educação. Orientação Normativa de Educação Alimentar e Nutricional para Educação Infantil. São Paulo: SME; 2020.
21. São Paulo. Secretaria Municipal de Educação. Currículo da Cidade: Educação Infantil. São Paulo: SME; 2019.
22. São Paulo. Prefeitura de São Paulo. Plano Municipal pela Primeira Infância 2018-2030. São Paulo: PMSP; 2018.
23. São Paulo. Secretaria Municipal de Educação, Coordenadoria de Alimentação Escolar. Lançamento da campanha CEI AMIGO DO PEITO. Aleitamento materno na educação infantil: sobre acolher e amamentar. 2017. [acesso em 2022 out 10]. Disponível em: [https://youtu.be/32\\_Fj5XNmis](https://youtu.be/32_Fj5XNmis).

24. São Paulo. Secretaria Municipal de Educação, Coordenadoria de Alimentação Escolar. Manuseio do leite materno no Centro de Educação Infantil. 2018. [acesso em 2022 out 10]. Disponível em: <https://youtu.be/FLLwYlPbp8A>.
25. São Paulo. Secretaria Municipal de Educação, Coordenadoria de Alimentação Escolar. Os eixos da campanha CEI AMIGO DO PEITO. 2019. [acesso em 2022 out 10]. Disponível em: <https://youtu.be/wZW76BLREIM>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
27. Victora CG, Horta BL, Mola CL, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob. Health.* 2015 [acesso em 2022 out 11]; 3(4):e199-205. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancglo/article/PIIS2214-109X\(15\)70002-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancglo/article/PIIS2214-109X(15)70002-1/fulltext).
28. Lima CMAO, Maymone W. Breastfeeding promotion and support policies in Brazil. *Pediatr. Gastroenterol. Hepatol. Nutr.* 2019 [acesso em 2022 out 11]; 22(4):413-415. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6629590/>.
29. Bicalho D, Lima TM. O Programa Nacional de Alimentação Escolar como garantia do direito à alimentação no período da pandemia da COVID-19. *Demetra.* 2020 [acesso em 2022 out 11]; 15:e52076. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/52076>.
30. São Paulo. Secretaria Municipal de Educação, Coordenadoria de Alimentação Escolar. Materiais de apoio do CEI Amigo do Peito. São Paulo: SME/CO-DAE; 2022. [acesso em 2022 out 10]. Disponível em: <https://bit.ly/3Onw0vj>.
31. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2003.

---

Recebido em 20/04/2022

Aprovado em 24/10/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: não houve

# Almanaque das Emoções para crianças e adolescentes, em época de pandemia

## *Almanac of Emotions for children and adolescents in times of pandemic*

Daniella Teixeira Dantas Gouget<sup>1</sup>, Joanna D'Arc Barbosa Bastos<sup>1</sup>

DOI: 10.1590/0103-11042022E525

**RESUMO** O contexto da pandemia trouxe agravos à saúde, que atualizam, na subjetividade de crianças e adolescentes em situação de adoecimento, um sofrimento difícil de abordar, mas que precisa ser expresso e elaborado em prol do fluxo de tratamento. O Almanaque das Emoções surgiu a partir da preocupação de duas psicólogas em oferecer, aos seus pacientes – em uma enfermaria pediátrica de um centro hematológico do estado do Rio de Janeiro – meios de acesso à expressão simbólica. O objetivo almejado era dar lugar de expressão aos afetos que as crianças e os adolescentes trazem para o contexto do tratamento. Mediante manifestações simbólicas livres, acredita-se ser possível representar o que se passa na subjetividade desses sujeitos com relação aos seguintes temas: pandemia, vida, mundo, humanidade, os próprios sentimentos, o tratamento que faz no hospital, e as mudanças atuais a partir da pandemia. Dessa maneira, por meio da ferramenta ‘Almanaque das Emoções’, buscou-se coletar o material subjetivo da criança e do adolescente durante o contexto da pandemia na hospitalização, favorecendo o reconhecimento e o manejo das emoções infantis. A análise do material, por intermédio da abordagem psicanalítica, tem favorecido uma maior proximidade à subjetividade infantil, possibilitando o acolhimento.

**PALAVRAS-CHAVE** Emoções. Criança. Adolescente. Doença. Pandemias.

**ABSTRACT** *The pandemic context has brought health problems, that actualize, in the subjectivity of children and adolescents in a situation of illness, a suffering that is difficult to address, but that needs to be expressed and elaborated, in favor of the flow of treatment. The Almanac of Emotions emerged from the concern of two psychologists to offer their patients – in a pediatric ward of a Hematological Center in the State of Rio de Janeiro – means of access to the symbolic expression. The desired objective was to give space for expression to the affections that children and adolescents bring to the context of treatment. Through free symbolic manifestations, we believe it is possible to represent what is happening in the subjectivity of these subjects, in relation to the following themes: pandemic, life, world, humanity, their own feelings, the treatment they undergo in the hospital, and the current changes from the pandemic. In this way, through the ‘Almanaque das Emoções’ tool, we seek to collect subjective material of children and adolescents during the context of the pandemic in hospitalization, favoring the recognition and management of children’s emotions. The analysis of the material, through the psychoanalytic approach, has favored a greater proximity to the child’s subjectivity, enabling the reception.*

**KEYWORDS** *Emotions. Child. Adolescent. Disease. Pandemics.*

<sup>1</sup>Centro Hematológico do Estado do Rio de Janeiro – Instituto Estadual de Hematologia Arthur de Siqueira Cavalcanti (Hemorio) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
danigouget@gmail.com



## Introdução

Em janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou uma nova doença, a Covid-19, classificando-a, em seguida, como uma Emergência de Saúde pública de Importância Internacional (Espii). Tal situação impactou toda a população mundial, com repercussões graves na saúde mental<sup>1</sup>. Essa temática faz com que nos voltemos para além do físico, considerando também o que acontece no emocional.

Inicialmente, as pessoas que receberam maior atenção nesse contexto foram os grupos de risco, nos quais se enquadravam os idosos e as pessoas com comorbidades. As crianças, muitas vezes, eram vistas como aquelas que, se pegassem, não agravariam. A única preocupação com elas correspondia à possibilidade de se tornarem transmissoras da doença. Percebemos que o infantil (englobando crianças e adolescentes) representou um grupo de pouco investimento nesse contexto.

Trabalhamos como psicólogas, com orientação psicanalítica, na enfermaria pediátrica de um centro hematológico de referência do estado do Rio de Janeiro, onde acompanhamos crianças e adolescentes, seus familiares e a equipe de saúde, a partir de diagnósticos hematológicos graves e prognósticos que impactam a vida de toda a família e da rede de apoio, causando grandes mudanças na rotina e nas concepções de mundo dos sujeitos envolvidos. Diagnósticos de doença falciforme, hemofilia e leucemia são representantes das doenças mais prevalentes em nossa prática clínica hematológica, registrando experiências de dor, angústia e de muita ansiedade a cada nova hospitalização.

Lidando no dia a dia com esse universo infantil, identificamos, durante a pandemia, não só uma atenção prejudicada às crianças e aos adolescentes como também restrições de acesso, seja do voluntariado que desenvolve atividades lúdicas, seja das visitas familiares durante as internações. Constatamos também o retraimento dos pequenos, que se tornaram

ainda mais silenciosos, e passaram a apresentar uma precariedade maior no acesso às emoções, como na formação de vínculos durante os atendimentos. Tal situação nos mobilizou a refletir sobre o sofrimento mental advindo da situação de pandemia e a buscar um modo de acesso às vivências emocionais de nossas crianças em situação de crise.

Nosso objetivo, ao ofertar um espaço expressivo aos conteúdos subjetivos de crianças e adolescentes, é o de possibilitar a eles uma maior atenção aos seus sentimentos. Não buscamos padronizar um modelo de intervenção, mas sim permitir uma valoração ao que se passa com a criança e com o adolescente no contexto de tratamento e de hospitalização. Nesse sentido, no cotidiano desses acontecimentos, incluímos as crianças e os adolescentes enquanto sujeitos, com um reconhecimento sobre o que se passa dentro deles.

## O infantil

O infantil traz marcas e influências por toda a vida de um sujeito. É devido a essa inscrição indelével que a psicanalista Maud Mannoni<sup>2</sup> afirma: a psicanálise de crianças é a psicanálise. Todavia, nem sempre o infantil recebeu atenção especial. De acordo com Ariès<sup>3</sup>, o ‘sentimento de infância’ emergiu no contexto histórico ocidental apenas a partir do século XVII, e é esse sentimento que o autor elabora para poder diferenciar o ser criança do ser adulto. Acrescenta-se a isso o fato de o infantil não ser uma concepção universal e concebida linearmente em todas as culturas e tempos históricos.

Nossa clínica de trabalho se realiza na enfermaria pediátrica e, para efeito deste trabalho, referimo-nos a crianças e adolescentes quando falamos sobre o infantil. Percebemos que no contexto da doença crônica, muitas vezes, os adolescentes apresentam-se regredidos em seus comportamentos<sup>2</sup>.

A clínica psicanalítica trabalha sobre o ‘*a posteriori*’, em que o viver se expressa a partir de registros simbólicos de um tempo

que mantém sua presença e sua linguagem, mesmo diante de sua ausência. É sobre esse tempo que direcionamos nossa atenção no hospital, em um contexto em que outras marcas podem contribuir para registros simbólicos, com acréscimo de dor. Um tempo em que precisamos reforçar nosso cuidado, com uma escuta e uma atenção cautelosas.

Como psicólogas/analistas, ao nos aproximarmos da criança e do adolescente, e do universo em que eles se encontram inseridos, ainda que eles não falem, operamos no campo da linguagem. Nesse campo, há algo que se transmite, mesmo na ausência do recurso das palavras. No contexto do sintoma infantil, instaura-se uma perturbação no que diz respeito aos aspectos subjetivos das relações parentais, familiares, das dinâmicas implicadas no fazer e agir da equipe de saúde e da própria instituição. Todo esse contexto discursivo, implícito e explícito, opera no infantil<sup>4</sup>.

As brincadeiras e os desenhos infantis figuram como ferramentas que favorecem a expressividade das crianças. Por meio deles, as crianças podem refazer experiências que foram interpretadas como sendo dolorosas, ou mesmo criar experiências prazerosas, construindo sentidos novos às suas experiências<sup>5</sup>. Assim, promovem uma tentativa de compreensão da realidade. São essas idiosincrasias que constituem os recursos infantis de comunicação. Assim, a criança expressa-se, expõe-se e relaciona-se – repetindo o que lhe faz questão, e que, de outro modo, não apareceria no mundo real.

[...] o brinquedo é substituível e permite que a criança repita, à vontade, situações prazenteiras e dolorosas, que, entretanto, ela por si mesma não pode reproduzir no mundo real<sup>6(15)</sup>.

Segundo Aberastury<sup>6</sup>, o brincar da criança carrega uma representação que ajuda na superação dos medos aos objetos e aos perigos externos. Compreendemos que o brincar cede passagem à imaginação da criança, o que favorece o acesso às suas emoções e a nossa oferta de cuidado<sup>7</sup>.

