



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

PAULA JORDANA FERNANDES MARTINS FURTADO

SAÚDE DA CRIANÇA: PRINCIPAIS CAUSAS QUE LEVAM AS CRIANÇAS
AO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA –PSF MORRINHOS

GUARACIABA DO NORTE-CEARÁ

2018

PAULA JORDANA FERNANDES MARTINS FURTADO

**SAÚDE DA CRIANÇA: PRINCIPAIS CAUSAS QUE LEVAM AS CRIANÇAS
AO CENTRO DE SAUDE DA FAMÍLIA – PSF MORRINHOS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Ma. Cristiane da Silva Monte

GUARACIABA DO NORTE - CEARÁ

2018

PAULA JORDANA FERNANDES MARTINS FURTADO

**SAÚDE DA CRIANÇA: PRINCIPAIS CAUSAS QUE LEVAM AS CRIANÇAS
AO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA-PSF MORRINHOS**

Monografia apresentada em: 09/08/18

BANCA EXAMINADORA

Jacques Antonio Cavalcante Maciel

Francisca Julia dos Santos Sousa

RESUMO

A saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, a organização de uma rede integrada de assistência deve ser baseada nos princípios já assegurados pela legislação (Constituição, Estatuto da Criança, e Sistema Único de Saúde) garantindo o acesso aos serviços de saúde hierarquizados, enfocando a integralidade do indivíduo e da assistência. Com isso o objetivo desse estudo é avaliar os principais motivos que levam as crianças ao PSF. Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em Guaraciaba do Norte-CE, no Brasil. O Cenário da pesquisa foi o PSF de Morrinhos Novo, que abrange cerca de 2010 pessoas, 701 famílias e um total de 305 crianças de 0 A 9 anos. A coleta dos dados foi durante o meses de março a maio 2018. Os resultados apresentados descrevem que (57%) dessas crianças procura o PSF para vacinação e (11%) procura para a consulta de puericultura. O que nós leva a perceber que as mães tem apresentado um certo cuidado em relação a prevenção de doenças. A Atenção primária é considerada a porta prioritária aos serviços de saúde, devido a sua especificidade deve ser a fonte de maior atendimento e informação aos usuários, por isso faz-se necessário que a cada dia tenhamos profissionais mais capacitados para atender a demanda da comunidade.

Palavras-Chaves: Criança; Educação em Saúde; Saúde da Família

ABSTRACT

The integral health of the child and reduction of infant mortality, the organization of an integrated network of assistance should be based on the principles already assured by the legislation (Constitution, Statute of the Child, and Unified Health System), guaranteeing access to hierarchical health services, focusing on the integrality of the individual and the care. Therefore, the objective of this study is to evaluate the main reasons that lead children to FHP. This is an exploratory-descriptive research with a qualitative approach. The research was conducted in Guaraciaba do Norte-CE, Brazil. The research scenario was the PSF Morrinhos Novo, which covers about 2010 people, 701 families and a total of 305 children from 0 to 9 years. Data collection was from March to May 2018. The results presented describe that (57%) of these children seek the FHP for vaccination and (11%) seek for the child care consultation. What leads us to realize that mothers have presented a certain care with regard to disease prevention. Primary care is considered the priority door to health services, due to its specificity should be the source of greater care and information to users, so it is necessary that each day we have professionals more capable to meet the demand of the community.

Keywords: Child; Health education; Family Health

SUMARIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	OBJETIVOS.....	10
2.1	Objetivos Gerais.....	10
2.2	Objetivos Específicos	10
3	REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1	Saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas.....	11
3.2	Atenção à Saúde da Criança na ESF.....	16
3.3	Principais sentimentos das crianças doentes.....	16
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	20
4.1	Tipo de pesquisa.....	20
4.2	Participantes do Estudo.....	21
4.3	Cenário e Período da Coleta de dados.....	21
4.4	Procedimentos para a coleta de informações.....	21
4.5	Análise e Interpretação das Informações.....	21
4.6	Métodos e Procedimentos.....	22
4.7	Procedimentos Éticos.....	23
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	23
6	CONCLUSÃO.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Agenda de compromissos para saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, a organização de uma rede integrada de assistência deve ser baseada nos princípios já assegurados pela legislação (Constituição, Estatuto da Criança, e Sistema Único de Saúde) garantindo o acesso aos serviços de saúde hierarquizados, enfocando a integralidade do indivíduo e da assistência. Este documento aponta alguns princípios norteadores do cuidado à saúde da criança, como o acesso universal, acolhimento, responsabilização, assistência integral e resolutiva, equidade entre outros (BRASIL, 2005).

A cada ano morrem cerca de 12 milhões de crianças, antes de chegar aos cinco anos de idade, muitas delas, durante o primeiro ano de vida, sobretudo nos países em desenvolvimento. Sete, de cada dez, dessas mortes devem-se a infecções respiratórias agudas (principalmente pneumonia), à diarreia, ao sarampo, à malária ou desnutrição, e, freqüentemente, a uma combinação dessas afecções (CONDORIMAY; VENDRUSCOLO, 2004).

O crescimento infantil é reconhecido como um importante indicador na área da saúde pública para monitorar o estado de saúde e nutrição de populações, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais, refletindo as condições de vida da criança no passado e no presente. Tais fatores ambientais compreendem: a alimentação, a ocorrência de doenças, os cuidados gerais e de higiene, as condições de habitação e saneamento básico e o acesso aos serviços de saúde (SILVA E MOURA, 2010).

No Brasil, a atenção à saúde vem passando por transformações em função dos avanços científicos e tecnológicos que estamos presenciando e da incorporação dos modelos assistenciais na promoção da saúde juntamente com a preocupação com os direitos humanos. Em nosso país, a Constituição Federal assegura que a saúde é um direito de todos e dever do estado e, de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa, ou seja, além de oferecer o atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade

(BRASIL, 2005).

A legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) reforça o compromisso pela promoção do bem estar desses pequenos cidadãos. Responsabilidade esta que não é apenas da família, mas do estado e da sociedade como um todo (BRASIL, 2005).

