

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

ALINE COSTA CARDOSO

O PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO À CRIANÇA NA
ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19

Maceió
2023

ALINE COSTA CARDOSO

**O PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIRAS NO CUIDADO À CRIANÇA
NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19**

Relatório final de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Linha: Enfermagem, Vida, Saúde e Cuidado com Grupos Humanos.

Orientadora: Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio.

Coorientadora: Dra. Ana Carolina Santana Vieira.

Maceió
2023

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

C268p Cardoso, Aline Costa.

O processo de trabalho de enfermeiras no cuidado à criança na atenção básica no contexto da pandemia por covid-19 / Aline Costa Cardoso. – 2023. 112 f. : il. color.

Orientadora: Ingrid Martins Leite Lúcio.

Coorientadora: Ana Carolina Santana Vieira.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Maceió, 2023.

Bibliografia: f. 91-103.

Apêndices: f. 104-107.

Anexos: f. 108-112.

1. Covid-19 (Pandemia). 2. Atenção primária à saúde. 3. Cuidado da criança. 4. Enfermeiros. I. Título.

CDU: 616-083-053.2

Dedico

A todos os profissionais de saúde da atenção primária que, apesar dos inúmeros desafios e tentativas de desmonte do sistema, persistem nesta missão de ofertar um cuidado pautado na integralidade. A todos que já contribuíram ou que ainda contribuem para o aprimoramento do SUS, compartilhando e disponibilizando seus conhecimentos e habilidades na oferta de serviços com empenho, humanização e qualidade à população. A vocês, expresso minha mais sincera gratidão e admiração.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, devo agradecer a Deus, meu refúgio e fonte constante de força. Ele me deu o fôlego necessário em todos os momentos desta jornada e iluminou as madrugadas mais desafiadoras.

Meu esposo, Rafael, merece minha sincera gratidão por estar ao meu lado, compartilhando cada passo desta trajetória, até mesmo nas noites mais longas. Sua cumplicidade, afeto e encorajamento foram inabaláveis, mesmo quando pensei em desistir tentava me apoiar.

Dedico um agradecimento especial aos colegas de turma de mestrado - vocês são verdadeiramente inspiradores. Em especial, as minhas amigas Ana Luiza Lobô e Herika Lima, que compartilharam essa jornada comigo, oferecendo escuta e acolhimento nos momentos mais difíceis.

Agradeço aos meus pais, que me ensinaram que a busca pelo conhecimento é sempre o melhor caminho a seguir. Também sou grata a todos os meus amigos que, apesar de minha ausência ocasional, permaneceram apoiando-me nesta jornada.

Aos amigos e colegas de trabalho pelas palavras de apoio e sabedoria nos momentos de desânimo e cansaço. Em especial às minhas queridas Jallyane, Karina, Larissa, Clara, Dirciana e Maraysa, por tornarem meus dias mais leves.

Minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Ingrid Leite, esteve comigo em cada etapa do caminho, sempre observando atentamente a evolução do meu trabalho. Seu aconselhamento, discussões e ensinamentos foram fundamentais para o meu crescimento profissional.

A Prof.^a Dr.^a Ana Carolina, coorientadora e referência na área de saúde da criança, mostrou-me como transformar este processo em uma jornada de aprendizado e descobertas, mesmo em tempos de desafios. e paciência inigualável foram essenciais para o meu amadurecimento como pesquisadora e professora.

Agradeço à Prof.^a Dr.^a Lais Miranda por aceitar o convite para fazer parte da banca e contribuir com seu conhecimento e perspicácia para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À Prof.^a Dr.^a Débora Santos, expresse um agradecimento especialmente carinhoso. Ela exerceu um papel ativo e decisivo em minha trajetória acadêmica, imprimindo marcas significativas na minha caminhada na enfermagem. Sua sabedoria e conhecimento no tema foram inestimáveis. Suas contribuições ultrapassam o âmbito acadêmico. Minha gratidão é imensa por tê-la também nesse ciclo.

Por fim, agradeço à Secretaria Municipal de Saúde de Maceió pela autorização para a realização desta pesquisa.

“Operar conscientemente os processos de trabalho em Enfermagem é condição indispensável para a garantia da qualidade de seus produtos e realização profissional de seus agentes”.

(Maria Cristina Sanna)

RESUMO

A pandemia de Covid-19 impôs transformações e impactos na atenção à saúde da população e nos processos de trabalho em toda a rede de serviços, inclusive no cuidado à criança na atenção básica. Deste modo, buscou-se analisar o processo de trabalho do enfermeiro no cuidado à criança na Atenção Básica no contexto da pandemia por Covid-19. Estudo descritivo, analítico com abordagem qualitativa, realizado em Maceió-Alagoas com profissionais enfermeiras da rede de atenção básica com atuação durante a pandemia de Covid-19. Realizou-se uma entrevista semiestruturada, com 15 profissionais, no período de agosto a novembro de 2022, após aprovação pelo comitê de ética. Todas foram do gênero feminino, com média de idade de 51 anos, tempo de atuação na Atenção Básica de 6 a 20 anos; 14 com especialização e 1 mestrado. Após leitura exaustiva, extraíram-se os núcleos de sentido e categorias elucidativas sobre o Processo de Trabalho em Enfermagem, na perspectiva das dimensões assistir, pesquisar, ensinar, administrar e pensar politicamente, como temáticas. Ao analisar os resultados apresentados, percebeu-se que a prática da enfermagem no cuidado à criança neste cenário concentrou-se nas dimensões do assistir e ensinar. O trabalho dos profissionais ainda é centrado na doença, o que pode levar a uma visão limitada da criança, ignorando aspectos importantes como seu desenvolvimento. Além disso, a falta de recursos básicos para o cuidado infantil evidencia a precariedade do sistema de saúde do município, o que pode afetar a qualidade e integralidade do atendimento prestado às crianças. Apesar do interesse dos profissionais em se capacitar para o cuidado infantil, há uma falta de articulação por parte da gestão na promoção de ações de educação permanente, o que pode afetar a assistência prestada às crianças. Além disso, a falta de capacitação dos técnicos de enfermagem pode levar a uma sobrecarga de trabalho das enfermeiras, prejudicando a sistematização do cuidado de enfermagem. Por fim, destaca-se que as dimensões gerenciar, pesquisar e participar politicamente foram pouco evidenciadas pelos profissionais no seu processo de trabalho junto à criança na pandemia. Isso evidencia a necessidade de se pensar em estratégias para incentivar a participação das enfermeiras nessas dimensões, de forma a promover uma prática mais crítica e reflexiva, que leve em conta não apenas o tratamento da doença, mas também o cuidado integral à criança e a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Processo de trabalho; Saúde da criança; Covid-19.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has imposed transformations and impacts on population health care and work processes across the entire service network, including child care in primary care. Thus, we sought to analyze the work process of the nurse in child care in Primary Care in the context of the Covid-19 pandemic. This is a descriptive, analytical study with a qualitative approach, conducted in Maceió-Alagoas with primary care nurses who worked during the Covid-19 pandemic. A semi-structured interview was conducted with 15 professionals, from August to November 2022, after approval by the ethics committee. All were female, with an average age of 51 years, with time spent in Primary Care from 6 to 20 years; 14 with specialization and 1 with a master's degree. After exhaustive reading, the nuclei of meaning and elucidative categories about the Nursing Work Process were extracted, from the perspective of the dimensions to assist, research, teach, administer, and think politically, as themes. When analyzing the results presented, it was noticed that the practice of nursing in child care in this scenario focused on the dimensions of assisting and teaching. The professionals' work is still centered on the disease, which can lead to a limited view of the child, ignoring important aspects such as their development. In addition, the lack of basic resources for child care highlights the precariousness of the municipality's health system, which can affect the quality and comprehensiveness of the care provided to children. Despite the professionals' interest in training for child care, there is a lack of coordination on the part of management in promoting continuing education actions, which can affect the care provided to children. In addition, the lack of training of nursing technicians can lead to an overload of nurses' work, hampering the systematization of nursing care. Finally, it is noteworthy that the dimensions of managing, researching, and participating politically were little evidenced by the professionals in their work process with the child during the pandemic. This highlights the need to think of strategies to encourage nurses' participation in these dimensions, in order to promote a more critical and reflective practice, which takes into account not only the treatment of the disease, but also comprehensive child care and the improvement of the health system as a whole.

Keywords: Primary Health Care; Nursing; Work process; Child health; Covid-19.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros, tempo de trabalho, segundo formação e área de especialização.....	46
Ilustração 1 - O Processo de Trabalho da Enfermeira no Cuidado à Criança na Atenção Básica no contexto da pandemia por COVID-19.....	47
Quadro 1 - Elementos constitutivos do processo de trabalho e as unidades temáticas emergidas da análise de dados	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
AC	Análise de Conteúdo
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COVID	Coronavírus Disease
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CTT	Composição Técnica do Trabalho
DS	Distrito Sanitário
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
IMC	Índice de Massa Corporal
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PBF	Programa Bolsa Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNIAM	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PNTN	Programa Nacional de Triagem Neonatal
PNH	Política Nacional de Humanização
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede Atenção à Saúde
SESAU	Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SG	Síndrome Gripal
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UR	Unidade de Registro
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos	22
3 REVISÃO DE LITERATURA	24
3.1 A trajetória histórica das política de assistência à saúde da criança no Brasil	24
3.2 Processo de Trabalho do Enfermeiro na Saúde da Criança na Atenção Básica	31
4 METODOLOGIA	39
4.1 TIPO DE ESTUDO	39
4.2 CENÁRIO	40
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	40
4.3.1 Critérios de Inclusão	40
4.3.2 Critérios de Exclusão	40
4.4 PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES	40
4.4.1 Instrumento de coleta de dados	40
4.4.2 Processo de Coleta de Dados	41
4.5 PRESERVAÇÃO DOS ASPECTOS ÉTICOS	42
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	42
4.7 REFERENCIAL TEÓRICO	44
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Objetos do trabalho da enfermeira - entre a criança doente e imunização: retrocessos do modelo de atenção	50
5.2. Instrumentos e Métodos de Trabalho - o uso das tecnologias em saúde e da comunicação como potências do trabalho das enfermeiras na pandemia	62
5.3 Finalidade e produto do trabalho- (re)organização do trabalho	73
6. CONCLUSÕES	90
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	105
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	107
ANEXO I - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	109

APRESENTAÇÃO

Tenho o prazer de compartilhar com vocês uma breve visão da minha jornada acadêmica e profissional que me trazem até o presente momento. Minha trajetória iniciou-se em 2010, quando dei os primeiros passos na formação em enfermagem na Universidade Federal de Alagoas. Logo de cara, me envolvi em atividades extracurriculares de ensino, pesquisa e extensão com foco na Atenção Primária em Saúde..