Para além desses sintomas, a criança/o adolescente, em hospitalização, apresenta-se como a criança/adolescente real – o qual significamos para além de suas marcas subjetivas – com suas marcas atuais, no real que se presentifica do corpo. A trajetória do adoecimento atual afeta o corpo infantil, seus processos de tratamento, e atinge as representações e o imaginário que o adulto constitui sobre a infância. Suas repetições são expressões instantâneas que revelam o medo, o temor, a angústia, a ansiedade, a frustração, e até mesmo o que é possível de esperança e desejo. “O adulto repete o que viveu, mas a criança repete o que viveu e está vivendo”<sup>8(68)</sup>.

A partir dessa contextualização, algumas questões se afloram para nós sobre a representação do infantil em uma instituição que trata doenças hematológicas crônicas e agudas, oncológicas e não oncológicas. Como se opera a representação infantil sobre o tratamento quando agravos incidem um corte em seu desenvolvimento, tendo esse corte o potencial de ‘frustrar’ e ‘ameaçar’ a possibilidade dessa criança, ou desse adolescente, chegar a viver um futuro, ou seja, constituir-se como adulto? Como as famílias lidam com a doença infantil se as crianças e os adolescentes têm como função, como aponta Mannoni<sup>2(9)</sup>, “reparar o malogro dos pais, realizar-lhes os sonhos perdidos”?

E para mais além de todo esse cenário complexo, o ano de 2020 trouxe mais um operador ativo na interface do nó entre real, simbólico e imaginário no contexto do adoecimento de crianças: a pandemia da Covid-19. Assim, mais uma questão aflorou: quais impactos se engendraram nesse campo para as crianças, famílias, cuidadores e para os próprios tratamentos realizados?

De acordo com informações obtidas pelo departamento de estatística do centro hematológico em que trabalhamos, o ano de 2020 (primeiro ano pandêmico) comprovou o impacto da pandemia, por meio do quantitativo de internações infantis, em comparação com o ano anterior de 2019 – refletindo em uma redução de 300 internações infantis no

total. Por outro lado, verificamos um aumento de 112 internações infantis no ano de 2021, em comparação ao ano de 2020. Tal constatação nos leva a refletir que a variação dessa estatística possa estar associada, inicialmente (em 2020), a uma maior cautela da população em se expor ao vírus – o que chamamos de ‘medo’ – e, posteriormente (em 2021), a uma tentativa de correr atrás do tempo perdido – o que chamamos de ‘busca pela vida’, uma vez que 2021 foi o ano de avanço da vacina da Covid-19 no Brasil<sup>9</sup>.

## O fantasma do coronavírus em um contexto de tratamento hospitalar

Entendemos que a pandemia trouxe às crianças e aos adolescentes, com necessidade de hospitalização, mais registros de sofrimento, visto que os insere em uma lógica de medo do vírus, da morte, de possibilidade de perda de alguém amado, de distanciamento social e de quebra de rotina. A pandemia adensa uma dimensão de ameaça e de limitação presente no cotidiano desses sujeitos, em um contexto em que o mundo entra em um estado de pausa. Ela traz a necessidade de uma desaceleração no *modus operandi* de produção capitalista, em que o tempo para produtividade é corrompido pelo tempo do alerta, da contenção. É o momento em que uma nova doença irrompe e no qual a criança e o adolescente doente veem, mais uma vez, e de modo inexorável, a interrupção do ritmo de vida, das brincadeiras, de relações sociais; encontrando-se invadidos, na intimidade, por uma gama de pessoas estranhas, administrando medicações, com capotes, luvas, toucas. Além disso, a criança e o adolescente precisam conviver com a tristeza da acompanhante que parece sofrer em silêncio, enquanto finge uma suposta alegria, quando a rotina hospitalar lhe pede que permita a injeção necessária ao tratamento. Um processo doloroso que, muitas vezes,

desestabiliza o familiar e, ao mesmo tempo interfere no desenvolvimento emocional infantil, podendo comprometer sua integridade física e psíquica<sup>2,4,5,7,10</sup>.

Com o impacto da pandemia da Covid-19, vivenciamos no contexto hospitalar um recuo nas internações inicialmente, com o aumento da presença do luto em nossas escutas clínicas. Um clima de caos, medo e insegurança se tornou frequente, consubstancializando um sofrimento que tínhamos dificuldade de acessar, pois se manifestava na forma de um pesar difícil de dizer. Um sofrimento que entendíamos que precisava ser expresso para que fosse possível o alcance de um encontro com um caminho de elaboração e desenvolvimento saudável. A pausa no tempo – de rotina – imposta pela pandemia da Covid-19 – trouxe a experiência de um retraimento que se delineou nas expressões subjetivas infantis<sup>10</sup>. Esse contexto mobilizou em nós, enquanto profissionais da saúde mental, a reflexão sobre a construção de recursos possíveis para o acesso e o manejo da subjetividade de crianças e adolescentes, impactados por todo o contexto em cena.

Diante desse cenário, durante a pandemia da Covid-19, experienciamos, de modo emblemático, um contexto de tratamento hospitalar em saúde duplamente marcado: de um lado, a necessidade de prosseguir no tratamento de doenças crônicas e agudas graves que ameaçam a continuidade da vida e, de outro, ao mesmo tempo, o temor dos pais e dos sujeitos infantis, de se hospitalizarem e de, no próprio hospital, vivenciarem a contaminação por um vírus desconhecido e que traz em si a ameaça de causar transtornos de saúde catastróficos em pessoas já debilitadas por uma doença de base.

Esse estado de coisas, conjugado com toda uma situação social de isolamento, confinamento, restrição de circulação, interrupção da vida escolar dos pequenos e laboral dos pais, retração de contextos de interação presencial e do convívio em grupo e familiar, trouxe para a subjetividade dos sujeitos infantis um pesar difícil de abordar, mas que precisa ser expresso

e elaborado em prol do fluxo de tratamento e da saúde integral dos nossos pacientes.

Em relação à subjetividade da criança e do adolescente, eles se refugiam no próprio corpo, muitas vezes se recusam a conversar, pois não alcançaram ainda os recursos cognitivos e subjetivos necessários para colocar em palavras o que lhes afligem<sup>8</sup>. Nesse caso, podem optar pelo silêncio e pela recusa em falar e interagir.

As condições de isolamento/distanciamento social, impostas pelo contexto pandêmico, podem levar ao retraimento de crianças e adolescentes, o que se constitui, muitas vezes, na interpretação do adulto, como uma manifestação de aversão ao contato físico do outro.

O isolamento, difundido pela mídia e vivenciado na prática, revelou-se como uma característica da pandemia<sup>1</sup>. Isolamento enquanto uma imposição física (barreira) que a quarentena nos exige, e que se configura enquanto faz relação com o modo social de como o coletivo se organiza. Isolamento social que presentifica o distanciamento necessário ante a pandemia, e afasta a criança e o adolescente da escola, dos esportes, do contato com os amigos e familiares. Isolamento que manifesta um recurso psicológico defensivo diante de situações ambíguas, dolorosas e penosas.

## O Almanaque das Emoções: a invenção de um dispositivo

O interesse pelo que se passa com o sujeito infantil em sua rotina, em seu tempo vago, ou em qualquer outro momento, torna possível que ele fale sobre si. E foi assim, ouvindo o que se passa, a partir das emoções de crianças e adolescentes, que buscamos a construção de um dispositivo que ajudasse esses sujeitos a expressarem e a reconhecerem suas emoções, refletindo sobre eles e trabalhando, assim, o processo de identificação – a partir do contexto de adoecimento imposto pela pandemia da Covid-19.

De acordo com Michel Foucault<sup>11</sup>, um dispositivo é uma formação que, em um determinado momento histórico, tem como função responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante<sup>11</sup>. Em meio a um objetivo predominantemente estratégico, o dispositivo é a rede possível de se estabelecer entre elementos diversos, heterogêneos<sup>11</sup>. Engloba discursos, leis, decisões, medidas administrativas, instituições, enunciados científicos, proposições morais, filosóficas, ideológicas, ditos e não ditos – o próprio cenário trazido pela pandemia da Covid-19, no contexto da vida, da saúde e em suas organizações. A natureza das relações entre esses elementos tão heterogêneos demarcava, e ainda demarca, um contexto de crise que envolve a conjuntura da saúde, e, como não poderia deixar de ser, os nossos pequenos sujeitos em crescimento e às voltas com a hospitalização. Um dispositivo trata-se de uma certa manipulação das relações de força – de uma intervenção racional e organizada nessas relações. Nesse campo de forças do adoecimento, em tempos de pandemia, tratava-se de possibilitar às crianças, aos modos dos cadernos de adolescentes, expressarem-se e agirem em relação a temas complexos e de administração difícil.

## Metodologia

Iniciamos nosso processo refletindo sobre um modo de acesso ao mundo simbólico de crianças e adolescentes – que pudesse abordar suas vivências e afecções em relação ao adoecimento, à pandemia e à hospitalização. Uma revisão bibliográfica nos ajudou na compreensão sobre o que deveríamos observar e avaliar. Para a análise do material obtido, utilizamos a teoria psicanalítica por intermédio de autores que tratam de crianças e adolescentes. A construção da ferramenta – o Almanaque das Emoções – funcionou como um instrumento exploratório de acesso à subjetividade infantil. Inspiramo-nos nos

antigos cadernos de perguntas e respostas que os adolescentes faziam e passavam entre os amigos para que escrevessem e expressassem livremente o que pensavam e sentiam sobre temas que envolvessem, geralmente, amor, sexualidade e amizade. Pretendíamos que o dispositivo também pudesse abarcar a diversidade de eixos nos quais as crianças e os adolescentes estavam inseridos e que fosse algo próximo do universo deles. Por isso a escolha pelo nome ‘Almanaque’, à moda das antigas edições volumosas de histórias em quadrinhos, que reuniam várias histórias do mesmo personagem. No nosso almanaque, o personagem principal é o próprio sujeito infantil, e as várias histórias serão contadas por ele mesmo, no desenvolver de suas respostas.

Nosso trabalho é de natureza qualitativa, constituindo um instrumento destinado à expressão do sujeito participante. O pedido de participação era muito simples: em algumas folhas de papel ofício, solicitávamos que as crianças e os adolescentes representassem, por meio de desenhos, músicas, poesias, ou mediante histórias, como eles viam o mundo na pandemia, o que eles achavam do novo coronavírus, como eles se sentiam em relação ao tratamento e à hospitalização.

Os participantes do Almanaque das Emoções constituíram-se em 13 crianças e adolescentes – entre sete e 14 anos: selecionamos essa faixa etária por entendermos que é nela que os sujeitos possuem maiores condições de abstração e elaboração. Todos registraram sua aceitação em participar do Almanaque por meio do Termo de Anuência Livre e Esclarecida (Tale), acompanhado do termo de aceitação do responsável adulto, registrada essa por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). É importante dizer que o quantitativo de produções (13 almanaques) atendeu aos princípios da pesquisa qualitativa de esgotamento da totalidade dos aspectos envolvidos na temática trabalhada.