O desenvolvimento infantil é um processo complexo que envolve as diferenças individuais e as específicas de cada período, como mudanças nas características, nos comportamentos, nas possibilidades e nas limitações de cada fase da vida, indistintamente. No período que compreende dos sete aos dez anos, que se convencionou chamar de período escolar, ocorrem transformações significativas nos aspectos cognitivos, socioemocionais e da comunicação plástica, pois é nessa fase que o raciocínio da criança apresenta-se mais lógico e compreende melhor os fatos. Ainda nessa fase, amplia seu vocabulário e sua linguagem ganha mais coerência, clareza e comunicabilidade (VALLADARES et al., 2006).

O adoecer pode provocar muitas alterações nas vidas das crianças, desequilibrando seus organismos, despertando-lhes dor e sofrimento, o que acarretará num bloqueio de seu desenvolvimento saudável, ainda mais se a hospitalização se tratar de um processo longo (VALADARES; CARVALHO, 2006).

Diante da hospitalização a criança se encontra física e emocionalmente debilitada, vivenciando um momento de separação do lar e mudança em sua rotina, inserida agora num ambiente que lhe é estranho e no qual é submetida a procedimentos que muitas vezes lhe causam dor e sofrimento (GABARRA, 2005).

A doença impede a criança de desenvolver as atividades regulares de seu dia-a-dia e provoca, muitas vezes, sensações de dor, desconforto e mal-estar. A hospitalização leva a criança à necessidade de afastar-se do seu lar, sua escola, seus amigos, enfim, sua vida cotidiana, para ingressar em um ambiente completamente novo, com pessoas estranhas, imersas em uma rotina alheia ao seu modo de vida e um aparato terapêutico cuja finalidade é desconhecida para ela (CIBREIROS, 2000).

Diante disso, em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) com a Portaria nº 1.1303 , a qual sintetiza de maneira clara e objetiva os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança. O documento aponta estratégias e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde, a fim de facilitar sua implementação pelas gestões estadual e municipal e pelos profissionais de saúde.

A atenção primária à saúde da criança, de modo geral, tem enfoque na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, orientação da alimentação da criança, imunização, prevenção de acidentes e atenção as doenças prevalentes na infância. Essas praticas de saúde são referenciadas como os elementos essenciais para proporcionar boas condições de saúde na infância (UNICEF; 2011).

Segundo estudo de Campos (2011):

A assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por isso é importante acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial.

A puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, com vista à intervenção efetiva e apropriada. Para isto, pressupõe a atuação de toda equipe de atenção à criança, de forma intercalada ou conjunta, possibilitando a ampliação na oferta dessa atenção, pela consulta de enfermagem, consulta médica e grupos educativos.

Diante do exposto e da adoção no Brasil da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção, a qual vem passando por significativa expansão, tendo alcançado, em 2013, a cobertura de 56,2% da população brasileira, com um total de 34.715 equipes implantadas, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, evidencia-se a necessidade de se analisar, frente à saúde infantil, a orientação dos serviços de atenção básica à atenção primária à saúde.

Portanto, a necessidade do cuidado faz-se necessarios para promover saude e diminuir agravos. Nessa perspectiva questiona-se: O que leva as crianças aos centros de saúde da família?

A partir disto buscou-se verificar quais os motivos que fazem as crianças serem levadas para os centros de saúde da família no município de Guaraciaba do Norte.

Torna-se bastante relevante na área da pesquisa quando destacamos a importância do estudo para a melhoria do cuidado à criança e sua família, pois os reflexos sobre esta temática poderão trazer contribuições para que a assistência prestada possa ser vista no princípio da integralidade promovendo assim mudanças positivas no cuidado, podendo assim prestar uma assistência e uma escuta qualificada às crianças e ao familiares que adentram nas unidades de saúde.

O interesse pelo estudo partiu devido ao aumento do número de crianças atendidas em nosso Centro de Saúde. Reforça-se ainda que as crianças necessitam de uma atenção especial, tendo em vista que possuem uma maior vulnerabilidade de saúde, socioeconômica, dentre outros.

1. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Avaliar os principais motivos que levam as crianças ao Centro de Saúde da Família de Guaraciaba do Norte.

2.2 Objetivos Específicos

Conhecer os motivos que levam as crianças ao CSF;

Traçar o perfil das crianças atendidas;

Listar os principais agravos encontrados nessas crianças;

Orientar ações para orientar as mães sobre os cuidados necessários às crianças.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas.

Por muitos anos, as crianças foram tratadas da mesma forma que adultos, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil. Nesse contexto, foram colocadas no lugar de infante (quietinhos, tradução livre do francês), sem voz, como objetos da esfera doméstica. A infância não era percebida pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades singulares. Entretanto, no decorrer dos séculos a criança passou a ser vista socialmente, com particularidades significativas que exigiram transformações sociais, econômicas e políticas (ARAÚJO, 2014).

Essa realidade no Brasil não se mostrou diferente. No período colonial, por exemplo, foi marcado por muitas atrocidades que contribuíram efetivamente para os altos índices de Mortalidade Infantil (MI), os quais se mantinham próximos a 70%. As crianças eram vistas como um instrumento para as famílias, agentes passivos, amedrontadas pelos cruéis castigos físicos, permanecendo constantemente submetidas ao serviço e ao poder paternos, quando não abandonadas em casas de caridade ou hospitais (RIBEIRO, 2006).

Antigamente, os pais tinham direitos sobre os filhos de forma absoluta, era permitido matar, vender ou expor os filhos recém-nascidos. A deformidade da criança ou a pobreza da família bastavam para que a justiça doméstica decretasse sua morte ou seu abandono. O aborto era legítimo e o infanticídio admitido. Um vasto e variado conjunto de leis sobre o abandono foi se formando. Nele não se nota nenhuma preocupação com o lado ético da questão ou com a sorte das crianças. Bebês nascidos defeituosos, por exemplo, podiam perfeitamente ser mortos, atirados ao mar ou queimados. Acreditava-se que as deformidades traziam azar para a comunidade e para a família (OSTENIO E MARIANO, 2008).

Ao longo desses anos, puderam ser evidenciadas inúmeras transformações na atenção à criança, que ocupou diferentes posições na sociedade. Essas modificações a levaram a enfrentar inúmeras situações de

vida e de saúde para, que por fim, depois de muitos anos pudesse ser considerada como sujeitos sociais com peculiaridades exclusivas (ARIÉS, 2011).