Durante os meus anos acadêmicos, aprendi a valorizar a APS como a porta de entrada para o sistema Único de Saúde e um componente crítico para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Através de uma variedade de projetos acadêmicos, tive a oportunidade única de observar de perto a rotina da APS e seu impacto nas comunidades.

No ano de 2017, fui entrevistadora do terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) na Avaliação Externa. Esta experiência me permitiu conhecer as diversas realidades e cenários da APS em Alagoas. Pude testemunhar em primeira mão os desafios e as possibilidades da Atenção Primária em Saúde, bem como entender a importância de estruturas de trabalho eficientes para a qualidade.

Com base nessas experiências e na minha formação acadêmica, senti a necessidade de explorar ainda mais a APS. Assim, em 2018, decidi ingressar na Residência em Saúde da Família na Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

A residência foi um período extremamente intenso e desafiador. Tive a chance de trabalhar diretamente com equipes de Saúde da Família em várias unidades de saúde. Durante esse tempo, aprimorei minhas habilidades do trabalho multi e interprofissional, desenvolvi ações para a promoção da saúde e prevenção de doenças, além de ampliar meus conhecimentos sobre gestão e organização dos serviços de APS.

Assim que finalizei o ciclo da residência, veio a pandemia, e desde então atuei como enfermeira em unidades de referência para síndromes gripais, uma experiência marcante que catalisou uma profunda transformação na minha trajetória profissional. Essa jornada, permeada por uma variedade de sentimentos como medo, angústia e tristeza, serviu para esculpir minha resiliência, comprometimento e empatia. Vivenciei os diversos estágios da pandemia, observando de perto seus impactos devastadores e a maneira como a Atenção Primária à Saúde se encontrava ainda mais vulnerável.

Todo este percurso confirmou minha convicção de que a APS é a espinha dorsal de um sistema de saúde eficaz, humano e focado no cuidado integral das pessoas. No entanto, também me fez perceber certas fragilidades do serviço, principalmente no que se refere ao cuidado

infantil em Maceió.

Frente a esta realidade, não pude deixar de questionar: Como se deu o processo de trabalho dos enfermeiras no cuidado a crianças em um contexto já fragilizado da atenção primária de Maceió, uma cidade com baixa cobertura e cuidados já deficientes para as crianças, conforme evidenciado pelos indicadores nacionais. E diante dessa jornada e questionamento que inicio minha dissertação de mestrado e compartilho agora os frutos desse trabalho.

1 INTRODUÇÃO

Neste estudo, buscou-se o contexto do cuidado infantil, tendo como objeto de investigação o processo de trabalho de profissionais enfermeiros em Maceió durante a pandemia da COVID-19. É importante destacar que este é um cenário de vulnerabilidade ampla, e desse modo, não podemos considerar a pandemia como um fator isolado. Devemos também considerar as fragilidades intrínsecas do contexto regional, já que, sendo situado na região Nordeste, esta localidade apresenta alguns dos indicadores sociais e econômicos mais alarmantes do país (FIOCRUZ, 2023; UNICEF, 2023).

Em Alagoas, entre os principais indicadores relacionados à primeira infância, destaca-se o percentual de gestantes que realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal. Esse indicador é fundamental, pois está diretamente ligado ao desenvolvimento saudável da mãe e do bebê, bem como à detecção precoce de possíveis riscos. A meta estabelecida é alcançar 100% de gestantes com o número mínimo de consultas. No entanto, em 2020, a média nacional ficou em 71,02%, e em Maceió esse percentual foi consideravelmente menor, atingindo apenas 49,16%. Esse valor muito baixo da média nacional reflete um dado preocupante no acesso de qualidade a gestante, tende a apresentar desfechos negativos no cuidado perinatal e pode impactar nos indicadores da mortalidade infantil (PRIMEIRA INFÂNCIA PRIMEIRO, 2023).

Diante desse cenário, fica evidente a necessidade urgente de melhorias na assistência perinatal, buscando garantir um acompanhamento adequado e integral para todas as gestantes. Investimentos em políticas públicas e ações voltadas para o fortalecimento da atenção primária que são essenciais para reverter essa situação e promover uma saúde materno-infantil mais efetiva e equitativa. A garantia de acesso universal e de qualidade aos serviços de pré-natal é um passo crucial na construção de um futuro saudável para as crianças (GUBERT *et al.*, 2021).

A região Nordeste desponta como uma das mais problemáticas no que diz respeito à saúde da criança, como evidenciado pelas alarmantes estatísticas do último ano. Em 2022, Alagoas foi destaque nacional, com 40 internações de bebês menores de um ano de idade devido à desnutrição, sequelas da desnutrição e deficiências nutricionais, sendo que 17 dessas hospitalizações ocorreram na capital Maceió (FIOCRUZ, 2023; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023). Esses números alarmantes não são mero acaso, pois em todo o país foram registradas mais de 2,7 mil internações. Segundo o Observatório de Saúde na Infância (Observa Infância) da Fiocruz, somente em 2022, uma média de sete internações por dia ocorreram, sendo o

Nordeste responsável por 1.175 hospitalizações (FIOCRUZ, 2023).

Além do acesso e qualidade dos cuidados ofertados na Atenção Primária à Saúde (APS), precisamos endossar a discussão que se destaca no contexto materno infantil, a exemplo da idade materna em menores de 19 anos. Historicamente, Alagoas apresenta um dos piores indicadores do país, sempre acima da média nacional. Em 2021, no Brasil a média percentual de gestantes adolescentes era de 13,98%, enquanto que em Alagoas apresentava um percentual de 20,39 % das gestantes adolescentes, sendo atualmente a pior média do país (PRIMEIRA INFÂNCIA PRIMEIRO, 2023).

Em relação ao município de Maceió, é importante ressaltar que a maternidade precoce é predominantemente entre as etnias preta e parda, em 2021 representava 96,8%. Essa disparidade é um reflexo das desigualdades presentes na sociedade, podem impactar nos estudos das adolescentes e favorecer ciclos de perpetuação de pobreza e torna ainda mais vulnerável o contexto de vida desse binômio, esses indicadores evidenciam a necessidade de políticas e ações que promovam a equidade e o acesso a informações e serviços de saúde sexual e reprodutiva (NCPI, 2023).

No contexto das diversas dimensões da vulnerabilidade infantil, destaca-se como os aspectos sociais afetam a saúde e a qualidade de vida das crianças. Elas enfrentam dificuldades no acesso a serviços de saúde e estão expostas a condições adversas que prejudicam seu crescimento e desenvolvimento. Além disso, a falta de acesso a tratamentos e tecnologias de saúde de qualidade tem um impacto negativo, aumentando suas necessidades sociais e de saúde (CHRISTOFFEL *et al.*, 2020).

A atual concepção de vulnerabilidade da criança não se restringe apenas aos aspectos monetários, mas a uma pobreza multidimensional (SILVA; BRUNO; SILVA, 2020). Esse conceito envolve a inter-relação entre privações, exclusões e diversas vulnerabilidades enfrentadas por meninos e meninas (SILVA; BRUNO; SILVA, 2020; UNICEF, 2023).

A pandemia de Covid-19 não apenas trouxe desafios relacionados à saúde, mas também amplificou questões pré-existentes, como as socioeconômicas, políticas, culturais, éticas e científicas. Além disso, esses desafios foram agravados pelas desigualdades estruturais e injustiças existentes entre regiões e populações (SILVA, 2021). No Brasil, as múltiplas dimensões da pobreza revelam que as desigualdades locais no país ainda persistem e são preocupantes, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Essas disparidades afetam de forma mais intensa os grupos étnicos, como: negros, pardos e indígenas (UNICEF, 2023).

No contexto da Atenção à saúde da criança, é essencial abordar a realidade da Atenção

Primária em Maceió, pois esse dispositivo da rede de atenção à saúde desempenha um papel vital no acompanhamento e desenvolvimento desse grupo. Conforme informações divulgadas pelo Ministério da Saúde, Maceió apresenta uma cobertura considerada baixa quando comparada a outras capitais do Brasil no que diz respeito à APS. Apenas cerca de 32% da população de Maceió é beneficiada pela ESF e 51,72% de Atenção Básica. Esses números são preocupantes e destacam a necessidade premente de expandir a cobertura da APS em Maceió, fragilizando o acesso aos cuidados de saúde às crianças (BRASIL, 2022a).

Em relação ao cenário epidemiológico, em 11 de Março de 2020, foi decretado o estado de pandemia, devido a Covid-19, o vírus se espalhou pelos continentes causando várias mortes e confirmando o seu poder de contágio e ameaça ao ser humano. De acordo com a OMS, 399.600.607 pessoas foram infectadas e 5.757.562 mortes notificadas pelo SARS-Cov-2 em todo o mundo até 09 de fevereiro de 2022 (WHO, 2022).

A pandemia causada pelo novo coronavírus (*Coronavirus Disease – Covid-19*) foi considerada a emergência de saúde pública mais grave que a comunidade internacional enfrentou nos últimos 100 anos. Nas primeiras ondas da pandemia, enfrentávamos o excesso de demanda nos serviços de saúde, a falta de medicamentos e, em alguns locais, a superlotação em serviços de saúde, especialmente em hospitais e unidades de pronto atendimento. A Covid-19 também teve um impacto negativo na saúde mental, causando mais ansiedade, depressão e estresse. Mesmo aqueles que não foram infectados sofrem com as consequências (LOBE; MORGAN; HOFFMAN, 2020; WHO, 2022).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recebeu a primeira notificação de um caso confirmado de Covid-19 no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Com base nos dados diários informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ao Ministério da Saúde, de 26 de fevereiro de 2020 a 15 de janeiro de 2022, foram confirmados 22.975.723 casos e 620.971 óbitos por covid-19 no Brasil (BRASIL, 2022b).

Em Alagoas, conforme o boletim epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas (SESAU), no período de 2020 a 2022, foram notificados 731.065 casos, destes 262.163 foram confirmados como Covid-19, o que representa 35,9 % dos casos notificados e com 6.451 óbitos no estado (SUvisa, 2022). Em Maceió, o boletim epidemiológico de 20 de janeiro de 2022, apresentou 96.090 casos confirmados para covid-19, sendo 2.992 óbitos de residentes. Até o fechamento da semana epidemiológica, 3.510 casos estão em investigação (MACEIÓ, 2022a).

Em relação aos dados referentes às crianças no estado de Alagoas, até fevereiro de

2023 foram registrados 10.347 casos confirmados de síndrome gripal pelo coronavírus em menores de 10 anos. Esse grupo apresenta o número mais baixo de casos em relação a todas as outras faixas etárias. Durante esse período, 50 crianças morreram, sendo a segunda faixa etária com os menores registros (ALAGOAS, 2023).