As crianças e os adolescentes só participavam deste dispositivo se eles e seus responsáveis concordassem conjuntamente. A eles e ao familiar/acompanhante, explicávamos o objetivo

do projeto, que era o de possibilitar a expressão subjetiva da situação de internação, bem como de ouvir o que eles pensavam sobre a pandemia e o adoecimento. Avisávamos sobre o sigilo acerca de suas identidades e sobre o direito de desistirem a qualquer momento de participar ou interromper o processo, bastando que, para isso, tal decisão nos fosse dita expressamente. Nem todas os sujeitos que abordamos concordaram em participar. Por vezes, a mãe autorizava, mas o sujeito infantil se recusava. Quando a criança/o adolescente e o responsável aceitavam o dispositivo, deixávamos com eles o material – que incluía, além das folhas do almanaque, os termos de anuência e consentimento, canetas, lápis, canetinhas e lápis de cor. Após algum tempo, retornávamos e pedíamos que os sujeitos infantis falassem sobre suas produções. Também perguntávamos sobre algum aspecto dos desenhos e dos escritos caso o conteúdo representado nos trouxesse questões.

Antes de iniciarmos a aplicação do Almanaque, fizemos um projeto e o apresentamos ao centro de estudos do centro hematológico em questão para que passasse pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Como, nesse primeiro momento, não se tratava de um projeto de intervenção, foi-nos orientada a avaliação apenas do Comitê Científico. Assim sendo, obtivemos a liberação – por meio da aprovação de um parecer consubstanciado – para atuarmos com o Almanaque, no final de maio de 2021.

## Resultados e discussão

Encontramo-nos no momento de análise dos almanaques, e uma primeira observação nos revelou a presença de cores, característica do universo infantil, e de sua variabilidade, por intermédio da disponibilidade de lápis de cor e canetinhas. A representação da morte e do medo de morrer também se fizeram presentes, assim como a reprodução de uma mudança no mundo e na hospitalização a partir da pandemia. Os aspectos expressivos revelados reproduziram a forma como cada sujeito se

relaciona com suas emoções e com o mundo<sup>12</sup>. Percebemos que, assim como tem acontecido e se repetido no universo adulto, o medo se tornou uma emoção recorrente no universo infantil: medo da morte. Contudo, o que o medo, assim configurado, expressa, em um contexto (pandemia) no qual ele representa a emoção mais premente? A expressão do medo não pode ser ignorada do contexto em que ocorre. É importante destacar que duas dessas crianças faleceram, atualizando seus medos.

As crianças e os adolescentes, por meio de suas imagens gráficas, fornecem explicitamente imagens inconscientes do corpo. O estudo de desenhos de crianças acometidas seja por neuroses, seja por doenças físicas sintetiza de forma vívida as experiências emocionais ligadas ao sujeito, à sua história e ao mundo relacional e sensorial infantil<sup>5</sup>. Tínhamos isso em mente quando oferecíamos aos sujeitos infantis a possibilidade de expressarem graficamente o conteúdo simbólico relacionado com as turbulências do tempo da Covid-19 e com a necessidade de hospitalização<sup>12</sup>. Trazemos a seguir alguns exemplos do material coletado e que ainda se encontram em fase de análise

de conteúdo. Apresentaremos alguns dizeres (à luz de algumas interpretações *a posteriori*) e deixaremos que eles transmitam sua mensagem, ao modo como nos ensina o personagem de ‘O pequeno príncipe’ de Saint-Exupéry, lembrado por Blinder, Knobel e Siquier<sup>8(142-143)</sup>, acerca da clínica com crianças: “os adultos necessitam de explicações, e também que veem o que querem ver, sem deixar que o desenho fale por si só”.

## Gabriel

Gabriel tem 13 anos. No seu Almanaque, responde com clareza e de modo assertivo o que se encontra tratando no hospital: “*A recaída de uma leucemia linfóide aguda com cromossoma philladélfia positivo*”. E diz sobre o que sente quando precisa vir ao hospital: “*É necessário para recuperar minha saúde*”. Gabriel teve Covid-19 durante a hospitalização e apresentou necessidade de transferência e internação por mais de 30 dias em um CTI. Após recuperação e retorno ao centro hematológico, ele se representa, no seu autorretrato, deitado, sem pernas e braços.

Figura 1. Gabriel 13 anos



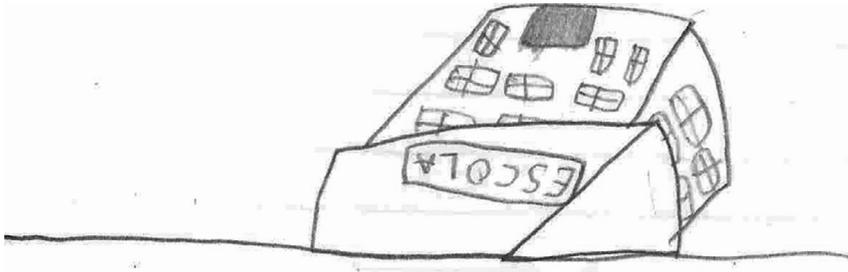
Fonte: desenho elaborado pelo entrevistado Gabriel, 13 anos.

Com relação à Covid-19 e à pandemia, para ele “*é uma doença que afetou o mundo inteiro*” e que o faz se sentir “*triste por ver tantas pessoas morrerem*”.

No desenho que representa o mundo virado pela pandemia, Gabriel nos mostra que o que

tomba em seu mundo com a pandemia é nada mais nada menos do que a escola, o simbólico do saber. O desenho representa um recurso importante para possibilitar que a criança verbalize afetos e medos e expresse seus conflitos e tensões<sup>5</sup>.

Figura 2. Gabriel 13 anos

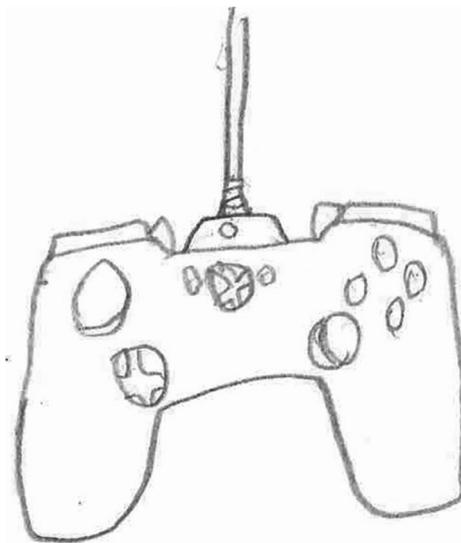


Fonte: desenho elaborado pelo entrevistado Gabriel, 13 anos.

Durante o tratamento que se restringia às vindas ao hospital para a realização das quimioterapias e o retorno para casa, com uma série de cuidados para evitar contaminações, o mundo de lazer de Gabriel tornou-se restrito ao videogame e ao celular que o acompanhava

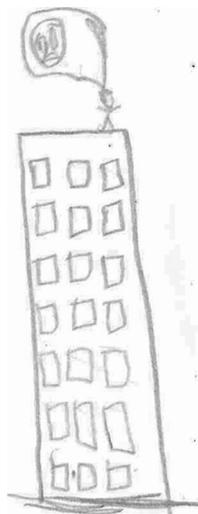
nas interações. Solicitado a representar a felicidade e o medo, Gabriel revela, por meio do desenho, a felicidade em um comando de videogame, e o medo representado por um corpo no alto de um prédio a gritar o horror que se apresentava diante de sua subjetividade.

Figura 3. Gabriel 13 anos



Fonte: desenho elaborado pelo entrevistado Gabriel, 13 anos.

Figura 4. Gabriel 13 anos



Fonte: desenho elaborado pelo entrevistado Gabriel, 13 anos.

Apesar de, para Gabriel, a vida ser “*algo que tem que se aproveitar*”, nos seus desenhos em preto e branco e nos seus escritos, predominam a restrição, o tombamento, a tristeza, o risco de cair. Gabriel faleceu um mês após essas produções.

Consideramos que o uso das técnicas projetivas facilita ao sujeito transmitir suas especificidades e dificuldades, o que permite acesso aos seus aspectos inconscientes<sup>12</sup>. O desenho facilitou, nesse caso, a produção do inconsciente, revelando o medo que se encontrava velado<sup>13</sup>.

## Maria

Maria é uma adolescente de 14 anos que trata a doença falciforme no centro hematológico desde bebê. Suas internações são recorrentes devido à crise álgica provocada pela alteração hematológica. Nas hospitalizações, a queixa de dor é reiterada e a deixa chorosa e abatida até que a medicação inicie resposta estabilizadora no seu corpo. Ao desenhar sua autorrepresentação, no desenho em aquarela, somente Maria está em preto e branco. O rosto zangado e os braços, sua área de contato, apagados. O corpo que pende para a direita traz a marca indelével de uma instabilidade. No tronco de sua árvore, um buraco. O que fere Maria?

Figura 5. Maria 14 anos



Fonte: desenho elaborado pela entrevistada Maria, 14 anos.

É no espaço dedicado ao mundo em pandemia que Maria coloca cor e suas reivindicações: “A gente tem família governador! A gente tá com fome!”.

O desenho permite a entrada no “âmago das

representações imaginativas do paciente, da sua afetividade, do seu comportamento interior e do seu simbolismo”<sup>14(132)</sup>.

A fantasia de cura infantil traduz o desejo de transformação do mundo e de cura<sup>6</sup>.

Figura 6. Maria 14 anos



Fonte: desenho elaborado pela entrevistada Maria, 14 anos.

Para Maria, pandemia são:

*as pessoas isoladas, sem mais família, sem mais lar. Essa pandemia destruiu tudo que não é mais como antes. Mas a gente vai tentar se reinventar e se renovar e ter força para ser mais melhor que antes.*

Maria faz uso da possibilidade de se expressar por meio do seu grafismo. Desenha e escreve com veemência e vontade. Fala sobre seus sentimentos, seus medos e de como o caminho ao hospital a deixa “*mais pensativa*”.

Sobre como se sente na pandemia:

*Assim meio sem saber o que vai acontecer, mas eu tô tentando entrar no sistema e a meta desse ano é ficar viva até 2022. A gente não sabe o que vai acontecer no futuro, mas o importante mesmo é o agora.*

Sobre os medos: “*Medo de ficar muito tempo no hospital, de acontecer alguma coisa, de pegar doenças, de acontecer várias coisas comigo*”.