No século XI, mundialmente a criança era compreendida exclusivamente como um adulto em miniatura, sem atributos ou singularidades individuais, sobretudo por não possuir a linguagem bem aperfeiçoada. Através da admiração religiosa configurada na representação do menino Jesus, em anjos e na figura morta, o infante passou a ser notado na sociedade, mas, concomitantemente, continuou anexa a estes, incluída em brincadeiras ou trabalho. Sua representação, por volta do século XV, começou a ser mostrada por pintores da época, não por fazer parte de um grupo que precisasse de cuidados especiais da sociedade, mas por sua formosura e delicadeza (SILVA, 2012).

Como se não suficiente o desprezo e as barbaridades a que essas crianças eram sujeitadas, as precárias condições sanitárias e sociais favorecem com o processo de adoecimento, uma vez que, muitas viviam em um único cômodo, sem ventilação ou luz solar, favorecendo para os altos índices de morbimortalidade infantil (ARIÉS, 2011).

Ainda segundo Ariés (2011), nessa época, as mulheres, na evolução do processo de parto, eram acompanhadas por parteiras inábeis para tal procedimento, logo após seus bebês passavam a ser cuidadas por escravas, nomeadas amas-secas. Uma vez que estas, devido a suas condições na sociedade daquele tempo, se alimentavam incorretamente, expostas a péssimas condições de higiene e seus lares eram carentes de saneamento básico. Todos esses fatores facilitavam o contágio de doenças e contribuíam para o adoecimento das crianças.

Pode-se averiguar outro desfavorável agravante que eram as péssimas condições quanto a nutrição e a vestimenta a que as próprias crianças eram obrigadas, uma vez que, a alimentação e as roupas adultas eram prioridade entre o povo dessa época. Como consequência evidencia-se o crescimento de doenças na infância e, quando isso ocorria, eram levadas tarde demais aos médicos.

A criança no século XVII passou a conquistar lugar no meio da sociedade, pois é nesta época que as famílias manifestam carinho e amor ao infante. A sociedade passou a compreender que a criança refletia a essência para as famílias, inclusive quanto a transformações de mudanças físicas e mentais. Durante essa mesma época foram descobertos os primeiros registros do vocabulário infantil (ARIÉS, 2011).

Da mesma maneira no decorrer da década de 1920, o poder público e privado expressa preocupação com as doenças na infância, deixando de ser meramente preocupação das entidades beneficentes, mas somente entre os anos de 1930 e 1940, deram-se início aos programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, todos submetidos às propostas do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Foram estabelecidas certas ações de vigilância e educativas, compreendendo a mulher em todo período gravídico-puerperal. Mas, contudo, as ações estabelecidas à saúde da criança demonstraram apenas o caráter curativo e individualizado, sendo incrementado em hospitais privados ou centros médicos de grandes indústrias (BRASIL, 2015).

Já na década de 1970, foi introduzido o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, expondo como intuito a diminuição da morbimortalidade entre crianças e mães. Iniciaram as ações com caráter preventivo, porém, listados em métodos centralizadores que desprezavam diversidade regional existente no país (BRASIL, 2015).

Porém ainda não surgiram mudanças satisfatórias, então foi implementado o Programa de Assistência à Atenção Perinatal, que era responsável pela assistência à unidade mãe-feto e ao recém-nascido. Essa recomendação estruturou a assistência perinatal a fim de regionalizar este atendimento, favorece o aperfeiçoamento da qualidade da assistência ao parto, estimula a da qualidade da assistência prestada ao recém-nascido, institui o alojamento conjunto e estimula o aleitamento materno (COSTA, 2010).

Em virtude da discrepância regional existente no país, em 1996 foi aderido especialmente pelas regiões norte e nordeste do Brasil, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), emergindo como estratégia para o acompanhamento da atenção à saúde da criança em

concordância com a atenção primária na compreensão de uma observação dos desencadeantes que prejudicam a saúde infantil, desejando a qualidade da assistência. Esse novo questionamento originou-se na Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e designa-se como objetivo a promoção rápida e significativa da redução da mortalidade infantil no Brasil. Concentrou-se em um conjunto de doenças de maior predomínio na infância, tratando-a na sociedade (BRASIL, 2015).

Já na década de 1990, foi elaborado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, quando ocorreu a organização do atendimento a essa gestante, com a finalidade de incluir e aperfeiçoar a qualidade da assistência no pré-natal e do vínculo entre o pré-natal e o parto (COSTA, 2010).

O Brasil instituiu o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) em 1984 como estratégia de enfrentamento de problemas nas condições de saúde da população infantil, exclusivamente no que se refere à sua sobrevivência. Foi criado com o propósito de favorecer as melhorias na saúde, de forma completa, privilegiando crianças pertencentes a grupos de risco e buscando qualificar a assistência e ampliar a cobertura dos serviços de saúde. As ações compreendiam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, vigilância das doenças diarreicas e das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e a imunização (FRIAS, 2010).

Em 1991, com a inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, é que a saúde da criança foi efetivamente potencializada. Os agentes comunitários de saúde motivaram as experiências de prevenção de doenças pela proximidade com a comunidade, favorecendo a comunicação e a orientação como meta para reestruturar os serviços de saúde. Já para a implantação das unidades de unidades de saúde, buscou-se reformar os serviços de saúde de cada município, pela modificação do paradigma hegemônico centralizado na medicalização para um padrão interessado na promoção da saúde e na participação comunitária (MENDES, 2012)

Foi criado paralelamente, em 1991, o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), do qual a principal finalidade era sua mãe, de forma crescente e com autonomia de tempo, o qual facilita uma maior cooperação da família nos cuidados com o recém-nascido, conseguindo alcançar melhores resultados em sua recuperação (BRASIL, 2015).

Precisamente no início de 2000, foi elaborado e inserido o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por intermédio da Portaria 569/2000, tendo em vista a preservação do direito à cidadania, desta maneira também o acesso, por parte das gestantes e dos recém-nascidos, à assistência à saúde nos períodos pré-natal, parto, puerpério e neonatal, tanto na gestação de baixo como de alto risco, proporcionando a integralidade da assistência (COSTA, 2010).