Atualmente, os estudos apontam que a maioria das crianças infectadas pelo vírus ocorreu após o contato com um familiar positivo para a doença, com um período médio de incubação de cinco dias. Os sintomas apresentados pelas crianças variaram de casos assintomáticos a graves, sendo os registros de óbitos nessa faixa etária menores que os encontrados em adultos e idosos. Incluem-se nos sintomas na fase prodrômica febre, tosse seca, mal-estar, diarreia, que são inespecíficos. Torna-se difícil, dessa forma, a diferenciação de síndromes gripais comuns na infância e da infecção pela Covid-19 apenas por sinais e sintomas (FONSECA *et al.*, 2021).

A Covid-19 modificou intensamente o cotidiano da população e o uso dos serviços de saúde, nos quais o comparecimento presencial caiu drasticamente, inclusive para a vacinação infantil, principalmente no primeiro ano da pandemia, devido às medidas de distanciamento social para mitigar a transmissão do vírus. Diversos países registraram queda substancial das coberturas vacinais em crianças, especialmente nas menores de dois anos de idade (SATO, 2020). Este aspecto, foi apenas um dos que se destacaram no contexto do cuidado a esta população, sendo que muitos impactos na saúde da criança em decorrência da pandemia, ainda estão sendo alvo de estudos prospectivos.

Mesmo antes da pandemia da COVID-19, uma tendência preocupante vinha emergindo globalmente nas últimas décadas: a queda na cobertura vacinal. Este fenômeno ameaça desfazer anos de avanços na prevenção de doenças imunopreveníveis, tornando-se uma grande preocupação para pesquisadores e organizações de saúde ao redor do mundo (ALI *et al.*, 2022).

A imunização é considerada essencial no sistema da APS e é um direito humano indiscutível. É também um dos melhores investimentos em saúde. No entanto, apesar do grande progresso, aproximadamente 20 milhões de bebês a cada ano, não têm acesso às vacinas (UNICEF, 2022).

Recentemente, o Brasil tem encontrado dificuldades para manter suas conquistas na área da vacinação. As causas para essa queda na cobertura vacinal são múltiplas e complexas, englobando desde hesitação em se vacinar - muitas vezes alimentada por desinformação - até problemas estruturais de acesso à saúde. Essa situação não só ameaça os progressos alcançados,

como também exige uma ação imediata e eficaz (NOBRE; GUERRA; CARNUT, 2022; CÉSARE *et al.*, 2020; SATO, 2020).

Atualmente, como não temos ocorrência dessas doenças, os pais que foram beneficiados pela vacina não compreendem a conquista desse programa, bem como a importância das coberturas vacinais. No cenário contemporâneo, um fator crescente nos últimos anos é o advento da internet e do contínuo uso das redes sociais para a divulgação de informações falsas, as chamadas *fakes news*. A divulgação de informações não idôneas e com o objetivo de desinformação da população é crescente, e tem prejudicado a adesão à vacinação. Impedir a propagação de notícias falsas é um desafio complexo, e a punição daqueles que as geram é ainda mais difícil (NOBRE; GUERRA; CARNUT, 2022).

Com a proliferação de *fakes news*, e o surgimento de grupos antivacinação, os programas de imunização estabelecidos enfrentam uma crescente ameaça. A disseminação de informações distorcidas e boatos infundados sobre efeitos adversos, frequentemente propagados por aqueles que se opõem à vacinação, fragiliza a confiança do público. As motivações para tais atitudes antivacinação são variadas, abrangendo desde interesses políticos até a rápida disseminação de boatos sem fundamento. Independentemente de suas origens, essas posturas representam um obstáculo significativo para a saúde pública global (GALHARDI *et al.*, 2022).

Estudos apontam que a confiança é o elemento mais determinante para explicar o comportamento de vacinação. Existem diversas medidas eficazes que avaliam a confiança de maneira precisa, destacando que a construção e preservação da confiança pública são essenciais para a efetividade dos programas de imunização. Neste contexto, as *fake news* surgem como desafio, e a disseminação de informações falsas e enganosas pode reduzir a confiança do público, prejudicando assim a adesão à vacinação (NOBRE; GUERRA; CARNUT, 2022).

Em março de 2020, quando foi evidenciado pela OMS a situação pandêmica do novo coronavírus, os desafios no âmbito da imunização foram intensificados, e em todo o mundo sofreu os reflexos das restrições do sistema de saúde e com medidas de distanciamento social que tinham como objetivo mitigar a pandemia em andamento. Houve impacto sem precedentes nos serviços de saúde em todos os níveis, inclusive nas imunizações infantis de rotina (SATO, 2020; ALI *et al.*, 2022). Neste cenário, os serviços de saúde precisaram se adequar à nova realidade e reorganizar fluxos de trabalho.

No Brasil, sentiu-se o impacto drástico da pandemia, e seus reflexos dramáticos não apenas na saúde, mas também no desemprego e renda, especialmente na parcela mais vulnerável

da população, quanto à raça/etnia, classe social. Além disso, as medidas de distanciamento social afetaram o cotidiano das famílias, com reflexos importantes sobre o desenvolvimento infantil (FIOCRUZ, 2020a).

Sendo assim, na pandemia, além da natural angústia provocada por uma doença misteriosa e avassaladora, as medidas de distanciamento social adotadas para diminuir o número de mortes trouxeram uma série de desafios para a primeira infância. Estudos apontam efeitos psicoemocionais diretamente relacionados à criança, são eles: dependência excessiva dos pais, desatenção, preocupação, problemas de sono, falta de apetite, pesadelos, desconforto e agitação (SILVA *et al.*, 2021; FIOCRUZ, 2020b).

Nesse processo, a consulta de puericultura realizada pela enfermeira tem um papel imprescindível. Acredita-se que o estudo sobre processo de trabalho das enfermeiras no acompanhamento da criança no contexto vivenciado da pandemia pela Covid-19 possam contribuir no enfrentamento de desafios para a promoção da saúde da criança e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida das famílias e do desenvolvimento infantil (FIOCRUZ, 2020a).

Diante desse cenário, o trabalho dos profissionais da atenção primária fez-se fundamental, tanto na contenção da covid-19 como no fortalecimento da proteção aos mais vulneráveis. Tornam-se importantes, portanto, medidas que valorizem, protejam e integrem estes profissionais da maneira mais eficiente possível à gestão e coordenação dos serviços.

Sendo assim, o objeto escolhido desta pesquisa, tem grande relevância, pois através da identificação dos elementos do processo de trabalho dos enfermeiros no contexto pandêmico, é possível identificar as potencialidades da assistência, e assim disseminar ações semelhantes, enquanto que as possíveis fragilidades podem oferecer subsídios aos gestores para investir em intervenções locais junto aos profissionais. Deste modo, propor caminhos para melhoria da assistência e atenção à saúde da criança.

Dentre as ações desenvolvidas na APS, o acompanhamento da criança, através da puericultura é um dos principais procedimentos realizados pelo enfermeiro na atenção básica, pois é durante a consulta que ele realiza a anamnese, exame físico, avalia o CD, o estado nutricional, a presença de fatores de risco, promove o aleitamento materno, preenche o gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, o Índice de Massa Corporal (IMC), caderneta de saúde da Criança e prontuário, imunização, orienta sobre as doenças e intercorrências, alimentação e cuidado de higiene, dentre outras ações (FREITAS *et al.*, 2019).

No acompanhamento a criança na APS, a Consulta de Enfermagem é uma das

principais estratégias adotadas para o acompanhamento do CD, sendo regulamentada conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, e no Decreto 94.406/87, consiste em uma atribuição privativa do enfermeiro é caracterizada pelo atendimento integral de forma sistematizada articulada ao acolhimento, com vistas a resolutividade e responsabilização pelas necessidades dos sujeitos e seus familiares (BRASIL, 1986).

No que se refere ao trabalho do enfermeiro, este apresenta um vasto campo e em diversas áreas do conhecimento e atuação, e para compreendê-lo se faz necessário conhecer seus 5 componentes: 1) Assistir - objetiva o cuidado de indivíduos, família e comunidade, com a finalidade de promover, manter e recuperar a saúde; 2) Pesquisar - evidencia o saber da enfermagem, por meio de descobertas científicas para novos modelos de trabalho; 3) Administrar - coordena o processo de trabalho; 4) Ensinar - forma, aperfeiçoar e capacita os recursos humanos, assim como orienta os indivíduos, família e comunidade e; 5) Participar politicamente - age sobretudo na conquista de melhores condições de trabalho (SANNA, 2007).

A discussão sobre a organização do trabalho em saúde tem influenciado significativamente a forma como o cuidado é desenvolvido aos usuários do SUS, principalmente durante a Pandemia de Covid-19. Estudar o processo de trabalho da enfermagem é importante para compreender o papel deste profissional dentro do processo, identificando suas cinco dimensões: administração, assistência, ensino, pesquisa e participação política.

Como se deu o processo de trabalho de enfermeiras na atenção à saúde da criança, num contexto de pandemia da COVID-19 em uma capital do Nordeste brasileiro?

Sendo assim, nos deparamos com o cenário Maceió, a capital brasileira com uma das mais críticas coberturas de Atenção Básica, o que contribui para a complexidade e a urgência desta análise. Por isso, vamos iniciar o diálogo estreitando esses aspectos e as possíveis repercussões no cuidado à criança, em seguida os fatores atrelados ao contexto pandêmico.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de trabalho de enfermeiras no cuidado à criança na Atenção Básica no contexto da pandemia por covid-19.

2.2 Objetivos específicos

Identificar as adaptações, desafios e estratégias implementadas no processo de trabalho de enfermeiras no cuidado à criança na Atenção Básica, especificamente no contexto da pandemia de COVID-19 em uma capital do Nordeste.

Relacionar o processo de trabalho de enfermeiras no cuidado à criança aos desafios impostos à pandemia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A trajetória histórica das política de assistência à saúde da criança no Brasil

Ao longo da história política da saúde infantil no Brasil, foram identificadas diferentes estratégias e ações no processo de cuidado, implementadas por meio das políticas públicas. Dessa forma, foram apresentadas ao longo dos anos e décadas, novas diretrizes que visam uma assistência adequada à saúde infantil (BRASIL, 2018). Assim, destacam-se os principais eventos históricos dessas políticas voltadas para a criança e nos progressos no cuidado.

A fim de identificar um ponto de referência para a trajetória histórica das políticas de assistência à saúde da criança no Brasil, tomou-se como marco o início das políticas com foco na criança, em especial para o desenvolvimento infantil e as primeiras iniciativas de cuidado integral. Considerando-se que o cuidado integral envolve mais que apenas o tratamento de doenças da criança e considera todos os aspectos que dizem respeito à sua vida, ou seja, uma visão mais ampla dos determinantes biopsicossociais que estão relacionados às suas diversas necessidades (FILHO; ROCHA; GOUVEIA, 2019).