Sobre a vida, Maria escreve:

*A vida é um presente cheio de surpresa. A gente não sabe o que vai acontecer ou não sabe o que vai ganhar, mas você pode comandar, às vezes não, né. Talvez você nasça com uma doença que você*

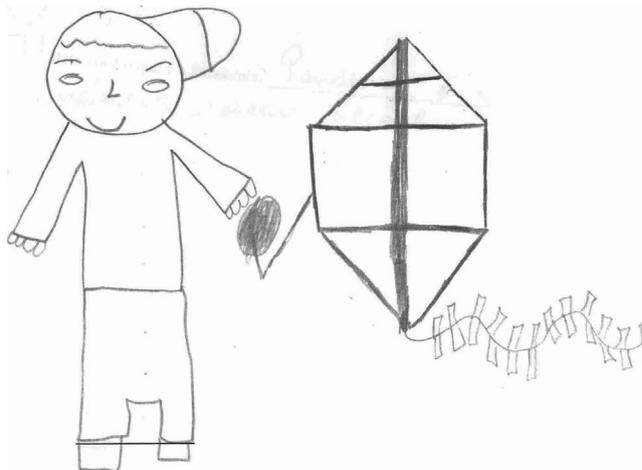
*não consegue fazer nada, como não poder correr muito porque mais tarde você está com dor. Às vezes dá vontade de sumir, mas não morrer, é claro, e sim um lugar sem nada, sem sentir nada, só viver.*

As fantasias produzidas por meio do desenho constituem tentativas de simbolização, em que os temas evidenciados representam significantes que estariam povoando a subjetividade das crianças e dos adolescentes<sup>2,5</sup>.

## Samuel

Samuel é um adolescente de 14 anos que trata há três anos a leucemia linfóide aguda. Encontra-se atualmente em fase de pré-transplante, mas precisou, durante a pandemia, hospitalizar-se para tratar uma recaída testicular da doença. Nessa hospitalização, ele e a família foram comunicados com relação à necessidade de realização de orquiectomia radical. Samuel se representou no Almanaque como um menino e sua pipa voando de sua mão. Na cabeça, a representação daquilo que ele não fala, mas que não lhe sai da mente. É explícita a representação fálica. No contorno do rosto, a bolsa escrotal edemaciada. Na cabeça, um boné ou o órgão peniano?

Figura 7. Samuel 14 anos



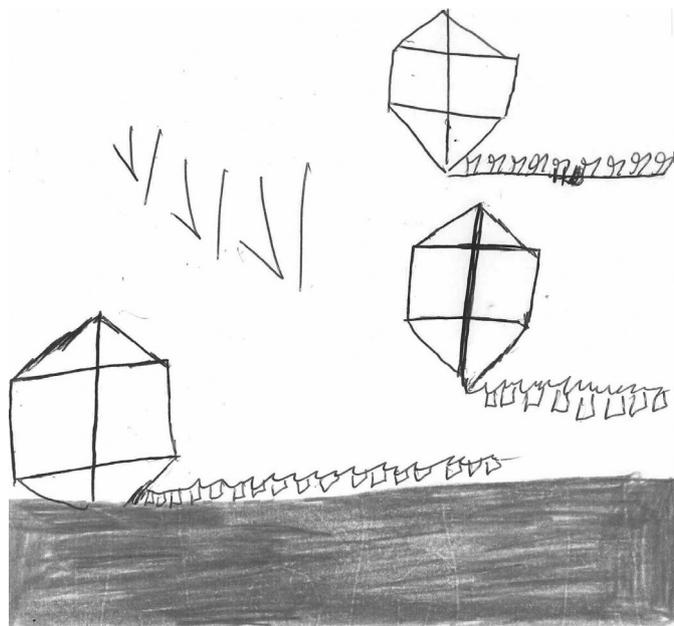
Fonte: desenho elaborado pelo entrevistado Samuel, 14 anos.

Ao dizer como se sente ao vir ao hospital, Samuel revela: “Acho um pouco chato, mas é para o meu bem. Para curar a doença eu prefiro vir”.

Desenhando o seu medo, lá estão as pipas. Uma afundando no mar e as outras soltas no

ar, sem ninguém empinando. Entendemos que o desenho facilita o acesso à subjetividade da criança e do adolescente, o que favorece a associação livre e o alcance aos simbolismos e às fantasias infantis<sup>14</sup>.

Figura 8. Samuel 14 anos



Fonte: desenho elaborado pelo entrevistado Samuel, 14 anos.

Françoise Dolto<sup>7</sup> aponta para a dimensão do sofrimento nos desenhos de uma criança atingida por um agravo nos seus testículos. A imagem produzida nesses casos remete a uma criança atingida no nível das forças vivas. Os testículos representam uma fonte de pulsão e de prazer. Samuel representa com as pipas o seu brinquedo preferido – um brinquedo que, além de subir no espaço, os meninos querem empinar alto, análogo ao órgão sexual afetado.

Dessa forma, o grafismo na clínica com crianças e adolescentes doentes mobiliza o simbólico, principalmente daqueles nos quais a linguagem verbal está suprimida, seja porque esse ainda não é o momento de primazia da linguagem como nas crianças muito pequenas,

seja por uma afecção que atinge sua imagem inconsciente do corpo, produzindo o real embotamento<sup>12,14</sup>.

## Mariana

Mariana é uma adolescente de 14 anos, portadora de anemia falciforme. Responde se sentir presa e sufocada com a pandemia. Ela realça o ser social ao descrever o ser humano e identifica, assim, o grande prejuízo trazido pela pandemia ao restringir as aproximações, os contatos físicos, uma socialização mais íntima, de calor humano. Para a adolescente, sair de casa para vir ao hospital, durante a pandemia,

representava medo de pegar outra doença. E no desenho de representação, ela faz um contexto de tempestade, com um mundo tomando injeção e um fantasma ao lado assombrando esse contexto de horror. Entretanto, ainda há alguma esperança, pois, sobre a tempestade, ela faz umas gaiotas voando, como símbolo de presságio de dias melhores. Mariana valoriza as emoções, destacando que sentir emoção é bom porque a faz se sentir viva. Talvez sejam essas emoções que, ante o contexto avassalador, ainda lhe transmitem força. E é com uma emoção que termina seu almanaque: *“Estou muito feliz, pois fiz o que gosto de fazer. A vida é feita de escolhas e escolhi ser feliz!”*.

Transmitindo sua implicação por meio de escolhas, Mariana mostra o quanto suas emoções se tornam força de transporte para a felicidade. “O simbolismo é apenas uma parte. Não se deve ver cada símbolo separadamente, deve-se estudar cada fator em relação da situação total”<sup>15(23)</sup>. Desse modo, a felicidade de Mariana, apesar do contexto de pandemia, relaciona-se com as experiências do seu mundo subjetivo (e não apenas com a realidade exterior).

## Suzana

Suzana é uma criança de 9 anos que tratava de uma leucemia linfóide aguda. Considerava a pandemia como: *“um vírus muito chato que se alastrou no mundo”*. Ao responder o que entende por ser humano, escreve: *“É um vírus que mata um ser humano?”*. Será que Suzana não entendeu a pergunta ou descreveu o que escuta na mídia com uma metáfora, em que humanos, efetivamente, se matam? Quando conversamos, ao final, sobre sua resposta – uma metonímia – ela sorriu, sentindo-se alegre com o possível engano, ou a possível descoberta, anunciada por seu inconsciente. Percebemos a presença da formação do inconsciente<sup>13</sup>, em que, apesar do corpo frágil, o inconsciente se manifesta em sua potência<sup>2</sup>.

O medo foi uma emoção com grande recorrência nos almanaques. Entendemos que esse

afeto também se torna um sinal de que o sujeito infantil se encontra em situação de risco, precisando mobilizar uma condição de proteção. As técnicas de expressão infantil se tornam um recurso significativo para auxiliar crianças e adolescentes a lidarem com sentimentos de estranhamento e aquilo que a ameaça<sup>6,15</sup>.

Trabalhar as emoções, no contexto de imprecisão de uma pandemia, de incerteza e de insegurança, fortalece a construção do Ser sujeito na criança e no adolescente e favorece seus vínculos sociais, familiares. Sendo assim, podemos dizer que o medo representa a expressão de uma emoção que alerta ao adulto e o instrumentaliza a prover um acolhimento que possibilite a criança seguir em frente.

Não pretendemos, com este trabalho, dar conta de todas as emoções humanas. Tratamos, neste estudo exploratório, de identificar emoções que se expressam no contexto de internação de crianças e adolescentes para o tratamento hematológico, em um momento de pandemia.

Este projeto visou implementar meios de acesso e expressão simbólica de afetos e sentimentos, que se atualizam a todo o instante no imaginário de crianças em grave situação, de adoecimento.

Destacamos que os nomes com os quais identificamos as produções gráficas das crianças e dos adolescentes são nomes fictícios, preservando a confidencialidade e a intimidade de cada participante, conforme preconiza o ‘Código de Ética Profissional do Psicólogo’<sup>16</sup>.

## Considerações finais

A emergência da pandemia correspondeu a um processo de muita incerteza, o que gerou insegurança de forma geral. Com a falta de informações sobre o que fazer, as pessoas se sentiam ameaçadas. Compreendemos a sensação de segurança como uma ilusão, pois o ser humano precisa de pontos de ancoragem, como a escola, o trabalho e a família. Nesse sentido, trazemos a elaboração do material

do Almanaque das Emoções como uma possibilidade de ancoragem/suporte no enfrentamento do adoecer – uma vez que, com o advento da pandemia, os ‘arcabouços seguros’ passaram a ser colocados em questão, gerando uma sensação de insegurança. Pensamos que o encontro de novos pontos de ancoragem tende a favorecer a ideia de esperança, projeto e construção de pensamentos mais positivos, diante de ameaças de vida.

A realização desse trabalho busca, assim, auxiliar os sujeitos infantis, e os profissionais que lidam com eles, no manejo das emoções, na elaboração e na atenção ao mundo sensível infantil, clarificando as emoções vivenciadas. Vislumbramos o benefício da utilidade desse trabalho na prática clínica de vários outros profissionais da saúde. Nesse ponto, encontramos o diferencial da técnica do Almanaque das Emoções em comparação à técnica do desenho infantil, pois, enquanto dispositivo, mais que interpretação, o Almanaque se propõe a ser uma ferramenta clínica de acesso e expressão das emoções infantis e de suporte aos profissionais de saúde no manejo dessas emoções.

Com a aplicação do Almanaque das Emoções, enquanto uma ferramenta expressiva, por meio do recurso de desenhos, músicas, poesias, coletamos o material subjetivo infantil, durante o contexto da pandemia, na hospitalização, e pudemos nos aproximar um pouco mais dos nossos pacientes infantis. Esperamos, ao final da análise desse material, alcançar maior compreensão sobre os meios de favorecer a expressão de afetos e emoções em crianças e adolescentes em situação de adoecimento/hospitalização. Podemos dizer, por fim, que esse trabalho tem nos possibilitado, além da criação de possibilidades de acesso à linguagem infantil, o reconhecimento de nossa própria implicação no campo de atendimento clínico.

## Colaboradoras

Gouget DTD (0000-0002-6540-2313)\* e Bastos JDB (0000-0002-2245-4850)\* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

---

## Referências

1. Buss P, Alcázar S, Galvão LA. Pandemia pela Covid-19 e multilateralismo: reflexões a meio do caminho. *Estud. av.* 2020 [acesso em 2022 set 10]; 34(99):45-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/8vDqhLKszp35HJMtj5WnRNK/?lang=pt>.
2. Mannoni M. A criança, sua doença e os outros. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
3. Ariès P. História social da infância e da família. Rio de Janeiro: Guanabara; 1981.
4. Moreira MCN, Gomes R, Sá MRC. Doenças Crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2014 [acesso em 2022 set 10]; 19(7):2083-2094. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Zt554swXWzQgW4w6g7MZ7bt/abstract/?lang=pt>.