Ministério da Saúde em 2004 lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a qual tinha como diretrizes ações que instituíam o fortalecimento do nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o enfrentamento de transtornos nutricionais e às doenças existentes na infância. Essa maneira de sistematizar a assistência forma um paralelo e coordena os três níveis de atenção à saúde, primário, secundário e terciário, constituindo equilíbrio na construção do cuidado integral à saúde das crianças (SILVA, 2012).

Com o intuito de estabelecer um plano nacional para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, em 2008, o Ministério da Saúde lançou a Rede Amamenta Brasil. Em 2009, é regulamentada a Estratégia Brasileirinha e Brasileirinhas Saudáveis, que além de priorizar o cuidado integral à criança no nascimento e à mãe destaca o padrão de vida das crianças brasileiras. Para isso, devem ser motivadas suas capacidades físicas, afetivas, cognitivas e sociais, pelo oferecimento de cuidados desenvolvidos, os quais seguem além da sobrevivência. Devem-se determinar relações através de políticas transversais e ações comuns no âmbito de diversos setores ministeriais, como por exemplo, a educação, o judiciário, a segurança e a ação social (BRASIL, 2009).

Por fim, em junho de 2011 foi introduzida pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha, a qual abrange um entrelaçado de cuidados objetivando-se a

garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, bem como garantir à criança a segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento. Incluída na Rede Cegonha, em 2013, Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil cuja finalidade foi integrar a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Buscando-se fortalecer o incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável para crianças menores de dois anos (BRASIL, 2013).

A criação de redes de atenção à saúde da criança e à saúde familiar fundamenta-se e consolida-se mediante um conjunto de princípios técnicos, científicos e subjetivos, os quais conduzem as ações para o cuidado com as pessoas. Essa forma de cuidar deve ainda ser iniciada no ambiente familiar, mas ao mesmo tempo, deve ser fortalecida pelas ações desenvolvidas nos serviços públicos de saúde (CASSIANO, 2014).

Estudos revelam que o número de mortalidade infantil tem reduzido nos últimos anos, entretanto, observa-se que tanto no Brasil como no mundo, a mortalidade concentrou-se e ainda concentra-se no período neonatal, principalmente decorrente de agravos perinatais, tal fato nos leva a perceber que a equidade proposta nas diretrizes do SUS não está sendo praticada integralmente (BRASIL, 2013).

3.2 Atenção a Saúde da Criança ESF.

Na atenção primária à saúde, a ESF surge como método de cuidado para o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos em todas as faixas etárias. Entre os sujeitos assistidos, a atenção direcionada à saúde da criança trata-se de uma prioridade e, para seu acompanhamento, entre os instrumentos utilizados estão às consultas de puericultura, que têm como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil, bem como realizar orientações e prevenir agravos (XIMENES NETO et al., 2011).

3.3 Principais sentimentos das crianças doentes

O processo de internação hospitalar da criança apresenta-se como

uma fonte de estresse para ela e sua família podendo fazer com que esta fique emocionalmente traumatizada. Neste sentido não se pode pensar em hospitalização da criança desvinculando a família deste processo (CAMPOS, 2016).

Até por que é evidente que toda a estrutura familiar da criança é afetada quando um de seus membros é hospitalizado, e sendo este membro uma criança o problema se torna ainda mais sério. A família é obrigada a se organizar, e a mãe assume um papel ainda mais importante para a criança hospitalizada, pois é ela quem geralmente acompanha a criança durante o período de internação (CAMPOS, 2016).

Destacam-se outras dificuldades, na saúde da criança, relacionadas às morbidades e hospitalizações por motivos evitáveis no país. Entre as causas prevalentes de morbidades que prejudica crianças menores de quatro anos no Brasil, há o predomínio de afecções respiratórias, seguidas por doenças infecciosas ou parasitárias, doenças do aparelho digestivo, por causas externas e as doenças do aparelho geniturinário. Ressalta-se que, tais doenças poderiam ser evitadas a partir de um conjunto de ações sensíveis e resolutivas ainda na APS (OLIVEIRA, 2010).

Segundo Oliveira (2010), ainda nesse cenário de morbidades por causas evitáveis, fica perceptível que as estratégias governamentais implementadas por intermédio de políticas públicas deveriam viabilizar ainda mais e minimizar as circunstâncias as quais levam ao adoecimento infantil permeando em uma maior cobertura à prevenção de doenças como: imunização, saneamento básico, ações educativas, cuidado com o meio ambiente, entre outros.

Nesse sentido, a ausência de ações com características preventivas e de promoção à saúde contribui para que mortes evitáveis continuem acontecendo, isso associado à vulnerabilidade em que se encontra a APS reproduzindo assim, no aumento do número de internações hospitalares por causas evitáveis.

O processo de distanciamento do ambiente familiar e a necessidade de cumprir as regras da instituição hospitalar causam um impacto na esfera

emocional das crianças hospitalizadas. O impacto representa um momento de choque, e a criança vivencia uma fase de sofrimento físico e psicológico. Pesquisadores indicam que a hospitalização pode representar um fator de risco para o desenvolvimento da criança quando o ambiente não proporciona condições adequadas para a expressão da linguagem e para o estabelecimento de relações sociais (CREPALDI et al., 2010).

É no meio familiar, mais especificamente na mãe, que o infante busca encontrar apoio, orientação, referência de tempo, proteção para o desconhecido e para o sofrimento. Se a criança pode contar com os cuidados oferecidos por um familiar em especial a mãe, poderá ser mais capaz de suportar a angústia e a dor surgidas no decorrer da doença e hospitalização. Quando os hospitais restringem a presença de um ente querido junto à criança, tiram-lhes o compromisso de prestar cuidados a criança e como consequência prejudica o senso de confiança, satisfação e tranquilidade que os pais obtêm se bem sucedidos no auxílio das necessidades físicas, afetivas e até nas condutas terapêuticas durante esse tempo em que o filho se encontra internado (SILVA, 2013).

Quando se refere à assistência à criança hospitalizada, percebe-se um aumento no interesse em desenvolver pesquisas envolvendo esse campo, buscando compreender os aspectos que envolvem o processo saúde-doença (SILVA, 2013).