O desenvolvimento infantil é o processo de crescimento e alterações que uma criança sofre desde o nascimento até por volta dos 10 anos de idade. Estas transformações estão interligadas ao crescimento físico, mental e emocional. Nessa fase da vida, adquire-se competências motoras, sociais, emocionais e cognitivas. Este desenvolvimento, é influenciado por fatores biológicos, ambientais e culturais. O estímulo adequado nesta fase da vida é indispensável para um desenvolvimento completo e saudável (FIOCRUZ, 2021).

Assim sendo, o bem-estar social e emocional é crucial para a saúde e o desenvolvimento da criança. Durante esta fase, as primeiras experiências vivenciadas na infância e as intervenções de qualidade oferecidas têm um papel determinante. Elas formam a base do desenvolvimento, enfatizando a importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento integral da criança (UNICEF, 2022).

Nas décadas de 1970 a 1980, registraram-se os primeiros avanços na área de saúde infantil no Brasil. A assistência à saúde da criança sofreu diversas modificações e, com isso, surgiu a necessidade de acompanhar o processo de crescimento e desenvolvimento infantil. Sendo antes, as ações limitadas para esse público vinculadas à saúde da mulher ou com objetivos pontuais (SOUZA *et al.*, 2021).

Dentre os primeiros marcos, destaca-se a criação do Programa Nacional de Imunização (PNI) em 1973. Uma das ações que teve um expressivo impacto positivo na saúde da criança, que ajudou a reduzir o número de mortes infantis por doenças transmissíveis. Desde então, tem sido uma política pública eficaz, com um impacto benéfico na população brasileira, se adaptando às alterações nos campos: político, epidemiológico e social. Nesse cenário, o quadro epidemiológico das doenças imunopreveníveis sofreu uma grande mudança no país, confirmando a vacinação como uma das principais e mais importantes ações em saúde pública (DOMINGUES, 2020).

Desde a criação do PNI, o calendário vacinal brasileiro passou por diversas evoluções. Nos anos 80, o programa incorporou novas vacinas, como a contra o sarampo, e iniciou a vacinação em massa contra a poliomielite. Nos anos 90, o programa intensificou a vacinação contra o tétano e a difteria, além de incorporar novos imunobiológicos como a hepatite B. Na década de 2000, houve a inclusão da vacina contra a meningite C e a pneumocócica conjugada, ampliando a proteção contra doenças que afetam principalmente crianças (MACIEL, 2022; ARAÚJO *et al.*, 2021).

O PNI é reconhecido, no Brasil e no mundo, como uma das mais relevantes ações em saúde pública, tendo conquistado grandes vitórias, como a erradicação da poliomielite, a eliminação do vírus da rubéola e o impacto na redução de doenças imunopreveníveis, contribuindo para a diminuição da mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida da população brasileira (DOMINGUES, 2020; JUSTINO, 2019).

Apesar dos avanços, o país ainda enfrenta desafios no que diz respeito à cobertura vacinal. Em 2019, por exemplo, houve uma queda na cobertura vacinal de diversas vacinas, o que pode levar ao resurgimento de doenças já controladas. Além disso, a pandemia de Covid-19 trouxe novos desafios, como a necessidade de garantir a disponibilidade e distribuição de vacinas em um curto espaço de tempo. Apesar dos desafios, o PNI segue sendo uma referência mundial em imunizações, e a vacinação continua sendo uma das principais ferramentas de prevenção e controle de doenças no país (CÉSARE *et al.*, 2020; DOMINGUES, 2020; LEITE *et al.*, 2022).

Durante a pandemia da Covid-19, além da disponibilidade e distribuição das vacinas, houve necessidade de pesquisa até que elas chegassem à rede de saúde. Os grupos prioritários foram definidos por critérios epidemiológicos e logísticos, sendo que crianças foram imunizadas em muitos países já em fase avançada da pandemia, atualmente esse processo de imunização do público infantil ainda está em andamento. Com a disponibilidade das vacinas,

os esquemas de vacinação foram ampliados, incluindo outras faixas etárias e aumentando o número de doses, contribuindo para a proteção da população e controle da disseminação do vírus (FIOCRUZ, 2021).

Em relação à melhoria dos cuidados ofertados, em 1976, ocorreu a introdução da Triagem Neonatal, também conhecida como “Teste do Pezinho”. Em 2001, o programa melhorou com a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). O objetivo foi atingir 100% dos nascidos vivos, encontrar os pacientes triados, confirmar o diagnóstico e dar o acompanhamento e o tratamento adequados para os pacientes identificados (FERRI; FIGUEIREDO; CAMARGO, 2020).

Avançando nos programas, em Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM), em 1981, a política de aleitamento materno no Brasil desenvolveu diversas ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida das crianças brasileiras (BRASIL, 2018).

Em 1984, houve um progresso na Saúde da criança com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), se concentram em 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, com objetivo ainda de reduzir as altas taxas de mortalidade infantil (ALBERNAZ; COUTO, 2022).

O PAISC tinha como objetivo reduzir a mortalidade e morbidade infantil, com atendimento periódico, contínuo e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Dessa forma, as propostas do programa focavam no incentivo ao aleitamento materno exclusivo, orientação alimentar no primeiro ano de vida, na imunização, na identificação de doenças prevalentes na infância e, no oferecimento de diagnóstico e tratamentos de qualidade (SILVA *et al.*, 2020).

Entre a década de 80 e 90, foi vivenciado na Saúde pública um marco de mudanças, a criação da constituição de 1988, chamada constituição cidadã, a criação das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, as quais contribuíram profundamente para delinear as transformações no modelo de saúde brasileiro, bem como no que diz respeito à saúde da criança (LIMA *et al.*, 2022).

A partir da criação do Sistema Único de Saúde, a saúde deixou de ser um privilégio e passou a ser considerada um direito fundamental de todos os cidadãos. Assim, foram

incorporadas diversas ações de promoção à saúde pública, vigilância epidemiológica, nutricional e alimentar, além da participação no planejamento de iniciativas ligadas ao saneamento básico, permitindo que o Estado enfrentasse os determinantes da mortalidade infantil (BRASIL, 1990a).

Em relação aos direitos das crianças, em 1990 foi criada a Lei 8.069, também conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que assegura a proteção completa das crianças e dos adolescentes. Representou um marco onde a garantia de direitos da criança não era apenas responsabilidade da família, mas também da comunidade, sociedade em geral e do poder público. Além disso, afirma que se faz necessário assegurar com prioridade a execução de direitos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e o convívio familiar e comunitário (BRASIL, 1990b).

O Hospital Amigo da Criança foi outro marco que investiu na melhoria dos cuidados à criança, uma iniciativa que também se sobressai entre as ações de melhoria no cuidado à criança. Uma parceria entre OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1990, teve como objetivo diminuir o desmame precoce e incentivou os profissionais dos hospitais a modificarem as condutas e rotinas, baseadas no modelo biomédico, responsáveis pelos altos índices do desmame precoce (SOUZA *et al.*, 2021; JUSTINO, 2019).

No Brasil, uma das principais mudanças no cuidado à criança foi a ampliação da Atenção Básica com o Programa de Saúde da Família, que criou estratégias para a estruturação de serviços de Atenção Básica nos municípios, como a interiorização de algumas categorias profissionais e o acesso aos serviços de saúde, afetando diretamente a saúde infantil (LIMA *et al.*, 2022; BRASIL, 2018).

Diante desse cenário, a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), marcam um novo modelo de atenção à saúde, em especial no cuidado à criança, que tinha a intenção de romper com o modelo assistencial e curativista, sendo esse novo modelo de atenção à saúde estruturado em equipes, as quais se atribuí responsabilidades sanitárias em determinados territórios (BRASIL, 2017).

O modelo então implantado PSF, tinha por objetivo reduzir as altas taxas de mortalidade infantil e materna, e mostrou a necessidade de um acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças, surgindo, assim, uma nova perspectiva de atenção à saúde da criança (SOUZA *et al.*, 2021).

Em 2006, por meio da Portaria nº 648, o Ministério da Saúde alcançou a compreensão de que o Programa de Saúde da Família deveria se tornar “Estratégia” de reorientação da APS, passando a se denominar Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo esta considerada um novo modelo assistencial no país (LIMA *et al.*, 2022).

Como forma de sistematizar o atendimento a criança na APS, em 1996, foi implantada a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), proposta pela OMS, pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelo UNICEF, no intuito de alcançar as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância (LIMA *et al.*, 2022; BRASIL, 2018).

Nesta perspectiva, a AIDPI avalia a criança globalmente, integral e sistematicamente. Na consulta, são abordados os principais problemas e necessidades de saúde que afetam esse público, como infecções respiratórias agudas, diarreia, imunização, crescimento e desenvolvimento. A estratégia tem como objetivo atender às necessidades de saúde das crianças, aplicar medidas preventivas, incentivar atividades que promovam a saúde, melhorar a eficiência e qualidade do atendimento e reduzir a mortalidade infantil (SANTOS; GAÍVA; SALGE, 2018).

De 1990 a 2000, houve avanços nas políticas e ações para crianças, especialmente na garantia de direitos, na estruturação de serviços de APS e no acesso, no acompanhamento pré-natal e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. Além disso, o incentivo a alimentação e estilo de vida saudável; a segurança alimentar, com o Estado responsável pelo acesso à alimentação no Brasil; e ações para o desenvolvimento das crianças, focadas nas intervenções precoces, visando reduzir a mortalidade infantil (LIMA *et al.*, 2022).

Nesse cenário, as ações desenvolvidas tiveram um importante impacto na redução da mortalidade. Em 1991, a taxa de mortalidade infantil no Brasil era de 45,2 por mil nascidos vivos, em 1996, esse valor passou a ser 37,5, em 1998 era de 33,1 e em 2000 de 29,02. Nesse período, a região com a maior taxa de mortalidade era a nordeste (JUSTINO, 2019).

Diante dessa evolução no cuidado à criança, o Brasil vem assumindo compromissos e estratégias para melhorar seus indicadores de saúde, como por exemplo, o “Pacto pela Vida”, em 2006, que tinha como uma de suas prioridades a redução da mortalidade infantil no país e junto às Nações Unidas, “Os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio”, que tinha como meta 04 a redução da mortalidade infantil até o ano de 2015 (PEREIRA *et al.*, 2021).

Estratégias internacionais influenciaram na expressiva redução da mortalidade infantil, a exemplo, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que reduziu em 2/3 da taxa de

mortalidade entre 1990 e 2015 (BRASIL, 2018). Nesses objetivos, foram considerados três indicadores: mortalidade em crianças de até cinco anos de idade, mortalidade em crianças de até um ano de idade e vacinação de crianças de até um ano de idade contra o sarampo (SOUZA; LIRA, 2022).