---

\*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

5. Dolto F, Nasio JD. A criança do espelho. Rio de Janeiro: Zahar; 2008.
6. Aberastury A. A criança e seus jogos. Porto Alegre: Artmed; 2007.
7. Dolto F. Seminário de psicanálise de crianças. São Paulo: Martins Fontes; 2013.
8. Blinder C, Knobel J, Siquier ML. Clínica psicanalítica com crianças. São Paulo: Ideias e Letras; 2011.
9. Instituto Butantan. Retrospectiva 2021: segundo ano da pandemia é marcado pelo avanço da vacinação contra Covid-19 no Brasil. Portal do Butantan. [acesso em 2022 fev 17]. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/retrospectiva-2021-segundo-ano-da-pandemia-e-marcado-pelo-avanco-da-vacinacao-contra-covid-19-no-brasil>.
10. Castro REV. Um milhão de crianças americanas com COVID-19. Portal PebMed. 2020 [acesso em 2022 set 10]. Disponível em: <https://pebmed.com.br/um-milhao-de-criancas-americanas-com-covid-19/>.
11. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2003.
12. Hammer EF. Aplicações clínicas dos desenhos projetivos. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1991.
13. Anzieu D. Os métodos projetivos. 3. ed. Rio de Janeiro: Campus; 1981.
14. Dolto F. Psicanálise e Pediatria. 4. ed. São Paulo: LTC; 1988.
15. Aberastury A. Abordagem à psicanálise de crianças. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
16. Conselho Federal de Psicologia. Código de Ética Profissional dos Psicólogos. Brasília, DF: XIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia; 2005. [acesso em 2022 dez 1]. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo\\_etica1.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica1.pdf).

---

Recebido em 22/04/2022  
Aprovado em 07/11/2022  
Conflito de interesses: inexistente  
Suporte financeiro: não houve

# Saúde em Debate

## Instruções aos autores

ATUALIZADAS EM FEVEREIRO DE 2021

---

### ESCOPO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista 'Saúde em Debate', criada em 1976, é uma publicação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) que tem como objetivo divulgar estudos, pesquisas e reflexões que contribuam para o debate no campo da saúde coletiva, em especial os que tratem de temas relacionados com a política, o planejamento, a gestão e a avaliação em saúde. Valorizam-se estudos feitos a partir de diferentes abordagens teórico-metodológicas e com a contribuição de distintos ramos das ciências.

A periodicidade da revista é trimestral, e, a critério dos editores, são publicados números especiais que seguem o mesmo processo de submissão e avaliação dos números regulares.

A 'Saúde em Debate' aceita trabalhos originais e inéditos que aportem contribuições relevantes para o conhecimento científico acumulado na área.

A revista conta com um Conselho Editorial que contribui para a definição de sua política editorial. Seus membros integram o Comitê Editorial e/ou o banco de pareceristas em suas áreas específicas.

Os trabalhos submetidos à revista são de total e exclusiva responsabilidade dos autores e não podem ser apresentados simultaneamente a outro periódico, na íntegra ou parcialmente.

Em caso de aprovação e publicação do trabalho no periódico, os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade da revista, que adota a Licença Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) e a política de acesso aberto, portanto, os textos estão disponíveis para que qualquer pessoa leia, baixe, copie, imprima, compartilhe, reutilize e distribua, com a devida citação da fonte e autoria. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

A 'Saúde em Debate' aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente como o SciELO *preprints* (<https://preprints.scielo.org>). Não é obrigatória a submissão do artigo em *preprint* e isso não impede a submissão concomitante à revista 'Saúde em Debate'.

A revista adota as 'Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Princípios de

Transparência e Boas Práticas em Publicações Acadêmicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Essas recomendações, relativas à integridade e padrões éticos na condução e no relatório de pesquisas, estão disponíveis na URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). A versão para o português foi publicada na Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. A 'Saúde em Debate' segue o 'Guia de Boas Práticas para o Fortalecimento da Ética na Publicação Científica' do SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Recomenda-se a leitura pelos autores.

A 'Saúde em Debate' não cobra taxas dos autores para a submissão ou para a publicação de trabalhos, mas, caso o artigo seja aprovado para editoração, fica sob a responsabilidade dos autores a revisão de línguas (obrigatória) e a tradução do artigo para a língua inglesa (opcional), com base em uma lista de revisores e tradutores indicados pela revista.

Antes de serem enviados para avaliação pelos pares, os artigos submetidos à revista 'Saúde em Debate' passam por *softwares* detectores de plágio. Assim, é possível que os autores sejam questionados sobre informações identificadas pela ferramenta para que garantam a originalidade dos manuscritos, referenciando todas as fontes de pesquisa utilizadas. O plágio é um comportamento editorial inaceitável, dessa forma, caso seja comprovada sua existência, os autores envolvidos não poderão submeter novos artigos para a revista.

NOTA: A produção editorial do Cebes é resultado de apoios institucionais e individuais. A sua colaboração para que a revista 'Saúde em Debate' continue sendo um espaço democrático de divulgação de conhecimentos críticos no campo da saúde se dará por meio da associação dos autores ao Cebes. Para se associar, entre no site <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

Os trabalhos devem ser submetidos pelo site: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Após seu cadastramento, o autor responsável pela submissão criará seu *login* e senha, para o acompanhamento do trâmite.

#### Modalidades de textos aceitos para publicação

**1. Artigo original:** resultado de investigação empírica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter no máximo 6.000 palavras.

**2. Ensaio:** análise crítica sobre tema específico de relevância e interesse para a conjuntura das políticas de saúde brasileira e/ou internacional. O texto deve conter no máximo 7.000 palavras.

**3. Revisão sistemática ou integrativa:** revisões críticas da literatura sobre tema atual da saúde. A revisão sistemática sintetiza rigorosamente pesquisas relacionadas com uma questão. A integrativa fornece informações mais amplas sobre o assunto. O texto deve conter no máximo 8.000 palavras.

**4. Artigo de opinião:** exclusivo para autores convidados pelo Comitê Editorial, com tamanho máximo de 7.000 palavras. Neste formato, não são exigidos resumo e *abstract*.

**5. Relato de experiência:** descrição de experiências acadêmicas, assistenciais ou de extensão, com até 5.000 palavras que apótem contribuições significativas para a área.

**6. Resenha:** resenhas de livros de interesse para a área da saúde coletiva, a critério do Comitê Editorial. Os textos deverão apresentar uma visão geral do conteúdo da obra, de seus pressupostos teóricos e do público a que se dirige, com tamanho de até 1.200 palavras. A capa em alta resolução deve ser enviada pelo sistema da revista.

**7. Documento e depoimento:** trabalhos referentes a temas de interesse histórico ou conjuntural, a critério do Comitê Editorial.

**Importante:** em todos os casos, o número máximo de palavras inclui o corpo do artigo e as referências. Não inclui título, resumo, palavras-chave, tabelas, quadros, figuras e gráficos.

## Preparação e submissão do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx, para ser anexado no campo correspondente do formulário de submissão. Não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Digitar em folha padrão A4 (210X297mm), margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5.

### O texto deve conter:

**Título:** que expresse clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

**Resumo:** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo 200 palavras, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Deve ser não estruturado, sem empregar tópicos (introdução, métodos,

resultados etc.), citações ou siglas, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

**Palavras-chave:** ao final do resumo, incluir de três a cinco palavras-chave, separadas por ponto (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensaios clínicos:** a 'Saúde em Debate' apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo, assim, sua importância para o registro e divulgação internacional de informações sobre ensaios clínicos. Nesse sentido, as pesquisas clínicas devem conter o número de identificação em um dos registros de ensaios clínicos validados pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis em: <http://www.icmje.org>. Nestes casos, o número de identificação deverá constar ao final do resumo.

**Ética em pesquisas envolvendo seres humanos:** a publicação de artigos com resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008, da Associação Médica Mundial; além de atender às legislações específicas do país no qual a pesquisa foi realizada, quando houver. Os artigos com pesquisas que envolveram seres humanos deverão deixar claro, no último parágrafo, na seção de 'Material e métodos', o cumprimento dos princípios éticos e encaminhar declaração de responsabilidade no ato de submissão.

Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, este deve contemplar elementos convencionais, como:

**Introdução:** com definição clara do problema investigado, justificativa e objetivos;

**Material e métodos:** descritos de forma objetiva e clara, permitindo a reprodutibilidade da pesquisa. Caso ela envolva seres humanos, deve ficar registrado o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

**Resultados e discussão:** podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

**Conclusões ou considerações finais:** que depende do tipo de pesquisa realizada;

**Referências:** devem constar somente autores citados no texto e seguir os Requisitos Uniformes de Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas, do ICMJE, utilizados para a preparação de referências (conhecidos como 'Estilo de Vancouver'). Para maiores esclarecimentos, recomendamos consultar o Manual de Normalização de Referências (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) elaborado pela editoria do Cebes.

## OBSERVAÇÕES

A revista não utiliza sublinhados e negritos como grifo. Utilizar aspas simples para chamar a atenção de expressões ou títulos de obras. Exemplos: 'porta de entrada'; 'Saúde em Debate'. Palavras em outros idiomas devem ser escritas em itálico, com exceção de nomes próprios.

Evitar o uso de iniciais maiúsculas no texto, com exceção das absolutamente necessárias.

Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas duplas no corpo do texto (se menores que três linhas). Se forem maiores que três linhas, devem ser escritos em itálico, sem aspas, destacados do texto, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 11.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes que compõem o texto.

Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem estar em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos em arquivos separados do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No texto, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco por texto. O arquivo deve ser editável (não retirado de outros arquivos) e, quando se tratar de imagens (fotografias, desenhos etc.), deve estar em alta resolução com no mínimo 300 DPI.

Em caso de uso de fotos, os sujeitos não podem ser identificados, a menos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

### Informações sobre os autores

A revista aceita, no máximo, sete autores por artigo. As informações devem ser incluídas apenas no formulário de submissão, contendo: nome completo, nome abreviado para citações bibliográficas, instituições de vínculo com até três hierarquias, código Orcid (Open Researcher and Contributor ID) e *e-mail*.

### Financiamento

Os trabalhos científicos, quando financiados, devem identificar a fonte de financiamento. A revista 'Saúde em Debate' atende à Portaria nº 206 de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre citação obrigatória da Capes para obras produzidas ou publicadas, em qualquer meio, decorrentes de atividades financiadas total ou parcialmente pela Capes.

## PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Todo original recebido pela revista 'Saúde em Debate' é submetido à análise prévia. Os trabalhos não conformes às normas de publicação da revista são devolvidos aos autores para adequação e nova submissão.