De acordo com Silva (2014), o fortalecimento do cuidado integral à criança hospitalizada tem passado por transformações nos últimos anos em virtude dos resultados de estudos no âmbito das ciências médicas, humanas e sociais. Com base nessa participação foi possível desempenhar diferentes perspectivas de como acompanhar o infante no processo saúde-doença e de como regulamentar as práticas pediátricas. Essa percepção atua na visão dos profissionais sobre o ser criança, na função da família e da sociedade, identificando as dificuldades a serem encontradas, todos os hospitais devem disponibilizar de uma abordagem a assistência à criança hospitalizada uma vez que, mesmo não estando explicitadas em suas normatizações, podem ser facilmente identificadas pela observação.

A criança da assim como os adultos, têm significações únicas para a

doença e a hospitalização. Porém, a criança tem maior dificuldade em compreender o que está acontecendo com ela na situação de doença e hospitalização do que os adultos. Por este motivo, a hospitalização constitui um momento de crise para a criança.

Segundo Quirino (2010), a internação hospitalar da criança pode estar relacionada a inúmeras situações e gerar novas necessidades sociais, físicas e afetivas em decorrência do medo e ansiedade gerados pela situação vivida. A hospitalização é vista pela criança como ameaçadora, pois ela a distancia da sua vida cotidiana, introduzindo-a em um ambiente desconhecido, tendo essa que conviver com pessoas estranhas.

O desenvolvimento da doença produz modificações no cotidiano da criança, já que antes suas prioridades eram a brincadeira, porém com a internação a busca em obter a cura também passa a ser sua prioridade. Em virtude da limitação que a criança denota o brincar torna-se difícil, porque qualquer tipo de imprevisto como uma queda pode comprometer seu quadro clínico. Observa-se que a adaptação da criança no hospital é difícil, pois ela precisa conviver com suas restrições e com o sofrimento físico e psíquico provocado pela hospitalização (VASQUES *et al*, 2011).

A hospitalização de crianças produz muitas mudanças nos hábitos, tais como a alteração na dinâmica familiar, o intervalo ou atraso na escolaridade, as necessidades afetivas, a restrição materna, as opressões físicas e psicológicas. Não se pode deixar de lembrar também, que a criança que adoece e, em consequência, é hospitalizada, fica mais frágil e sensível emocionalmente (MELO, MARCON E UCHIMURA, 2010).

Diversas vezes, a criança precisa se soltar dos pais e os sentimentos como pânico e a inquietação são vivenciados pelo ambiente novo, como também os procedimentos terapêuticos desconhecidos e agressivos para elas acabam provocando sentimentos de abandono e desamparo. A criança sente como se tivesse cometido algum delito, como se a doença fosse um castigo por algo errado que tenha feito, ou ainda passa a culpar a família ou a equipe por lhe estarem impondo um sofrimento (MELO, MARCON E UCHIMURA, 2010)..

O âmbito hospitalar é um local assustador para a criança, sendo que

neste local não há nada com que possa se identificar, fazendo ligações com suas experiências anteriores; assim, soma-se a isto o fato da sua debilitação física e emocional, o que torna a situação ainda mais difícil (OLIVEIRA, 2010).

Com a finalidade de minimizar os sentimentos desagradáveis da hospitalização da criança, o brinquedo pode ser empregado para alegrar e diminuir, desta forma, estará realizando um trabalho mais socializado no âmbito hospitalar, pois quando a criança se diverte no hospital, transforma o ambiente na qual está e consegue aproxima-se de sua realidade diária, e a hospitalização pode ter um efeito menos negativo e doloroso (MOTTA, 2004).

Para a criança e a família a hospitalização é um processo muito intenso de verdadeiro sofrimento onde os profissionais de saúde devem estar preparados para atenderem essas famílias, nas emergências que são os locais onde os o contato com essas famílias é inicial e precisamos de profissionais que atendam esses pacientes de forma humana e sempre orientar sobre os procedimentos e tudo que irar acontecer até a saída do hospital.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa. Minayo (2010) verificou que a fase exploratória é aquela que compreende a escolha do tema, a delimitação do problema, bem como as características do objeto e dos objetivos. Para conceituar a pesquisa descritiva, refere-se que:

A pesquisa descritiva visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados: questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento (GIL, 2010, p. 21).

4.2 Participantes do Estudo

Os participantes da pesquisa são compostos pelas crianças e pelos profissionais de saúde do PSF de Morrinhos Novo.

4.3 Cenário e Período da Coleta de dados

A pesquisa foi realizada em Guaraciaba do Norte é uma cidade do estado do Ceará, no Brasil. Localiza-se a 320 km de Fortaleza. Possui uma altitude de 902,4 metros por se localizar em cima da Serra da Ibiapaba. É sede de um município com 534,72 km² em cujo território vive um total de 38.529 habitantes (IBGE, 2014).

O Cenário da pesquisa foi o PSF de Morrinhos Novo, que abrange cerca de 2010 pessoas, 701 famílias e um total de 305 crianças de 0 A 9 anos.

A coleta dos dados foi durante os meses de março a maio 2018.

4.4 Procedimentos para a coleta de informações

Foi realizada uma entrevista com os profissionais de saúde e uma análise das fichas de atendimento do E-SUS, para avaliar qual o motivo de maior procura dessas crianças à UBS Morrinhos. Essa coleta e análise foi realizada nos meses de março a maio de 2018.

4.5 Análise e Interpretação das Informações

Após reunir as informações; a análise foi realizada através da avaliação do E-SUS e perguntas realizadas aos membros da equipe, sendo os mesmos organizados e trabalhados pelos princípios metodológicos da análise do conteúdo proposta por Minayo (2010, p.303), que diz, “são técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências, sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos”.

Minayo (2010) desdobra essa análise em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, etapa na qual também acontece a interpretação dos dados, como a seguir:

A pré-análise “consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada de hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa”. Aqui, a pesquisadora reunirá as respostas que a orientem na compreensão dos objetivos e na interpretação final dos resultados.