Em 2000, foi introduzida uma nova e abrangente abordagem do cuidado à saúde materna e infantil através do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), com o objetivo principal de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no Brasil, que já haviam melhorado consideravelmente nas três últimas décadas, mas ainda precisavam avançar (SILVA; FERNANDES; ALVES, 2020).

O PHPN promoveu a garantia da assistência à gestante e à puérpera, visando a realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação, e no mínimo seis consultas pré-natais, uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento, a garantia de um rol mínimo de exames laboratoriais, a oferta de testagem anti-HIV, a aplicação da vacina antitetânica, a realização de atividades educativas, a classificação do risco gestacional na primeira consulta e a garantia do atendimento ou acesso à unidade de referência para as gestantes de alto risco (LIMA *et al.*, 2022).

O Programa Bolsa Família (PBF), criado em 2003, uma ação intersetorial considerada a mais importante política social do governo brasileiro e o maior programa de transferência condicionada de renda do mundo, em termos de cobertura e financiamento, superação da extrema pobreza na primeira infância de famílias tendo em sua composição crianças de zero a 6 anos. Esta estratégia é considerada um dos principais fatores que contribuíram para a redução da mortalidade infantil no Brasil, sobretudo no que diz respeito aos óbitos pós-neonatais, principalmente por desnutrição e diarreia (SOUZA *et al.*, 2021).

No âmbito da saúde, as condicionalidades que as famílias participantes de PBF deveriam cumprir eram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela vigilância nutricional, a vacinação para crianças menores de sete anos e a assistência pré-natal e no puerpério. Salienta-se que essas ações foram desenvolvidas no âmbito da APS e, consequentemente, os profissionais da Estratégia de Saúde da Família têm um papel de destaque nesse contexto (LIMA *et al.*, 2022).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, criada em 2004, pelo Ministério da Saúde, estabeleceu as diretrizes principais para o desenvolvimento de políticas de atenção à criança. Esse documento foi mais uma ferramenta que visava auxiliar o trabalho dos gestores estaduais e municipais no processo

de reorganização da rede de assistência à infância em todos os níveis de atenção. A saúde das crianças passa a ser uma preocupação de todos os profissionais que lidam com elas, em qualquer oportunidade, seja na unidade de saúde, no domicílio, na creche, pré-escola ou escola. Desta forma, é oportunizado o cuidado integral e multiprofissional, que tem por objetivo compreender todas as necessidades e direitos desse público (BRASIL, 2004).

Em 2009, foi criado o “Programa Compromisso Mais Nordeste e Mais Amazônia Legal pela Cidadania”, com o objetivo de diminuir, anualmente, em 5% as taxas de mortalidade neonatal e infantil, em 256 municípios prioritários, de modo a reduzir as disparidades regionais, em um cenário onde o nordeste historicamente lidera com as maiores taxas de mortalidade infantil (BRASIL, 2018).

Em 2015, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Sendo regulamentado por meio da portaria nº 1.130/2015, tendo como objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade social, onde os indicadores são mais expressivos, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Diante disso, a atual política de saúde da criança, PNAISC, busca implementar ações voltadas à promoção da saúde integral, prevenção de doenças e tratamento adequado das enfermidades infantis e a implementação de estratégias intersetoriais para abordagem dos determinantes sociais da saúde infantil (LIMA *et al.*, 2022).

Apesar das melhorias nos indicadores em resposta às políticas de saúde à criança no Brasil nos últimos anos, ainda persistem alguns desafios para a integralidade no cuidado como as desigualdades sociais e econômicas, o atual cenário de desmonte da APS, e essa fragilidade pode ser observada através das diferenças nas taxas de mortalidade infantil intra e inter-regionais em algumas regiões do país (SANTOS *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2022; SOUZA; LIRA, 2022).

Considerando o cenário apresentado, as políticas públicas voltadas à atenção à saúde infantil no Brasil percorreram um caminho evolutivo, iniciando com ações pontuais de saúde e evoluindo para atender as demandas sociais, mudando a perspectiva da atenção no país, implementando estratégias intersetoriais e reconhecendo que a saúde da criança envolve todos os aspectos de sua vida (ARAÚJO *et al.*, 2021).

3.2 Processo de Trabalho do Enfermeiro na Saúde da Criança na Atenção Básica

Neste capítulo, nosso objetivo é apresentar o processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica à saúde, com foco no cuidado à criança. Para isso, discutiremos os principais aspectos desse trabalho e as estratégias utilizadas para enfrentar os desafios e promover um atendimento de qualidade. Vale ressaltar que, ao longo deste capítulo, utilizaremos os termos "**Atenção Básica**" e "**Atenção Primária à Saúde**" como equivalentes, seguindo a perspectiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

A concepção moderna de APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson, que preconizou a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: serviços domiciliários, centros de saúde primários, centros de saúde secundários, serviços suplementares e hospitais de ensino. Contudo, a APS foi consagrada a partir da Conferência Internacional no ano de 1978, em Alma-Ata, definida na ocasião como a porta de entrada dos sistemas de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (MENDES, 2015).

Desde a década de 1970, a APS tem sido considerada pela OMS uma estratégia inovadora para romper com o modelo hegemônico centrado na figura do médico e no tratamento de doenças. Isso ocorre porque a APS se volta para a promoção da saúde e utiliza o trabalho multidisciplinar (BERTUSSO; RIZZOTTO, 2018).

Nas décadas de 1970 e 1980, houve uma luta pela conquista humana por meio de melhorias na saúde e de políticas aplicadas para beneficiar a população. A democratização da saúde tornou-se primordial no cotidiano institucional do SUS. Nessa perspectiva, o cenário da saúde pública brasileira vem sendo moldado por diversas influências sociais, políticas e econômicas ao longo das décadas (FLÔRES *et al.*, 2018).

A interpretação da APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, compreende-a como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para residentes às necessidades, demandas e representações da população, o que implica a articulação da APS como parte e como coordenadora de uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2017).

A AB é uma estratégia fundamental de saúde pública, que tem como objetivo levar atendimento de qualidade e humanizado às comunidades, com foco na prevenção e promoção da saúde, bem como no cuidado integral e contínuo dos pacientes (BRASIL, 2017; ALMEIDA *et al.*, 2018). Logo, é reconhecida como a base e o alicerce dos sistemas de saúde em todo o mundo, desempenhando um papel fundamental na promoção da saúde, prevenção de doenças,

diagnóstico, tratamento e reabilitação. Segundo Araújo *et al.* 2018, a APS apresenta quatro características essenciais: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o processo de trabalho na Atenção Básica possui 19 características fundamentais, que incluem: territorialização e adscrição de clientela; acesso universal e contínuo; acolhimento e escuta qualificada; classificação de risco e vulnerabilidade; integralidade; coordenação do cuidado; vínculo e responsabilização; continuidade do cuidado; planejamento e programação descentralizada; equidade; valorização dos profissionais de saúde; formação e capacitação; avaliação e acompanhamento dos resultados; participação popular e controle social; intersetorialidade; promoção da saúde; prevenção de doenças e agravos; vigilância à saúde; e tratamento e reabilitação (BRASIL, 2017). Essas características são fundamentais para guiar as ações e os serviços oferecidos na AB, garantindo a qualidade e a efetividade do cuidado prestado à população.

No Brasil, a APS é ordenada pela Estratégia Saúde da Família, que visa reorganizar a oferta de serviços de saúde de forma mais abrangente e territorializada. A ESF enfatiza a importância do trabalho em equipe multiprofissional, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, bem como outros profissionais, como dentistas e psicólogos, que fazem parte das equipes de Saúde da Família e das equipes de apoio (BRASIL, 2017).

As equipes de APS atuam em colaboração estreita com as comunidades, estabelecendo vínculos e responsabilidades compartilhadas, visando melhorar a qualidade de vida e garantir o acesso a serviços de saúde de qualidade para todos, independentemente de idade, sexo, condição socioeconômica ou de saúde (DAVID *et al.*, 2018). Neste cenário, a APS desempenha um papel central na organização dos sistemas de saúde, promovendo um cuidado integral, equitativo e de qualidade, e contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde e redução das desigualdades.

Embora o trabalho do enfermeiro na APS seja fundamental para melhorar os indicadores, especialmente no que diz respeito à mortalidade infantil, o papel da enfermagem é subestimado não apenas pela população e pelos usuários, mas também por outros profissionais de saúde, o que gera estigmas relacionados diretamente à autonomia desses profissionais (SOUSA *et al.*, 2022).

A criança é um dos grupos populacionais que requer atenção prioritária à saúde e

acompanhamento na APS pelo enfermeiro. Como mostramos no capítulo anterior, as políticas criadas desde 1980 alteraram o modelo biomédico, aumentaram o acesso à saúde, melhoraram a assistência e o atendimento às gestantes, recém-nascidos e crianças para reduzir a mortalidade infantil (FILHO; ROCHA; GOUVEIA, 2019; BRANQUINHO; LANZA, 2018; DAVID *et al.*, 2018).

A inserção do enfermeiro no cuidado à criança na AB tem como objetivo instituir ações voltadas para a promoção da saúde e adoção de hábitos de vida saudáveis, garantindo às crianças um crescimento e desenvolvimento adequado. Isso é feito por meio de tecnologias de baixo custo, como incentivo ao aleitamento materno exclusivo, introdução adequada da alimentação complementar, imunização na faixa etária preconizada, prevenção à violência, identificação e tratamento de doenças prevalentes na infância e acompanhamento sistemático em puericultura. Essas ações promovem uma mudança no modelo médico-curativista tradicionalmente utilizado (SILVA; CARDOSO, 2018).

Nesse contexto, o enfermeiro assume um papel crucial na APS, funcionando como elo entre os usuários e o sistema de saúde. Além do cuidado direto à criança, sua atuação engloba coordenação e gerenciamento das ações e serviços de saúde, bem como responsabilidades educativas e de liderança, objetivando melhorar continuamente a qualidade do cuidado e garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde (NUNCIARONI *et al.*, 2022).

Sendo assim, na APS, o enfermeiro encontra uma oportunidade de direcionar suas ações para atender às necessidades de saúde dos usuários. Nesta perspectiva, a prática de enfermagem é focada em seu objetivo primordial: proporcionar cuidado de enfermagem de qualidade (MATUMOTO *et al.*, 2011).