Uma vez cumpridas integralmente as normas da revista, os originais são apreciados pelo Comitê Editorial, composto pelo editor-chefe e por editores associados, que avalia a originalidade, abrangência, atualidade e atendimento à política editorial da revista. Os trabalhos recomendados pelo Comitê serão avaliados por, no mínimo, dois pareceristas, indicados de acordo com o tema do trabalho e sua *expertise*, que poderão aprovar, recusar e/ou fazer recomendações de alterações aos autores.

A avaliação é feita pelo método duplo-cego, isto é, os nomes dos autores e dos pareceristas são omitidos durante todo o processo de avaliação. Caso haja divergência de pareceres, o trabalho será encaminhado a um terceiro parecerista. Da mesma forma, o Comitê Editorial pode, a seu critério, emitir um terceiro parecer. Cabe aos pareceristas recomendar a aceitação, recusa ou reformulação dos trabalhos. No caso de solicitação de reformulação, os autores devem devolver o trabalho revisado dentro do prazo estipulado. Não havendo manifestação dos autores no prazo definido, o trabalho será excluído do sistema.

O Comitê Editorial possui plena autoridade para decidir sobre a aceitação final do trabalho, bem como sobre as alterações efetuadas.

Não serão admitidos acréscimos ou modificações depois da aprovação final do trabalho. Eventuais sugestões de modificações de estrutura ou de conteúdo por parte da editoria da revista serão previamente acordadas com os autores por meio de comunicação por *e-mail*.

A versão diagramada (prova de prelo) será enviada, por *e-mail*, ao autor responsável pela correspondência para revisão final, que deverá devolver no prazo estipulado.

## OS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEVEM SER DIGITALIZADOS E ENVIADOS PELO SISTEMA DA REVISTA NO MOMENTO DO CADASTRO DO ARTIGO.

### 1. Declaração de responsabilidade e cessão de direitos autorais

Todos os autores e coautores devem preencher e assinar a declaração conforme modelo disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracao.doc>.

### 2. Parecer de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

No caso de pesquisas que envolvam seres humanos, realizadas no Brasil, nos termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro

de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, enviar documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o trabalho foi realizado. No caso de instituições que não disponham de um CEP, deverá ser apresentado o documento do CEP pelo qual ela foi aprovada. Pesquisas realizadas em outros países, anexar declaração indicando o cumprimento integral dos princípios éticos e das legislações específicas.

## **DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA A SER ENVIADA APÓS A APROVAÇÃO DO ARTIGO**

### **1. Declaração de revisão ortográfica e gramatical**

Os artigos aprovados deverão passar por revisão ortográfica e gramatical feita por profissional qualificado, com base em uma lista de revisores indicados pela revista. O artigo revisado deve vir acompanhado de declaração do revisor.

### **2. Declaração de tradução**

Os artigos aprovados poderão ser traduzidos para o inglês a critério dos autores. Neste caso, a tradução será feita por profissional qualificado, com base em uma lista de tradutores indicados pela revista. O artigo traduzido deve vir acompanhado de declaração do tradutor.

### **Endereço para correspondência**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ),  
Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br

# Saúde em Debate

## INSTRUCTIONS TO AUTHORS

UPDATED IN FEBRUARY 2021

---

### SCOPE AND EDITORIAL POLICY

The journal 'Saúde em Debate' (Health in Debate), created in 1976, is published by Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) (Brazilian Center for Health Studies), that aims to disseminate studies, researches and reflections that contribute to the debate in the collective health field, especially those related to issues regarding policy, planning, management, work and assessment in health. The editors encourage contributions from different theoretical and methodological perspectives and from various scientific disciplines are valued.

The journal is published on a quarterly basis; the Editors may decide on publishing special issues, which will follow the same submission and assessment process as the regular issues.

'Saúde em Debate' accepts unpublished and original works that bring relevant contribution to scientific knowledge in the health field.

The journal has an Editorial Board that contributes to the definition of its editorial policy. Its members are part of the Editorial Committee and/or the database of referees in their specific areas.

Authors are entirely and exclusively responsible for the submitted manuscripts, which must not be simultaneously submitted to another journal, be it integrally or partially. It is Cebes' policy to own the copyright of all articles published in the journal.

In case of approval and publication of the work in the journal, the copyrights referred to it will become property of the journal, which adopts the Creative Commons License CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) and the open access policy, so the texts are available for anyone to read, download, copy, print, share, reuse and distribute, with due citation of the source and authorship. In such cases, no permission is required from authors or publishers.

'Saúde em Debate' accepts preprints from national and international databases that are academically recognized, such as SciELO Preprint (<https://preprints.scielo.org>). The submission of preprints is not mandatory and doing it does not prevent the concomitant submission to the 'Saúde em Debate' journal.

The Journal adopts the 'Rules for the presentation of papers submitted for publication in medical journals' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principles of Transparency and Good Practice in Academic Publications' recommended by the Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). These recommendations, regarding the integrity and ethical standards in the research's development and the reporting, are available in the URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). The portuguese version was published in Rev Port Clin Geral 1997, 14:159-174. 'Saúde em Debate' follows the SciELO's 'Guide to Good Practices for the Strengthening of Ethics in Scientific Publishing': <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Fortalecimento-da-Etica-na-Publicacao-Cientifica.pdf>. Authors are advised to read.

No fees are charged from the authors for the submission or publication of articles; nevertheless, once the article has been approved for publication, the authors are responsible for the language proofreading (mandatory) and the translation into English (optional), based on a list of proofreaders and translators provided by the journal.

Before being sent for peer review, articles submitted to the journal 'Saúde em Debate' undergo plagiarism-detecting softwares Plagiarisma and Copyspider. Thus, it is possible that the authors are questioned about information identified by the tool to guarantee the originality of the manuscripts, referencing all the sources of research used. Plagiarism is an unacceptable editorial behavior, so if its existence is proven, the authors involved will not be able to submit new articles to the journal.

NOTE: Cebes editorial production is a result of collective work and of institutional and individual support. Authors' contribution for the continuity of 'Saúde em Debate' journal as a democratic space for the dissemination of critical knowledge in the health field shall be made by means of association to Cebes. In order to become an associate, please access <http://www.cebes.org.br>.

### GUIDELINES FOR THE PREPARATION AND SUBMISSION OF ARTICLES

Articles should be submitted on the website: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). After registering, the author responsible for the submission will create his login name and a password.

When submitting the article, all information required must be supplied with identical content as in the uploaded file.

### Types of texts accepted for submission

**1. Original article:** result of scientific research that may be generalized or replicated. The text should comprise a maximum of 6,000 words.

**2. Essay:** critical analysis on a specific theme relevant and of interest to Brazilian and/or international topical health policies. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**3. Systematic or integrative review:** critical review of literature on topical theme in health. Systematic review rigorously synthesises research related to an issue. Integrative review provides more comprehensive information on the subject. The text should comprise a maximum of 8,000 words.

**4. Opinion article:** exclusively for authors invited by the Editorial Board. No abstract or summary are required. The text should comprise a maximum of 7,000 words.

**5. Case study:** description of academic, assistential or extension experiences that bring significant contributions to the area. The text should comprise a maximum of 5,000 words.

**6. Critical review:** review of books on subjects of interest to the field of public health, by decision of the Editorial Board. Texts should present an overview of the work, its theoretical framework and target audience. The text should comprise a maximum of 1,200 words. A high resolution cover should be sent through the journal's system.

**7. Document and testimony:** works referring to themes of historical or topical interest, by decision of the Editorial Board.

**Important:** in all cases, the maximum number of words includes the body of the article and references. It does not include title, abstract, keywords, tables, charts, figures and graphs.

## Text preparation and submission

The text may be written in Portuguese, Spanish or English. It should be typed in Microsoft® Word or compatible software, in doc or docx format, to be attached in the corresponding field of the submission form. It must not contain any information that makes it possible to identify the authors or institutions to which they are linked.

Type in standard size page A4 (210X297mm); all four margins 2.5cm wide; font Times New Roman in 12pt size; line spacing 1.5.

### The text must comprise:

**Title:** expressing clearly and briefly the contents of the text, in no more than 15 words. The title should be in bold font, using capital letters only for proper nouns. Texts written in Portuguese and Spanish should have the title in the original idiom and in English. The text in English should have the title in English and in Portuguese.

**Abstract:** in Portuguese and English or in Spanish and English, comprising no more than 200 words, clearly outlining the aims, the method used and the main conclusions of the work. It should not be structured, without topics (introduction, methods, results etc.); citations or abbreviations should not be used, except for internationally recognized abbreviations.

**Keywords:** at the end of the abstract, three to five keywords should be included, separated by period (only the first letter in capital), using terms from the structured vocabulary (DeCS) available at [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Clinical trial registration:** 'Saúde em Debate' journal supports the policies for clinical trial registration of the World Health Organization (WHO) and the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), thus recognizing its importance to the registry and international dissemination of information on clinical trial. Thus, clinical researches should contain the identification number on one of the Clinical Trials registries validated by WHO and ICMJE, whose addresses are available at <http://www.icmje.org>. Whenever a trial registration number is available, authors should list it at the end of the abstract.

**Ethics in research involving human beings:** the publication of articles with results of research involving human beings is conditional on compliance with the ethical principles contained in the Declaração de Helsinki, of 1964, reformulated in 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 and 2008, of the World Medical Association; besides complying with the specific legislations of the country in which the research was carried out, when existent. Articles with research involving human beings should make it clear, in the last paragraph of the 'Material and methods' section, the compliance with ethical principles and send a declaration of responsibility in the act of submission.

The journal respects the authors' style and creativity regarding the text composition; nevertheless, the text must contemplate conventional elements, such as:

**Introduction:** with clear definition of the investigated problem and its rationale;

**Material and methods:** objectively described in a clear and objective way, allowing the reproductibility of the research. In case it involves human beings, the approval number of the Research Ethics Committee (CEP) must be registered;

**Results and discussion:** may be presented together or separately;

**Conclusions or final considerations:** depending on the type of research carried out;

**References:** only cited authors should be included in the text and follow the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, of the ICMJE, used for the preparation of references (known as 'Vancouver Style'). For further clarification, we recommend consulting the Reference Normalization Manual (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>) prepared by the Cebes editorial.

## NOTES:

The journal does not use underlines and bold as an emphasis. Use single quotes to draw attention to expressions or titles of works. Examples: 'gateway'; 'Saúde em Debate'. Words in other languages should be written in italics, except for proper names.

Avoid using capital letters in the text, except for absolutely necessary ones.

Testimonials of subjects should be presented in italics and in double quotation marks in the body of the text (if less than three lines). If they have more than three lines, they should be written in italics, without quotes, highlighted in the text, with a 4 cm backspace, simple space and font 11.

Footnotes should not be used in the text. If absolutely necessary, footnotes should be indicated with sequential superscript numbers.

Repetition of data or information in the different parts of the text should be avoided.