A exploração do material, “consiste essencialmente numa operação classificatória que visa a alcançar o núcleo de compreensão do texto”. Para alcançar essa compreensão do texto, a pesquisadora irá buscar encontrar categorias através de palavras importantes a partir das falas das entrevistadas, em funções das quais os conteúdos serão organizados.

No tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, “os resultados brutos submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas”. A partir disso, a pesquisadora realizará interpretações a partir do quadro teórico selecionado inicialmente ou com novas discussões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material.

4.6 Métodos e Procedimentos

Resumidamente, a pesquisa seguirá os seguintes passos:

Inicialmente foi feita uma análise dos atendimentos, diagnóstico e procedimentos realizados nas crianças atendidas através das fichas de E-SUS e Livro de Vacinação. Logo em seguida foi realizada uma primeira reunião com a equipe completa da UBS Morrinhos para discussão das demandas e avaliação do trabalho que estava sendo realizado pela equipe.

Em seguida foi criado um plano de ação juntamente com a equipe com o intuito de intervir na melhoria da saúde dessas crianças, trabalhando de forma multidisciplinar.

4.7 Procedimentos Éticos

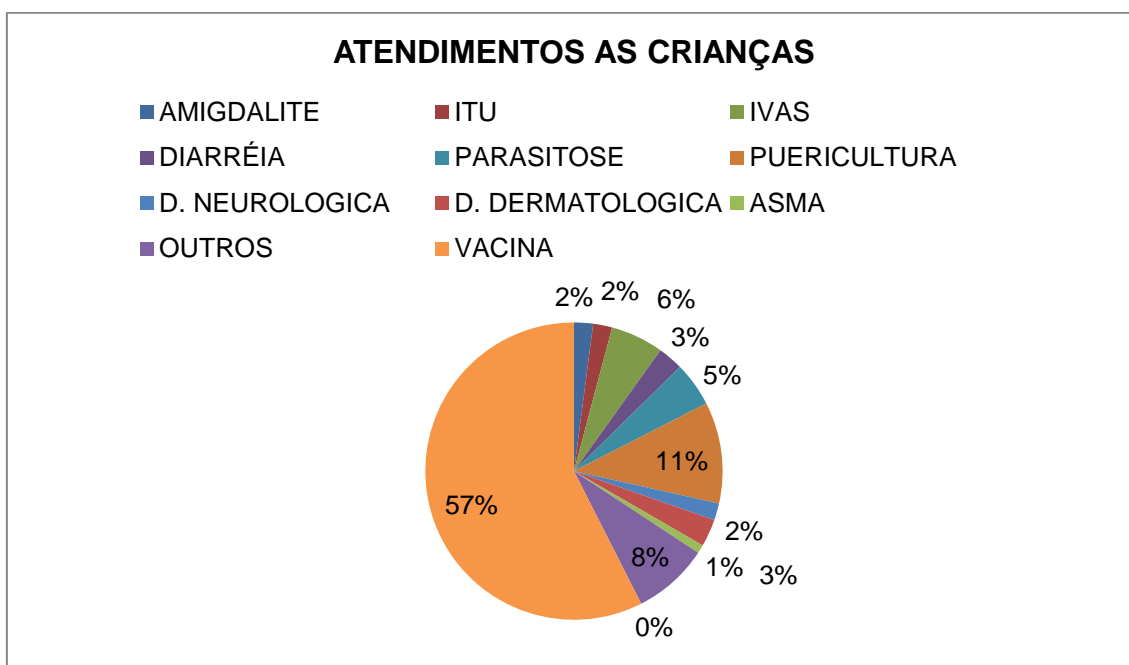
A pesquisa obedecerá aos princípios e diretrizes do Art. I da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos incorporando, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes. 1 - A ética da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 2012).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados apresentados no Gráfico 1 descrevem sobre as causas da procura das crianças ao PSF. A partir da análise desses dados, mostrou-se que, entre as crianças de 0 a 9 anos, o que mais leva essas crianças (57%) a UBS Morrinhos é a procura por vacinação. Percebendo-se, portanto, que as mães têm apresentado um certo cuidado em relação à prevenção de doenças.

Gráfico 1: Atendimento das crianças de 0 a 9 anos no PSF de Morrinhos no município de Garaciaba do Norte-CE, 2018.



Pesquisa realizada por Lance (2014), descreve que a vacinação infantil é uma das maiores realizações da saúde pública. Esse avanço se deve à implantação bem-sucedida de programas de vacinação infantil; a incidência das doenças que podem ser evitadas pelas vacinas encontra-se hoje em seu nível mais baixo; sarampo e poliomielite já não se propagam mais nas Américas; e a morte de uma criança causada por uma doença que pode ser evitada pela vacina é uma ocorrência rara.

A vacinação é uma das formas de prevenção recomendado para praticamente todas as crianças do mundo. Embora os calendários de

vacinação variem entre os países, todos eles estabelecem uma série de vacinas básicas para que as crianças cresçam e se desenvolvam, tornando-se adultos saudáveis (LANCE, 2014).

Foi observado também que a procura pela puericultura também tem sido bem alta em relação às patologias encontradas. Cada vez percebemos mais que a população está mais orientada diante das mudanças no cenário da saúde pública, que antes era curativa e hoje passa a ter um olhar voltado à prevenção das doenças. A puericultura tem como objetivo promover o acompanhamento sistemático da criança, avaliando seu crescimento e desenvolvimento de forma ininterrupta, a fim de promover e manter a saúde, reduzir incidências de doenças e aumentar as chances desta crescer e se desenvolver de modo a alcançar todo o seu potencial (MENDES, 2012). O Ministério da Saúde preconiza que a consulta de puericultura consiste em uma avaliação integral da saúde da criança de 0 a 6 anos, durante a qual se avalia o crescimento e desenvolvimento, peso, estatura, desenvolvimento neuropsicomotor, imunizações e intercorrências, bem como o estado nutricional. Existe ainda a necessidade de promover a orientação da mãe, família ou cuidador sobre os cuidados que a criança deve ser submetida em todo o atendimento, tais como: alimentação, higiene, vacinação e estímulo, fazendo-se registrar todos os procedimentos no cartão da criança.