De acordo com a PNAB de 2017, os enfermeiros têm diversas atribuições específicas no âmbito da AB. Entre elas, estão a realização de atenção à saúde dos indivíduos e famílias, consultas de enfermagem, solicitação de exames, prescrição de medicações conforme protocolos, realização de acolhimento e classificação de risco, elaboração de planos de cuidados para pessoas com condições crônicas e supervisão das ações dos técnicos/auxiliares de enfermagem e ACS. Além disso, os enfermeiros são responsáveis por planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos demais profissionais da equipe e manter atualizados os protocolos e fluxos relacionados à sua área de competência (BRASIL, 2017).

A consulta de enfermagem, mencionada na PNAB, é um instrumento essencial para o atendimento integral no cuidado à criança. Essa consulta é uma atividade privativa do enfermeiro na equipe de enfermagem, conforme estabelecido pela Lei do Exercício Profissional

da Enfermagem, Lei nº 7.498/1986, e regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). A consulta de enfermagem consiste em um conjunto de ações sistematizadas, fundamentadas no raciocínio clínico e científico, com o objetivo de identificar necessidades, planejar e implementar intervenções voltadas ao cuidado, promoção da saúde e prevenção de doenças na população infantil (BRASIL, 1986).

Neste contexto, o enfermeiro tem surgido como uma figura fundamental no cuidado à saúde infantil, como um profissional capaz de realizar todas as ações recomendadas para essa população, de forma a melhorar a promoção da saúde e prevenção de doenças, com ênfase na prestação de cuidados à criança, destacando a realização da puericultura (BRANQUINHO; LANZA, 2018). A puericultura é um acompanhamento periódico e sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil, realizado pela equipe de saúde da atenção básica, com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças na infância (BRASIL, 2018).

O Ministério da Saúde recomenda que, no Caderno da Saúde da Criança, sejam realizadas pelo menos nove consultas de puericultura: na 1ª semana de vida, no 1º mês, no 2º mês, no 4º mês, no 6º mês, no 9º mês, no 12º mês, no 18º mês e no 24º mês. Após os dois anos de idade, as consultas devem ocorrer sempre próximas ao mês de aniversário da criança. Caso seja necessário, o profissional pode ajustar esse calendário de acordo com as necessidades específicas da criança, levando em consideração os fatores de risco e vulnerabilidade presentes (BRASIL, 2018).

Segundo Ferreira *et al.*, (2019), a atuação do enfermeiro é essencial na realização da consulta de puericultura, que envolve uma série de etapas para garantir um atendimento completo, contínuo e de qualidade às necessidades de saúde da criança e de sua família. A prática não se resume apenas à verificação de medidas antropométricas, mas inclui uma avaliação integral da criança, monitoramento de seu crescimento e desenvolvimento, e, principalmente, aconselhamento de enfermagem. Sendo assim, seu trabalho está voltado para promoção da saúde infantil e na prevenção de doenças, por meio da orientação e do estabelecimento de planos de cuidados individualizados para cada criança atendida.

A puericultura do enfermeiro na APS tem como objetivo acompanhar a criança desde o nascimento, monitorando o crescimento, o desenvolvimento, a vacinação, orientações sobre prevenção de acidentes, o aleitamento materno, higiene individual e ambiental, além de diagnosticar precocemente e prevenir complicações futuras (BRITO *et al.*, 2018). Assim, estabelece prioridades, prescreve cuidados e orienta as mães. Além disso, cria um vínculo, uma

comunicação e uma relação interpessoal com a criança e sua família (FILHO; ROCHA; GOUVEIA, 2019).

Em relação aos instrumentos utilizados na atenção à saúde da criança, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) vem sendo amplamente estudada por sua importância no trabalho do enfermeiro. A CSC permite ao profissional estabelecer um diálogo com a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança, além de possibilitar práticas ampliadas em seu olhar. No entanto, alguns problemas têm sido identificados, como o preenchimento incompleto desse instrumento por parte dos profissionais e a limitação de conhecimento sobre seu uso por alguns indivíduos (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

Estudos mostram falhas no preenchimento da CSC. Os campos mais completos são referentes à identificação da mãe e da criança. Dos itens que devem ser registrados nas maternidades, o peso ao nascer apresentou maior número de preenchimentos; dos que devem ser registrados na APS/outros serviços, os campos das vacinas foram os mais preenchidos. Os itens de registro foram mais preenchidos na maternidade, em comparação com os que devem ser registrados na APS/outros serviços (RODRIGUES *et al.*, 2022; AMORIM *et al.*, 2018).

Nesse cenário, temos que a CSC tem sido subestimada e alguns profissionais a enxergam apenas como uma tarefa burocrática, o que faz com que muitos não cumpram os seus requisitos. A subutilização da caderneta pode afetar a saúde infantil, expondo-a a riscos e aumentando a vulnerabilidade do universo infantil (RODRIGUES *et al.*, 2022; AMORIM *et al.*, 2018).

Na APS, o trabalho do enfermeiro é amplo, conforme já apresentamos anteriormente ele possui várias dimensões, e no cuidado à saúde da criança envolve um conjunto de ações que devem ser realizadas para atender a demanda espontânea, oriunda das necessidades de saúde da criança e sua família (LIMA *et al.*, 2020). Para ultrapassar esta prática, os cuidados prestados à criança devem ser planejados e programados numa perspectiva de trabalho vivo em ação, e não de trabalho morto, com predominância de tecnologias leves ou relacionais, complementadas por tecnologias leve-duras e duras (LIMA *et al.*, 2020; FRANCO; MERHY, 2013).

Segundo Merhy (2002), o trabalho em saúde deve ser realizado de uma forma que valorize as relações entre usuários e profissionais, estabeleça vínculos por meio da fala e da escuta, acolha (trabalho vivo em ação), ao invés de concentrar em procedimentos, tecnologias e equipamentos (trabalho morto). Esses atributos do trabalho em saúde referido por Merhy, ficam ainda mais evidentes no trabalho do enfermeiro no cuidado à criança na APS, conforme alguns estudos nacionais (NUNCIARONI *et al.*, 2022; FILHO; ROCHA; GOUVEIA, 2019;

DAVID *et al.*, 2018).

Estudos destacam a formação de vínculo como uma das potencialidades do trabalho do enfermeiro no cuidado à criança. Esse vínculo começa a ser estabelecido desde a gestação, durante o acompanhamento pré-natal, o que favorece a adesão às consultas de puericultura e contribui para um cuidado mais efetivo e personalizado (BRITO *et al.*, 2018; BENÍCIO *et al.*, 2016; SIEGA *et al.*, 2020). O vínculo estabelecido favorece a busca pela unidade de saúde e possibilita uma escuta qualificada, fundamentada no estabelecimento de relações interpessoais. Essas relações se iniciam no acolhimento da criança e da família e na construção de laços de confiança com o profissional de saúde, contribuindo para um atendimento eficiente e humanizado (SIEGA *et al.*, 2020).

Por outro lado, embora seja consensual a importância das tecnologias leves na atenção à saúde, em algumas situações, também se faz necessário o uso de tecnologias leve-duras e duras. A falta de disponibilidade dessas tecnologias pode comprometer a integralidade do cuidado à criança. Nesse contexto, alguns estudos destacam, principalmente, a disponibilidade de instrumentos e equipamentos necessários para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRITO *et al.*, 2018; CAVALHEIRO; SILVA; VERÍSSIMO, 2021; FINKLER *et al.*, 2015). Essas deficiências podem dificultar a execução de ações desejadas nesse processo, enfatizando a importância de investir na melhoria da infraestrutura e na disponibilidade de recursos para um cuidado mais completo e efetivo.

Segundo Cavalheiro, Silva e Veríssimo (2021), esses desafios incluem a falta de recursos humanos e de estrutura adequada, o número insuficiente de profissionais internados na rede, e a sobrecarga de trabalho decorrente das múltiplas funções assumidas pelos enfermeiros. Assim, é fundamental investir na melhoria das condições de trabalho e infraestrutura dos serviços de saúde, a fim de garantir um atendimento de qualidade e efetivo no cuidado à criança na APS.

Dessa forma, problemas que envolvam capital humano e estrutura física podem ser complexos de resolver, uma vez que dependem de verbas financeiras do governo. Torna-se fundamental que a gestão local atue em parceria com a assistência, uma vez que cabe aos gestores viabilizar a implementação de uma metodologia assistencial baseada em evidências científicas por meio da organização de sua estrutura (SIEGA *et al.*, 2020).

Assim, os protocolos assistenciais surgem como um instrumento crucial, permitindo, durante sua construção coletiva, o estabelecimento de condutas estabelecidas à realidade local. Essas condutas dão suporte à operacionalização da Consulta de Enfermagem em puericultura,

antecipando e fornecendo a estrutura, os materiais e a dinâmica necessários para a realização dessa atividade (GÓES *et al.*, 2018).

A enfermagem tem um papel relevante na assistência à saúde da criança, mesmo antes da consolidação do SUS, devido ao seu potencial de fornecer assistência com uma visão mais ampla do indivíduo, incluindo práticas de promoção da saúde, como a educação em saúde. Contudo, é necessário prosseguir com as estratégias de educação permanente, com a formação acadêmica de acordo com os parâmetros, que ainda é afetada pelo paradigma biomédico, e com a pós-graduação, ampliando as ofertas de residências especializadas (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

Apesar dos desafios enfrentados pelo enfermeiro no trabalho com puericultura, há fortes evidências que destacam sua importância para o cuidado integral da criança. A puericultura é uma ferramenta essencial para promover a saúde infantil, garantindo o crescimento e desenvolvimento adequado nos aspectos físicos, emocionais e sociais. Isso contribui para a redução da morbimortalidade infantil, tornando-se fundamental ressaltar alguns achados dos estudos sobre a contribuição do enfermeiro nesta prática tão importante (GÓES *et al.*, 2018).

Na consulta de puericultura, os enfermeiros investem tempo nas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, exercendo influência positiva na saúde infantil. Logo, o profissional não deve se limitar ao exame físico da criança; é fundamental que haja comunicação com escuta qualificada, acolhimento humanizado e oferta de orientações adequadas para a fase em que a criança se encontra, através de ações de educação em saúde (MONTEIRO *et al.*, 2020).

A implementação de ações de educação em saúde no cuidado infantil pode promover mudanças positivas nos hábitos e melhorar a qualidade de vida. Por meio de abordagens simples, como diálogos e rodas de conversa, é possível criar ambientes ricos em conhecimento e troca de experiências entre os participantes. Além disso, essas atividades também funcionam como ferramentas para fortalecer o vínculo entre profissionais de saúde, crianças e suas famílias (ALVES *et al.*, 2019).

Ao nos debruçarmos sobre o papel do enfermeiro no cuidado à criança na APS, compreendemos a importância de seu trabalho como elo entre a APS, a família e a criança. Destacamos aqui o uso das tecnologias relacionais empregadas por esse profissional, como a criação de vínculo com a família, que traz potencialidade ao trabalho, facilitando o acompanhamento e a segurança durante a consulta.