Figures, graphs, charts and tables should be supplied in high resolution, in black-and-white or in gray scale, and on separate sheets, one on each sheet, following the order in which they appear in the work (they should be numbered and comprise title and source). Their position should be clearly indicated on the page where they are inserted. The quantity of figures, graphs, charts and tables should not exceed five per text. The file should be editable (not taken from other files) and, in the case of images (photographs, drawings, etc.), it must be in high resolution with at least 300 DPI.

In case there are photographs, subjects must not be identified, unless they authorize it, in writing, for the purpose of scientific dissemination.

## Information about authors

The journal accepts a maximum of seven authors per article. Information should be included only in the submission form, containing: full name, abbreviated name for bibliographic citations, linked institutions with up to three hierarchies, ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) code and e-mail.

## Funding

The scientific papers, when funded, must identify the source of the funds. The "Saúde em Debate" Journal meets the Ordinance nº 206 of 2018 from the Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, for any work made or published, in any medium, resulting from activities totally or partially funded by Capes.

## ASSESSMENT PROCESS

Every manuscript received by 'Saúde em Debate' is submitted to prior analysis. Works that are not in accordance to the journal publishing norms shall be returned to the authors for adequacy and new submission. Once the journal's standards have been entirely met, manuscripts will be appraised by the Editorial Board, composed of the editor-in-chief and associate editors, for originality, scope, topicality, and compliance with the journal's editorial policy. Articles recommended by the Board shall be forwarded for assessment to at least two reviewers, who will be indicated according to the theme of the work and to their expertise, and who will provide their approval, refusal, and/or make recommendations to the authors.

'Saúde em Debate' uses the double-blind review method, which means that the names of both the authors and the reviewers are concealed from one another during the entire assessment process. In case there is divergence between the reviewers, the article will be sent to a third reviewer. Likewise, the Editorial Board may also produce a third review. The reviewers' responsibility is to recommend the acceptance, the refusal, or the reformulation of the works. In case there is a reformulation request, the authors shall return the revised work until the stipulated date. In case this does not happen, the work shall be excluded from the system.

The Editorial Board has full authority to decide on the final acceptance of the work, as well as on the changes made.

No additions or changes will be accepted after the final approval of the work. In case the journal's Editorial Board has any suggestions regarding changes on the structure or contents of the work, these shall be previously agreed upon with the authors by means of e-mail communication.

The typeset article proof will be sent by e-mail to the corresponding author; it must be carefully checked and returned until the stipulated date.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE DIGITALIZED AND SENT THROUGH THE JOURNAL'S SYSTEM AT THE MOMENT OF THE ARTICLE REGISTER**

### **1. Declaration of responsibility and assignment of copyright**

All the authors and co-authors must fill in and sign statement following the models available at: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaration.docx>.

### **2. Approval statement by the Research Ethics Committee (CEP)**

In the case of researches involving human beings, carried out in Brazil, in compliance with Resolution 466, of 12th December 2012, from the National Health Council (CNS), the research approval statement of the Research Ethics Committee from the institution where the work has been carried out must be forwarded. In case the institution does not have a CEP, the document issued by the CEP where the research has been approved must be forwarded. Researches carried out in other countries: attach declaration indicating full compliance with the ethical principles and specific legislations.

## **MANDATORY DOCUMENTATION TO BE SENT AFTER APPROVAL OF THE ARTICLE**

### **1. Statement of spelling and grammar proofreading**

Upon acceptance, articles must be proofread by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. After proofreading, the article shall be returned together with a statement from the proofreader.

### **2. Statement of translation**

The articles accepted may be translated into English on the authors' responsibility. In this case, the translation shall be carried out by a qualified professional to be chosen from a list provided by the journal. The translated article shall be returned together with a statement from the translator.

### **Correspondence address**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 - Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
E-mail: [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

# Saúde em Debate

## Instrucciones para los autores

ACTUALIZADAS EN FEBRERO DE 2021

---

### ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

La revista 'Saúde em Debate' (Salud en Debate), creada en 1976, es una publicación del Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Su objetivo es divulgar estudios, investigaciones y reflexiones que contribuyan para el debate en el campo de la salud colectiva, en especial aquellos que tratan de temas relacionados con la política, la planificación, la gestión y la evaluación de la salud. La revista le otorga importancia a trabajos con abordajes teórico-metodológicos diferentes que representen contribuciones de las variadas ramas de las ciencias.

La periodicidad de la revista es trimestral. Y de acuerdo al criterio de los editores son publicados números especiales que siguen el mismo proceso de sujeción y evaluación de los números regulares.

'Saúde em Debate' acepta trabajos originales e inéditos que aporten contribuciones relevantes para el conocimiento científico acumulado en el área.

La revista cuenta con una Junta Editorial que contribuye para la definición de su política editorial. Sus miembros son integrantes del Comité Editorial y/o del banco de árbitros en sus áreas específicas.

Los trabajos enviados a la revista son de total y exclusiva responsabilidad de los autores y no pueden ser presentados simultáneamente a otra, ni parcial ni integralmente.

En el caso de la aprobación y publicación del artículo en la revista, los derechos de autor referidos al mismo se tornarán propiedad de la revista que adopta la Licencia Creative Commons CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt>) y la política de acceso abierto, por lo tanto, los textos están disponibles para que cualquier persona los lea, baje, copie, imprima, comparta, reutilice y distribuya, con la debida citación de la fuente y la autoría. En estos casos, ningún permiso es necesario por parte de los autores o de los editores.

La 'Saúde em Debate' acepta artículos en *preprint* de bases de datos nacionales e internacionales reconocidos académicamente como el SciELO *Preprints* (<https://preprints.scielo.org>). No es obligatoria la proposición del artículo en *preprint* y esto no impide el envío simultáneo a la revista Saúde em Debate.

La revista adopta las 'Reglas para la presentación de artículos propuestos para publicación en periódicos médicos' - International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), 'Principios de transparencia y buenas prácticas en las publicaciones académicas' recomendadas pelo Committee on Publication Ethics (Cope): [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org). Esas recomendaciones, con respecto a la integridad y los estándares éticos al realizar y reportar investigaciones, están disponibles en la URL [http://www.icmje.org/urm\\_main.html](http://www.icmje.org/urm_main.html). La versión en portugués fué publicada en Rev Port Clin Geral 1997, 14: 159-174. La 'Saúde em Debate' sigue el 'Guía de Buenas Prácticas para el Fortalecimiento de la Ética en la Publicación Científica' de SciELO: <https://wp.scielo.org/wp-content/uploads/Guia-de-Boas-Praticas-para-o-Strengthening-of-Ethics-in-Publication-Scientific.pdf>. Se recomienda a los autores la lectura.

'Saúde em Debate' no cobra tasas a los autores para la evaluación de sus trabajos. Si el artículo es aprobado queda bajo la responsabilidad de estos la revisión (obligatoria) del idioma y su traducción para el inglés (opcional), teniendo como referencia una lista de revisores y traductores indicados por la revista.

Antes de que sean enviados para la evaluación por los pares, los artículos sometidos a la revista 'Saúde em Debate' pasan por *softwares* detectores de plagio. Así es posible que los autores sean cuestionados sobre informaciones identificadas por la herramienta para garantizar la originalidad de los manuscritos y las referencias a todas las fuentes de investigación utilizadas. El plagio es un comportamiento editorial inaceptable y, de esa forma, en caso de que sea comprobada su existencia, los autores involucrados no podrán someter nuevos artículos para la revista.

NOTA: La producción editorial de Cebes es el resultado de apoyos institucionales e individuales. La colaboración para que la revista 'Saúde em Debate' continúe siendo un espacio democrático de divulgación de conocimientos críticos en el campo de la salud se dará por medio de la asociación de los autores al Cebes. Para asociarse entre al *site* <http://www.cebes.org.br>.

### ORIENTACIONES PARA LA PREPARACIÓN Y LA SUJECCIÓN DE LOS TRABAJOS

Los trabajos deben ser presentados en el *site*: [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br). Después de su registro, el autor responsable por el envío creará su logín y clave para el acompañamiento del trámite.

#### Modalidades de textos aceptados para publicación

**1. Artículo original:** resultado de una investigación científica que pueda ser generalizada o replicada. El texto debe contener un máximo 6.000 palabras.

**2. Ensayo:** un análisis crítico sobre un tema específico de

relevancia e interés para la coyuntura de las políticas de salud brasileña e internacional. El trabajo debe contener un máximo de 7.000 palabras.

**3. Revisión sistemática o integradora:** revisiones críticas de la literatura de un tema actual de la salud. La revisión sistemática sintetiza rigurosamente investigaciones relacionadas con una cuestión. La integrativa proporciona una información más amplia sobre el tema. El texto debe contener un máximo de 8.000 palabras.

**4. Artículo de opinión:** exclusivamente para autores invitados por el Comité Editorial, con un tamaño máximo de 7.000 palabras. En este formato no se exigirán resumen y abstract.

**5. Relato de experiencia:** descripciones de experiencias académicas, asistenciales o de extensión con hasta 5.000 palabras y que aporten contribuciones significativas para el área.

**6. Reseña:** reseñas de libros de interés para el área de la salud colectiva de acuerdo al criterio del Comité Editorial. Los textos deberán presentar una visión general del contenido de la obra, de sus presupuestos teóricos y del público al que se dirigen, con un tamaño de hasta 1.200 palabras. La portada en alta resolución debe ser enviada por el sistema de la revista.

**7. Documento y declaración:** a criterio del Comité Editorial, trabajos referentes a temas de interés histórico o coyuntural.

**Importante:** en todos los casos, el número máximo de palabras incluye el cuerpo del artículo y las referencias. No incluye título, resumen, palabras-clave, tablas, cuadros, figuras y gráficos.

### Preparación y sujeción del texto

El texto puede ser escrito en portugués, español o inglés. Debe ser digitalizado en el programa Microsoft®Word o compatible y grabado en formato doc o docx, para ser anexado en el campo correspondiente del formulario de envío. No debe contener ninguna información que permita identificar a los autores o las instituciones a las que se vinculan.

Y digitalizado en hoja patrón A4 (210x297mm), margen de 2,5 en cada uno de los cuatro lados, letra Times New Roman tamaño 12, espacio entre líneas de 1,5.

### El trabajo debe contener:

**Título:** que exprese clara y sucintamente el contenido del texto en un máximo de 15 palabras. El título se debe escribir en negritas,

sólo con iniciales mayúsculas para nombres propios. El texto en español y portugués debe tener el título en el idioma original y en Inglés. El texto en Inglés debe tener el título en Inglés y portugués.

**Resumen:** en portugués y en Inglés o Español y en Inglés con no más de 200 palabras, en el que queden claros los objetivos, el método utilizado y las principales conclusiones. Debe ser no estructurado, sin emplear tópicos (introducción, métodos, resultados, etc.), citas o siglas, a excepción de abreviaturas reconocidas internacionalmente.

**Palabras-clave:** al final del resumen, debe incluirse de tres a cinco palabras-clave, separadas por punto (sólo la primera inicial mayúscula), utilizando los términos presentados en el vocabulario estructurado (DeCS), disponibles en: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br).