Das crianças que compareceram ao PSF, 11% foram para atendimento de consulta de cuidado continuado que é a puericultura, mostrando que as mães têm procurado cada dia mais orientações para a melhoria da saúde dos seus filhos, além de identificar mais rapidamente alterações no desenvolvimento das crianças.

Em estudo de Santos (2015):

No contexto da defesa do direito à saúde da criança, o acompanhamento ao seu crescimento e desenvolvimento é fundamental, e a puericultura deve ser entendida como um momento de cuidado particularizado, em que ocorre a avaliação da criança, estendendo o olhar à mãe e ao entorno familiar, o que enseja a identificação de vulnerabilidades e a promoção do acesso às condutas necessárias.

Ainda, a puericultura é um momento que possibilita o acompanhamento da relação mãe-filho, a educação em saúde, a troca de experiências e a formação de parceria com a mãe para um cuidado protetor à criança, que promova a saúde e a qualidade de vida infantil. Ressalta-se que, quando a criança se encontra na creche, há dificuldades para o comparecimento à puericultura (SANTOS, 2015).

Durante as reuniões que foram organizadas para o desenvolvimento do estudo, observou-se o quanto o trabalho em equipe pode servir de grande instrumento para a melhoria do acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças, tendo como prioridade o acompanhamento dos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar para identificar mais precocemente e fazer as orientações sobre cuidados e importância do acompanhamento da criança.

A visita domiciliar é apontada pelas mães como uma prática que possibilita os profissionais da equipe conhecer as famílias de forma mais integral. Elas destacam os ACS, que as acompanha regularmente, identifica situações de vulnerabilidade para a saúde infantil, como alimentação inadequada, ou acometimento por alguma doença, e buscam orientar a mãe, incentivando-a a proteger a saúde da criança (SANTOS et al., 2015).

Embora a prevenção tenha sido a maior procura dessas crianças pelo PSF, ainda foi analisado que as crianças também procuram para tratamento de patologias, dentre elas, as Infecções de Vias Aereas Superiores (IVAS) foram a maior demanda encontrada.

Outra demanda encontrada em pesquisa de Alves et al. (2008), onde cerca de 100 crianças procuraram o acolhimento para agendar consultas e/ou mostrar exames; dessas, 12% eram pacientes de puericultura, 2% procuravam consultas de saúde mental, 14% tinham queixas tocoginecológicas, 5% eram portadores de problemas respiratórios crônicos, como asma, e 67% procuravam por consultas pediátricas.

Outra procura foi para o tratamento de doença respiratória como asma; as doenças parasitárias, dermatológicas e as diarreias, tendo em vista que as crianças têm o sistema imunológico mais comprometido devido às exposições, falta de alimentação adequada, muitas vezes as condições em que estão

expostas no próprio domicílio, na escola e o maior contato e muitas vezes a falta de cuidado dos seus genitores.

Destaca-se ainda a importância das orientações e educação em saúde para que os cuidadores desenvolvam um olhar mais completo em relação à saúde dessas crianças, tendo em vista que a saúde da criança tem sido muito discutida nos últimos anos. No tocante à saúde da criança, em 2015, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), e devido a isso tem-se direcionado as ações de que promovam de forma integral o cuidado a essas crianças.

As doenças respiratórias na infância também estão associadas à cultura da família, às atitudes por estas determinadas e às condições básicas de vida que expõem a criança ao contágio, ao agravamento da doença e à assistência ineficaz dos profissionais. Destaca-se também a idade da criança, como um fator relevante por esta não apresentar as funções fisiológicas e um trato respiratório maduros. As condições sociais da população estão associadas ao processo de adoecer ou de morrer, quanto mais baixo o status social do indivíduo mais chance ele terá de ficar doente (PRATO et al., 2014).

Após uma avaliação do trabalho desenvolvido na UBS Morrinhos a equipe de reuniu para elaborar estratégias com o intuito de melhorar a assistência às crianças atendidas na unidade. Dentre as propostas principais destacamos a tabela abaixo.

Tabela 1: Propostas para o Plano de Ação proposto pela equipe do CSF Morrinhos.

Proposta 1:	Aumentar sessões educativas para a equipe de Saúde;
Proposta 2:	Aumentar sessões educativas para as famílias;
Proposta 3:	Discutido os achados sobre atendimentos a criança para melhorar o atendimento e a resolutividade;
Proposta 4:	Aumentar o acompanhamento das crianças;
Proposta 5:	Reunião Mensal para avaliar o acompanhamento das crianças;

Fonte: Primária

As propostas criadas pela equipe tem o objetivo de desenvolver um melhor atendimento para as crianças e melhorar o conhecimento dos todos os integrantes da equipe bem como de todos os membros das famílias sobre os cuidados.

Diante do nosso estudo, faz-se necessária como estratégias preventivas a todas as patologias citadas, ter um maior direcionamento das ações de educação em saúde, tanto com a família como em âmbito escolar, estimular durante as consultas de puericultura a amamentação, encorajar a vacinação, não expor a criança a ambientes com fumaça de cigarro, administrar os medicamentos prescritos pelo médico no horário e dias certos e retornar à unidade de saúde para uma reavaliação da criança. As vacinas e o aleitamento materno estimulam o sistema imunológico das crianças e deve-se ter um olhar direcionado a esses cuidados.

6. CONCLUSÃO

A Atenção primária é considerada a porta prioritária aos serviços de saúde, devido a sua especificidade deve ser a fonte de maior atendimento e informação aos usuários, por isso faz-se necessário que a cada dia tenhamos profissionais mais capacitados para atender a demanda da comunidade.

A realização deste estudo mostrou a importância de se analisar o motivo da presença das crianças no PSF, e a partir dele possibilitar traçar estratégias para melhor atendimento dessas crianças.

Foi possível observar ainda, que há uma necessidade de envolver a equipe por completo no cuidado dessas crianças, por isso através desse estudo foi traçada a necessidade de uma intervenção mais intensiva com as famílias e os membros da equipe de saúde para melhoria dos cuidados.

REFERÊNCIAS

ALVES, Cláudia Regina Lindgren et al. Análise do acolhimento de crianças e adolescentes para o planejamento das ações do PSF. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 3, n. 12, p. 247-256, 2008.