O enfermeiro na puericultura dispõe de ferramentas potentes como a escuta ativa e

qualificada, auxiliando na compreensão das necessidades da criança e sua família. Além disso, o enfermeiro tem como objetivos de seu trabalho a vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e psicossocial da criança durante a consulta de puericultura, além de acompanhar a alimentação complementar, a higiene corporal e os cuidados com o bebê.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa através da modalidade análise temática. A pesquisa qualitativa permite estudar detalhadamente os significados das ações e relações humanas. A escolha desta abordagem se deu pela sua capacidade de incorporar o pleito do significado e da intencionalidade como imanentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, as quais são tomadas como construções humanas significativas (MINAYO, 2014).

As pesquisas com essa abordagem examinam em profundidade os significados intrínsecos às ações e relações humanas. Também devido à sua capacidade de elucidar os significados e intenções subjacentes aos atos, relações e estruturas sociais, vistos como construções humanas expressivas, inseparáveis dos contextos nos quais se inserem e das restrições dos indivíduos envolvidos (MINAYO, 2014).

Para Campos e Turato (2009) neste tipo de estudo, o pesquisador se dedica à exploração do significado das coisas, uma vez que este desempenha um papel crucial na organização do ser humano. As "coisas" - sejam fenômenos, ocorrências, fatos, experiências, ideias, sentimentos ou assuntos - moldam a vida das pessoas através de suas representações. Em um nível mais amplo, os significados atribuídos a essas "coisas" são compartilhados culturalmente e servem para organizar grupos sociais em torno dessas representações e simbolismos.

4.2 CENÁRIO

Maceió representa, aproximadamente, 29,94% da população do Estado de Alagoas, com uma área territorial total de 509,552 km/m² dividida em 51 bairros, sendo estes subdivididos em 08 (oito) Distritos Sanitários (DS), de acordo com a organização espacial desenhada pelo SUS para a oferta das ações e serviços à população. O DS é um modelo organizativo descentralizado, que se traduz na delimitação de uma área geográfica e populacional, onde estão implantados e articulados os serviços de saúde do município (MACEIÓ, 2018).

No que se refere atenção primária, atualmente a cobertura no município é de

aproximadamente 45,21%, distribuída da seguinte forma: 36 Unidades de Estratégia Saúde da Família, 16 Modelo Tradicional/Demanda Espontânea e 6 Unidades Básicas de Saúde Mistas (ESF e Modelo Tradicional). Quanto à distribuição das Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário: Distrito I – 02, Distrito II – 10, Distrito III – 11, Distrito IV – 10, Distrito V – 11, Distrito VI – 14, Distrito VII – 19, Distrito VIII – 09. Totalizando 86 equipes no município de Maceió (MACEIÓ, 2018).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Este estudo direcionou sua atenção para um segmento específico de profissionais da saúde: enfermeiras que atuam na Atenção Básica em Maceió. O universo desta pesquisa consistiu em 15 enfermeiras.

Quanto à seleção dos participantes, a mesma ocorreu por distritos sanitários, iniciando pelo primeiro e seguindo, assim respectivamente, pelos oito distritos, e a delimitação do número de partícipes da pesquisa seguiu o método de saturação dos dados.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Ser Enfermeiro(a) vinculado à Atenção Básica do município de Maceió, e que atuou no cuidado à criança durante a pandemia da COVID-19.

4.3.2 Critérios de Exclusão

Os participantes que estiverem atuando a um período menor que 1 ano na Atenção Básica, por considerar que esse profissional pode ainda não está apropriado desse processo de trabalho.

4.4 PRODUÇÃO DE INFORMAÇÕES

4.4.1 Instrumento de coleta de dados

O instrumento desta pesquisa foi um roteiro semi-estruturado (Apêndice A) para entrevista, composto de quatro partes, sendo a primeira destinada à preparação do campo, após a aproximação do sujeito e sua concordância em participar do estudo. A segunda parte contém

perguntas que caracterizam o conjunto de participantes que poderão explicar partes do teor das entrevistas. A terceira parte traz as perguntas que abordaram diretamente o objeto da pesquisa e a quarta parte encerra o encontro e garante o retorno, se for necessário.

4.4.2 Processo de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2022, durante a pandemia, na fase de flexibilização das medidas de isolamento, com retorno das ações nas unidades de saúde.

Os participantes tiveram a opção de escolher a modalidade de coleta de dados, entrevista presencial ou virtual. Todos os participantes optaram por encontros presenciais, com cuidados para prevenir e gerir a pesquisa, seguindo as orientações da ANVISA para minimizar riscos, além de cuidar e preservar os participantes da pesquisa.

O primeiro contato com os participantes foi realizado por telefone ou via WhatsApp. Em seguida, visitamos as unidades de saúde para expor os objetivos da pesquisa e convidar pessoalmente os profissionais para participar. Após a confirmação do interesse em contribuir para o estudo, procedemos com o agendamento das entrevistas, respeitando a disponibilidade de cada participante.

Para a etapa de coleta de dados, foi necessário estabelecer parâmetros de desistência para participar da coleta de dados, três tentativas de contato ou três agendamentos para entrevistas não concretizadas. Tal medida se fez necessária, após seguidos cancelamentos de entrevistas marcadas pelos próprios participantes que no dia e horário marcado não estavam no serviço, ou não responderam ao contato para um novo agendamento.

O processo de busca destes participantes ocorreu durante o segundo ano da pandemia de COVID-19 e foi bastante desafiador para a pesquisadora, em virtude de mudanças que sofreram os serviços da rede de atenção à saúde. As entrevistas gravadas totalizaram aproximadamente 5h23min (cinco horas e 23 minutos) de gravação, sendo a de menor duração igual a 08:03 (oito minutos e três segundos) e a de maior duração igual a 46:03 (vinte e cinco minutos e vinte e nove segundos), tendo todas uma média de duração de 21 minutos.

Para a realização das entrevistas, que foram individuais, respeitando a privacidade dos entrevistados, a pesquisadora se apresentou ao profissional para explicar o objetivo e a importância do estudo, deixando claro para o informante que se voluntariou a participar da entrevista que as informações fornecidas serão sigilosas e suas identidades serão mantidas no

anonimato, garantindo seu processo de tomada de decisão quanto à participação ou não no estudo. Assim, todos participantes assinaram os termos de realização da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, em duas vias, as quais uma ficou com o entrevistado e a outra foi arquivada pela pesquisadora.

Acima de tudo, foi respeitada a vontade do participante em decidir sobre sua participação ou não no estudo, não sendo retaliado por motivo de negação nem por desistência em qualquer fase da coleta de dados. No dia marcado para realização da entrevista, a pesquisadora aplicou o roteiro semiestruturado, o qual contém questões norteadoras, e, nos casos em que o entrevistado se distanciou do assunto, a entrevistadora utilizou estratégias para retomar o foco das informações. As entrevistas foram áudio gravadas em MP4, conforme autorização dos sujeitos e, para resguardar suas identidades, as falas dos entrevistados citados no texto estão identificadas com siglas, por exemplo, profissional da entrevista um (ENF 1), e assim sucessivamente.

4.5 PRESERVAÇÃO DOS ASPECTOS ÉTICOS

Primeiramente, foi obtida a autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió. Após essa autorização, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil.

Este estudo seguiu os preceitos éticos da resolução nº 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Alagoas, sob CAAE número: 58011922.4.0000.5013 e parecer nº 5.543.378.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento e interpretação dos dados coletados nas entrevistas seguiram o método da Análise de Conteúdo, conforme proposto por Minayo (2014), na modalidade de análise temática. A técnica de análise de conteúdo temático foi aplicada aos materiais gerados a partir de entrevistas semiestruturadas. Esta abordagem permite desvendar o que se esconde atrás de expressões de ideias ou palavras, com o intuito de estabelecer conexões menos perceptíveis que estão ancoradas na teoria e nas contradições, bem como no contexto que envolve o objeto em análise (MENDES; MISKULIN, 2017).

A análise temática, um tipo de análise de conteúdo, é uma técnica comumente usada na pesquisa qualitativa para identificar, analisar e relatar padrões (temas) dentro dos dados. O

método foi proposto por Minayo (2014) e é amplamente utilizado para explorar as perspectivas dos participantes de maneira detalhada e complexa.

Na análise temática, o objetivo é descobrir os núcleos de sentido que emergem da comunicação, ou seja, os temas e subtemas que se destacam na fala ou no texto e que são relevantes para a compreensão do fenômeno em estudo. Esses núcleos de sentido podem ser identificados pela sua frequência, mas também pelo seu significado e relevância para o objeto de estudo (MINAYO, 2014).

Este método é particularmente útil quando se trata de explorar as experiências, percepções e opiniões dos participantes, bem como os contextos sociais e culturais nos quais essas percepções e experiências são formadas (MINAYO, 2014). Vale ressaltar que, embora a análise temática possa identificar a frequência de certos temas, seu objetivo principal não é quantificar os dados, mas sim explorar em profundidade os significados e as nuances que emergem dos dados.

A análise temática compreende, segundo a autora, a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Neste sentido, primeiro foi realizada a ordenação dos dados, que engloba a transcrição, a releitura e a organização dos relatos. Em seguida, ocorreu a etapa de organização das informações, após leitura exaustiva e repetida dos textos, para a definição das categorias de análise (MINAYO, 2014). A terceira etapa, de análise final, está sendo realizada a partir da relação observada entre o material empírico (realidade capturada) e o referencial teórico do processo de trabalho.

Nesta perspectiva, foi realizada uma sistematização de procedimentos exigidos pela análise de conteúdo temático-categorial. As etapas e os instrumentos que apoiam o seu desenvolvimento foram: primeiro, na pré-análise, realizada a leitura flutuante, intuitiva, que compreende a leitura exaustiva das entrevistas, de forma a se deixar impressionar pelos conteúdos presentes, como se flutuasse sobre o texto, ou seja, sem a intenção de perceber elementos específicos na leitura (MENDES; MISKULIN, 2017).

No processo de coleta, todas as entrevistas foram gravadas, como forma de garantir maior fidedignidade dos depoimentos. Entretanto, a gravação somente foi iniciada após o consentimento de cada entrevistado (a). As entrevistas foram transcritas na íntegra.