**Registro de ensayos clínicos:** la revista 'Saúde em Debate' apoya las políticas para el registro de ensayos clínicos de la Organización Mundial de Salud (OMS) y del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconociendo su importancia para el registro y la divulgación internacional de informaciones de los mismos. En este sentido, las investigaciones clínicas deben contener el número de identificación en uno de los registros de Ensayos Clínicos validados por la OMS y ICMJE y cuyas direcciones están disponibles en: <http://www.icmje.org>. En estos casos, el número de la identificación deberá constar al final del resumen.

**Ética en investigaciones que involucren seres humanos:** la publicación de artículos con resultados de investigaciones que involucra a seres humanos está condicionada al cumplimiento de los principios éticos contenidos en la Declaração de Helsinki, de 1964, reformulada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 y 2008 de la Asociación Médica Mundial, además de atender a las legislaciones específicas del país en el cual la investigación fue realizada, cuando las haya. Los artículos con investigaciones que involucrar a seres humanos deberán dejar claro en la sección de material y métodos el cumplimiento de los principios éticos y encaminar una declaración de responsabilidad en el proceso de sometimiento.

La revista respeta el estilo y la creatividad de los autores para la composición del texto; sin embargo, el texto debe observar elementos convencionales como:

**Introducción:** con una definición clara del problema investigado, su justificación y objetivos;

**Material y métodos:** descritos en forma objetiva y clara, permitiendo la replicación de la investigación. En caso de que ella involucre seres humanos, se registrará el número de opiniones aprobatorias del Comité de Ética en Pesquisa (CEP);

**Resultados y discusión:** pueden ser presentados juntos o en ítems separados;

**Conclusiones o consideraciones finales:** que depende del tipo de investigación realizada;

**Referencias:** Deben constar sólo los autores citados en el texto y seguir los Requisitos Uniformes de Manuscritos Sometidos a Revistas Biomédicas del ICMJE, utilizados para la preparación de referencias (conocidos como 'Estilo de Vancouver'). Para mayores aclaraciones, recomendamos consultar el Manual de Normalización de Referencias (<http://revista.saudeemdebate.org.br/public/manualvancouver.pdf>).

## OBSERVACIONES

La revista no utiliza subrayados ni negritas para resaltar partes del texto. Utiliza comillas simples para llamar la atención de expresiones o títulos de obras. Ejemplos: 'puerta de entrada'; 'Salud en Debate'. Las palabras en otros idiomas se deben escribir en cursivas, con la excepción de nombres propios.

Se debe evitar el uso de iniciales mayúsculas en el texto, con la excepción de las absolutamente necesarias.

Los testimonios de sujetos deberán ser presentados igualmente en cursivas y entre comillas dobles en el cuerpo del texto (si son menores de tres líneas). Si son mayores de tres líneas, deben escribirse en de la misma manera, sin comillas, desplazadas del texto, con retroceso de 4 cm, espacio simple y fuente 11.

No se debe utilizar notas al pie de página en el texto. Las marcas de notas a pie de página, cuando sean absolutamente indispensables, deberán ser numeradas y secuenciales.

Se debe evitar repeticiones de datos o informaciones en las diferentes partes que componen el texto.

Las figuras, gráficos, cuadros y tablas deben estar en alta resolución, en blanco y negro o escala de grises, y sometidos en archivos separados del texto, uno a uno, siguiendo el orden en que aparecen en el estudio (deben ser numerados y contener título y fuente). En el texto sólo tiene que identificarse el lugar donde se deben insertar. El número de figuras, gráficos, cuadros o tablas debe ser de un máximo de cinco por texto. El archivo debe ser editable (no extraído de otros archivos) y, cuando se trate de imágenes (fotografías, dibujos, etc.), tiene que estar en alta resolución con un mínimo de 300 DPI.

En el caso del uso de fotografías, los sujetos involucrados en estas no pueden ser identificados, a menos que lo autoricen, por escrito, para fines de divulgación científica.

## Información sobre los autores

La revista acepta, como máximo, siete autores por artículo. La información debe incluirse sólo en el formulario de

sometimiento conteniendo: nombre completo, nombre abreviado para citas bibliográficas, instituciones a las que están vinculados con hasta tres jerarquías, código ORCID ID (Open Researcher and Contributor ID) y correo electrónico.

## Financiación

Los artículos científicos, cuando reciben financiación, deben identificar la fuente de financiamiento. La revista 'Saúde em Debate' cumple con la Ordenanza N° 206 de 2018 del Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre Citação obrigatória da Capes, para obras producidas o publicadas, en cualquier medio, que resulten de actividades financiadas total o parcialmente por la Capes.

## PROCESO DE EVALUACIÓN

Todo original recibido por la revista 'Saúde em Debate' es sometido a un análisis previo. Los trabajos que no estén de acuerdo con las normas de publicación de la revista serán devueltos a los autores para su adecuación y una nueva evaluación.

Una vez cumplidas integralmente las normas de la revista, los originales serán valorados por el Comité Editorial, compuesto por el editor jefe y por editores asociados, quienes evaluarán la originalidad, el alcance, la actualidad y la relación con la política editorial de la revista. Los trabajos recomendados por el comité serán evaluados, por lo menos, por dos árbitros indicados de acuerdo con el tema del trabajo y su experticia, quienes podrán aprobar, rechazar y/o hacer recomendaciones a los autores.

La evaluación es hecha por el método del doble ciego, esto es, los nombres de los autores y de los evaluadores son omitidos durante todo el proceso de evaluación. En caso de que se presenten divergencias de opiniones, el trabajo será encaminado a un tercer evaluador. De la misma manera, el Comité Editorial puede, a su criterio, emitir un tercer juicio. Cabe a los evaluadores, como se indicó, recomendar la aceptación, rechazo o la devolución de los trabajos con indicaciones para su corrección. En caso de una solicitud de corrección, los autores deben devolver el trabajo revisado en el plazo estipulado. Si los autores no se manifiestan en tal plazo, el trabajo será excluido del sistema.

El Comité Editorial tiene plena autoridad para decidir la aceptación final del trabajo, así como sobre las alteraciones efectuadas.

No se admitirán aumentos o modificaciones después de la aprobación final del trabajo. Eventuales sugerencias de modificaciones de la estructura o del contenido por parte de los editores de la revista serán previamente acordadas con los autores por medio de la comunicación por *e-mail*.

La versión diagramada (prueba de prensa) será enviada igualmente por correo electrónico al autor responsable por la correspondencia de la revisión final y deberá devolverla en el plazo estipulado.

## **LOS DOCUMENTOS RELACIONADOS A SEGUIR DEBEN SER DIGITALIZADOS Y ENVIADOS POR EL SISTEMA DE LA REVISTA EN EL MOMENTO DEL REGISTRO DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de responsabilidad y cesión de derechos de autor**

Todos los autores y coautores deben llenar y firmar la declaración según el modelo disponible en: <http://revista.saudeemdebate.org.br/public/declaracion.docx>.

### **2. Dictamen de Aprobación del Comité de Ética en Investigación (CEP)**

En el caso de investigaciones que involucren a seres humanos realizadas en Brasil, en los términos de la Resolución 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud, debe enviarse el documento de aprobación de la investigación por el Comité de Ética en Investigación de la institución donde el trabajo fue realizado. En el caso de instituciones que no dispongan de un CEP, deberá presentarse el documento del CEP por el cual fue aprobada. Las investigaciones realizadas en otros países, deben anexar

la declaración indicando el cumplimiento integral de los principios éticos y de las legislaciones específicas.

## **DOCUMENTOS OBLIGATORIOS QUE DEBEN SER ENVIADOS DESPUÉS DE LA APROBACIÓN DEL ARTÍCULO**

### **1. Declaración de revisión ortográfica y gramatical**

Los artículos aprobados deberán ser revisados ortográfica y gramaticalmente por un profesional cualificado, según una lista de revisores indicados por la revista. El artículo revisado debe estar acompañado de la declaración del revisor.

### **2. Declaración de traducción**

Los artículos aprobados podrán ser, a criterio de los autores, traducidos al inglés. En este caso, la traducción debe ser hecha igualmente por un profesional cualificado, siempre de acuerdo a una lista de traductores indicados por la revista. El artículo traducido debe estar acompañado de la declaración del traductor.

### **Dirección para correspondencia**

Avenida Brasil, 4.036, sala 802  
CEP 21040-361 – Manguinhos, Rio de Janeiro (RJ), Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140/9140  
Fax: (21) 2260-3782  
*E-mail:* revista@saudeemdebate.org.br

## CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES)

### DIREÇÃO NACIONAL (GESTÃO 2022)

NATIONAL BOARD OF DIRECTORS (YEAR 2022)

Presidente: Lucia Regina Florentino Souto  
Vice-Presidente: (vacância)  
Diretor Administrativo: Carlos Fidelis da Ponte  
Diretora de Política Editorial: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato  
Diretores Executivos: Ana Maria Costa  
Heleno Rodrigues Corrêa Filho  
Maria Lucia Freitas Santos  
Ronaldo Teodoro dos Santos (Ad hoc)

### CONSELHO FISCAL | FISCAL COUNCIL

Ana Tereza da Silva Pereira Camargo  
Claudia Travassos  
Victória S. L. Araújo do Espírito Santo

#### Suplentes | Substitutes

Iris da Conceição  
Jamilli Silva Santos  
Matheus Ribeiro Bizuti

### CONSELHO CONSULTIVO | ADVISORY COUNCIL

Claudimar Amaro de Andrade Rodrigues  
Cornelis Johannes van Stralen  
Cristiane Lopes Simão Lemos  
Itamar Lages  
José Carvalho de Noronha  
José Ruben de Alcântara Bonfim  
Livia Millena B. Deus e Mello  
Lizaldo Andrade Maia  
Maria Edna Bezerra Silva  
Maria Eneida de Almeida  
Maria Lucia Frizon Rizzotto  
Matheus Falcão  
Rafael Damasceno de Barros  
Sergio Rossi Ribeiro

### SECRETÁRIO EXECUTIVO | EXECUTIVE SECRETARY

Carlos dos Santos Silva

### SETOR FINANCEIRO | FINANCIAL SECTOR

Marco Aurélio Ferreira Pinto

### EQUIPE DE COMUNICAÇÃO | COMMUNICATION TEAM

Xico Teixeira  
Francisco Barbosa

### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Avenida Brasil, 4036 - sala 802 - Manguinhos  
21040-361 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil  
Tel.: (21) 3882-9140 | 3882-9141 Fax.: (21) 2260-3782

Site: [www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br) • [www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)  
E-mail: [cebes@cebes.org.br](mailto:cebes@cebes.org.br) • [revista@saudeemdebate.org.br](mailto:revista@saudeemdebate.org.br)

A revista Saúde em Debate é  
associada à Associação Brasileira  
de Editores Científicos



Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes - n.1 (1976) - São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes, 2022.

v. 46. n. especial 5; 27,5 cm

ISSN 0103-1104

1. Saúde Pública, Periódico. I. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Cebes

CDD 362.1

***cebes***  
*Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*

[www.cebes.org.br](http://www.cebes.org.br)

[www.saudeemdebate.org.br](http://www.saudeemdebate.org.br)