ARAÚJO, J.P. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014 nov-dez;67(6):1000-7. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf> > acessado em 18 de abril de 18.

ARIÉS, P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: **Livros Técnicos e Científicos**. 2011.

Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7ª Edição, Editora: Artmed. 2011. 670 pag.

BARBOSA, T.A.G.S.; et al. Determinantes da mortalidade infantil em municípios do vale do jequitinhonha, minas gerais, brasil. **Rev Min Enferm.** 2014 out/dez; 18(4): 907-914.

BRAGA, C.P.; PIRES, A.F.P.; OLIVEIRA, L. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Interface** 2015; 19(52):33-44.

BRASIL, **Ministério da Saúde** (BR). Óbitos infantis no Brasil. Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, **Ministério da Saúde** (BR). Portaria no 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema único de Saúde (SUS) – estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União 06 set 2013.

BRASIL, **Ministério da Saúde** (BR). Portaria no. 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinha e Brasileirinhas Saudáveis e cria o comitê técnico- consultivo para a sua implementação. Diário Oficial da União 09 out 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2004. BRASIL, **Ministério da Saúde** (BR). Portaria no. 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileira e Brasileirinhas Saudáveis e cria o comitê técnico- consultivo para a sua implementação. Diário Oficial da União 09 out 2009.

CAMPOS, Joana Araújo. Narrativas do processo de adoecer, da morte e do morrer na experiência subjetiva dos três intervenientes na doença: doente, familiar e profissional de saúde-um estudo qualitativo. 2016.

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariol et al . Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 45, n. 3, p. 566-574, June 2011.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227, 2014.

CONDORIMAY, Y.R.T; VENDRUSCOLO, D.M.S. A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 maio-junho; 12(3):477-84.

COSTA, R.; PADILHA, M.I.; MONTICELLI, M.; RAMOS, F.R.S.; BORENSTEIN M.S. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Rev Eletronica**, 2010

CREPALDI, M. A. et al. **Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica**. In M. A. Crepaldi, M. B. M. Linhares & G. B. Perosa (Orgs.), Temas em psicologia pediátrica (pp.13-55). São Paulo:2010. Casa do Psicólogo.

FRIAS, P.G; MULLACHERY, P.H; GIUGLIANI, E.R.J. Políticas de saúde direcionadas às crian.as brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ saude_brasil_2008.pdf.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

MACHADO, D.C.; MOREIRA, M.C.N.; SANTA'ANNA, C.C.; A criança com tuberculose: situações e interações no contexto da saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31(9):1964-1974, set, 2015

MELO, Willian Augusto de; MARCON, Sonia Silva; UCHIMURA, Taqueco Teruya. A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. **Rev. enferm. UERJ**, v. 18, n. 4, p. 565-571, 2010.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crianças na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

MINAYO, M. C. S. Pesquisa Social- Teoria, Método e Criatividade. 21ª edição. Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

MIRANDA, N.A; et al. Caracterização de crianças atendidas no pronto-socorro de um hospital universitário.Uberlândia, **Revista Eletrônica Gestão & Saúde** ISSN:1982-4785.

MOTTA, A.B.; ENUMO, R. Brincar no hospital: estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, jan./ abr. 2004.

OLIVEIRA, B.R.G; COLLET, N. Criança hospitalizada: percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7 n. 5 dez. 2010.

OLIVEIRA, R.R, et al,. Ser mãe de um filho em tratamento quimioterápico. **Cienc Cuid Saude**. 2010 Abr/Jun; 9(2): 374-382.

OSTENIO, C.C.M; OSTENIO, M.H; MARIANO , E.R. Políticas públicas para criança no brasil: o contexto histórico-social e da saúde. Estação Científica Online. Juiz de Fora, n. 06, Ago./Set. 2008.

POLIT, D.F.;BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**

PRATO, Maria Izabel Claus et al. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. **Rev Soc Bras Enferm Ped [Internet]**, p. 33-9, 2014.

QUIRINO, D.D; COLLET, N; NEVES, A.F.G.B. Hospitalização infantil: concepções da enfermagem acerca da mãe acompanhante. **Rev. Gaúcha Enferm**. 2010.

RIBEIRO, P.R.M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. *Psicol Estud* [Internet]. 2006;11(1):29- 38. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a04.pdf>

RIBEIRO, P.R.M. **História da saúde mental infantil**: A criança brasileira da colônia à república velha. 2006.

RODEWALD, Lance E. Vacinação infantil. 2011. Disponível em: <http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2385/vacinacao-infantil.pdf>. Acessado em 25 de maio de 2018.

SANTOS, Jaqueline Silva et al . O cuidado da criança e o direito à saúde: perspectivas de mães adolescentes. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. 5, p. 733-740, Oct. 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000500733&lng=en&nrm=iso>. access on 01 June 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000500004>.

SANTOS, Jaqueline Silva et al. Child care and health rights: perspectives of adolescent mothers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 5, p. 733-740, 2015.

SILVA, A.C.; COTA, F.V.; DUTRA, J.S.; SANTOS, Y.R.; ROMANO, M.C.C.; Hospitalização por asma em crianças no município de divinópolis, minas gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2014 set/dez; 3(4):1290-1299

SILVA, A.C.; COTA, F.V.; DUTRA, J.S.; SANTOS, Y.R.; ROMANO, M.C.C.; Hospitalização por asma em crianças no município de divinópolis, minas gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2014 set/dez; 3(4):1290-1299

SILVA, Cristina Maria Brilhante da et al. RESILIÊNCIA FAMILIAR: FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO EM MÃES DE FILHOS COM PARALISIA CEREBRAL. 2013.

SILVA, L.R, CHRISTOFFEL, M.M, SOUZA, K.V. **História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança**. Texto & Contexto Enfermagem. 2012.

SILVA, S.A; MOURA, E.C. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. **Cad. Saúde Pública**, 2010.

VASQUES, R.C.Y; BOUSSO, R.S; MENDES-CASTILHO, A.M.C. The experience of suffering: stories told by hospitalized children. **Rev Esc Enferm. USP**. 2011.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à saúde da criança, Cariré - Ceará. *Rev. Soc. Bras. Enferm. Pediátrica*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 9-16, 2011.