A etapa seguinte consistiu na exploração do material, que consiste na determinação das unidades de registro e de contexto. Unidades de registro (UR): Trata-se de uma unidade de segmentação ou de recorte, a partir da qual se faz a segmentação do conjunto do texto para análise. Essa unidade pode ser definida por uma palavra, uma frase ou um parágrafo da

entrevista. Definição das unidades de significação ou temas: associação das UR a unidades de significação ou temas, ou seja, cada tema será composto por um conjunto de UR. Unidades de Contexto: são unidades de compreensão da unidade de registro e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões são maiores do que aquelas da unidade de registro. São segmentos da entrevista que permitem compreender a significação das unidades de registro, recolocando-as no seu contexto, tratando-se sempre de uma unidade maior do que a UR (MENDES; MISKULIN, 2017).

E, por fim, a última etapa: o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, momento em que os dados brutos são divididos, a partir daí, foram realizadas as interpretações dos mesmos, inter-relacionando com o quadro teórico desenhado inicialmente.

4.7 REFERENCIAL TEÓRICO

Alguns autores, que apresentam papel de destaque na discussão de trabalho em saúde (MERHY; FRANCO, 2003; GONÇALVES, 1994), trazem conceitos importantes. O primeiro conceito abordado é o de dimensão ontológica do trabalho, fica estabelecido o significado do trabalho como atividade humana (algo que nos diferencia dos outros seres vivos) constituinte do ser social, que ao projetar e incidir na realidade, a transformando, também é produtora de sentidos para o próprio sujeito que a realiza.

Ou seja, o trabalho não opera transformações somente no objeto ou matéria sobre a qual incidem, mas converte-se em processo de transformação/produção dos sujeitos. Outro conceito se refere a apreensão da dimensão teleológica do trabalho, ou seja, o plano da intencionalidade, que, no caso dos trabalhadores da saúde, se insere diretamente no campo da disputa de projetos para esse setor (MERHY; FRANCO, 2003; GONÇALVES, 1994)

Em meio a essa discussão de trabalho, Franco e Merhy (2007) define que há duas dimensões para o trabalho em saúde: trabalho vivo (produtivo e criativo) e trabalho morto (normas, rotinas, processos cristalizados), compreendendo que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de ‘trabalho vivo’ em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado sumárias e burocráticas, onde a assistência se dá centrada no ato prescritivo, compondo um modelo que tem, na sua natureza, o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Entretanto, por outro, é possível potencializar o trabalho vivo, de maneira a favorecer a criatividade, autogoverno e autonomia dos trabalhadores, estratégia fundamental para se pensar a mudança de modelo de atenção.

Outro conceito importante a considerarmos é o de tecnologias em saúde. Para Merhy e Franco (2003), tecnologia leve (o saber fazer) pode ser entendida como a tecnologia das relações, com o propósito de construir conhecimento para implementar o autocuidado e garantir a autonomia do usuário na busca de sua qualidade de vida; a tecnologia leve-dura combina aspectos dos procedimentos técnicos e a burocratização dos processos de trabalho com as tecnologias leves, correspondendo aos saberes envolvidos no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiologia, entre outros; e a tecnologia dura centrada em processos técnicos e normativos, como os equipamentos tecnológicos como máquinas, normas e estruturas organizacionais.

Diante do exposto, o trabalho de saúde tem como elemento central da produção dos serviços o cuidado prestado à população usuária. Assim, caracteriza-se por ser trabalho vivo em ato, no qual ganha destaque a sua dimensão relacional (campo das tecnologias leves), posto que incide no complexo objeto da saúde, em sujeitos que vivenciam o processo saúde-doença e as distintas necessidades dele decorrentes (FRANCO; MERHY, 2007).

De acordo com o entendimento sobre trabalho e processo de trabalho em saúde, anteriormente apresentados, pode-se dizer que o processo de trabalho é um conjunto de saberes, sendo denominados elementos constitutivos: objetos, finalidades, meios, instrumentos e o produto final (ALVARENGA; SOUSA, 2022).

Para Gonçalves (1994), o profissional de saúde entende processo de trabalho como um conjunto de saberes, instrumentos e meios, tendo como sujeitos os profissionais que se organizam para produzir serviços de modo a prestar assistência individual e coletiva para obtenção de produtos e resultados decorrentes de sua prática que, especificamente na saúde, tem por objetivo a prestação de uma assistência eficiente e eficaz, possibilitando a satisfação das necessidades de saúde de uma clientela.

Por sua vez, o trabalho de enfermagem tem a função de prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família e comunidade, desempenhando atividades para promoção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para a implementação e consolidação do SUS (MATUMOTO *et al.*, 2011).

Neste trabalho, optou-se por utilizar o referencial de trabalho em enfermagem conforme apresentado por Sanna (2007) onde ela dispõe que a enfermagem apresenta um vasto campo de trabalho em diversas áreas do conhecimento e de atuação, podendo ser classificada em cinco dimensões. Na APS, essas dimensões do processo trabalho assumem algumas características, conforme veremos a seguir características que vem sendo fortemente discutida,

a seguir vamos apresentar a seguir.

Na dimensão assistencial, o trabalho de enfermagem envolve o cuidado direto com o paciente, seja ele individual, familiar, ou em grupos sociais e coletividades. As demandas para cuidado emergem da realidade dos pacientes e das comunidades, e podem ser de variados tipos, incluindo prevenção, promoção, tratamento e reabilitação. Em resposta a essas demandas, os enfermeiros planejam e implementam ações de cuidado adequadas e baseadas em evidências (ALVARENGA; SOUSA, 2022; PAULA, 2014).

Na gerencial, os enfermeiros são responsáveis pela organização do trabalho e pela gestão dos recursos humanos de enfermagem. Eles utilizam uma variedade de ferramentas de gerenciamento para planejar, coordenar e avaliar o cuidado prestado, garantindo a eficácia e eficiência dos serviços de saúde (PAULA *et al.*, 2014; DAVID *et al.*, 2018; HAUSMANN *et al.*, 2009).

Os enfermeiros na APS também têm uma importante função educacional, orientando e capacitando pacientes, famílias e comunidades em relação a práticas saudáveis, doenças e suas prevenções, além de formar, aperfeiçoar e capacitar outros profissionais de saúde. Essa função educacional é essencial para promover a saúde e a autonomia dos indivíduos e comunidades (NUNCIARONI *et al.*, 2022; DAVID *et al.*, 2018).

A dimensão da pesquisa permite que os enfermeiros repensem sua prática profissional e busquem novas formas de melhorar a qualidade do cuidado. Eles estão envolvidos na produção e na utilização de pesquisas para informar sua prática e construir o conhecimento em enfermagem (PAULA, 2014).

A Participação Política dos enfermeiros tem um papel significativo. Como a maior força de trabalho da saúde, eles possuem uma representação social importante e têm a capacidade de influenciar a formulação de políticas, participando ativamente das decisões políticas que impactam a saúde da população e a profissão de enfermagem, inclusive no controle social (NUNCIARONI *et al.*, 2022). Portanto, o trabalho da enfermagem na APS é um processo complexo que envolve várias dimensões e requer uma variedade de habilidades e competências. Através da integração dessas cinco dimensões, a enfermagem pode contribuir significativamente para a saúde dos indivíduos e das comunidades.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram 15 enfermeiras, todas do sexo feminino e a média de idade de 51 anos, sendo a mais jovem 41 e a maior com 67 anos. Conforme representação pelos distritos: I (1 participante), III (3 participantes), IV (2 participantes), V (5 participantes), VI (2 participantes), VII (2 participantes). Todos com vínculo efetivo de trabalho.

O tempo de atuação no serviço público variou de 6 a 20 anos, sendo que 8 deles tinham experiência de mais de 20 anos. Dos profissionais, 14 tinham especialização e 1 mestrado, e as áreas de especialização foram diversas, sendo 11, entre saúde pública e saúde da família, além do ensino, nefrologia, urgência e emergência e UTI pediátrica.

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros, tempo de trabalho, segundo formação e área de especialização.

Variável	n (%)
Tempo de atuação no serviço (anos)	
6 a 10	3 (20)
11 a 15	1 (6,66)
16 a 20	3 (20)
20 ou mais	8 (53,33)
Formação complementar	
Especialização	14 (93,33)
Mestrado	1 (6,66)
Área de especialização	
Saúde da família	7 (46,66)
Saúde pública	4 (26,66)
Ensino	1 (6,66)
Nefrologia	1 (6,66)

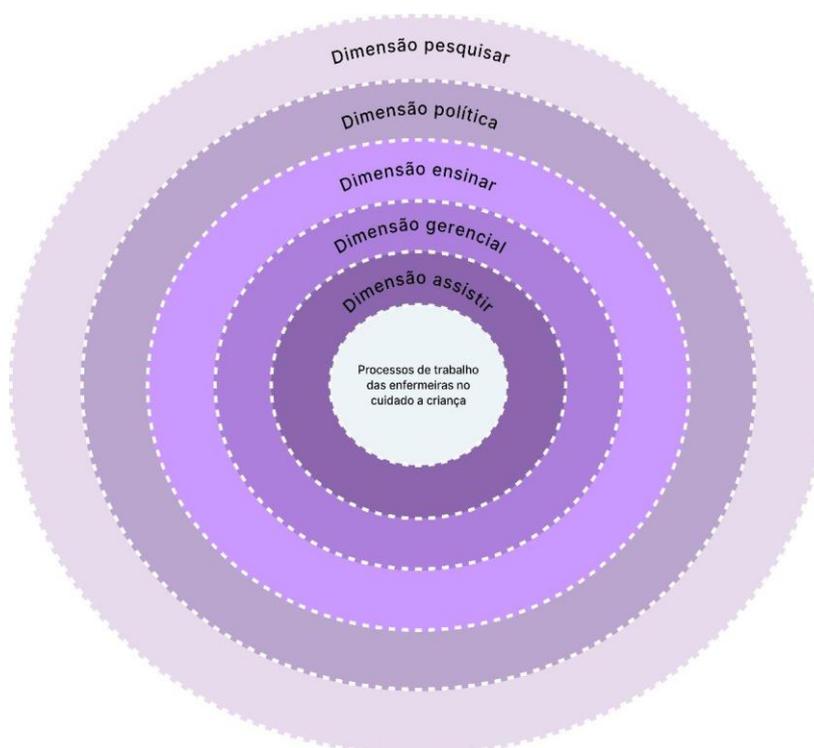
Urgência e emergência	1 (6,66)
UTI pediátrica	1 (6,66)
Vínculo	
Efetivo	15 (100)
Temporário	0 (0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Embora didaticamente, as dimensões do processo de trabalho da enfermeira tenham sido apresentadas por temática estão diretamente relacionadas entre si. Neste estudo as dimensões assistir e gerenciar destacaram-se em relação às dimensões ensinar, pesquisar e políticas.

Apresentamos a seguir **a ilustração 1:** sintetiza os resultados encontrados a partir das entrevistas, e do núcleo central “**o Processo de Trabalho da Enfermeira no Cuidado à Criança na Atenção Básica no contexto da pandemia por Covid-19**”.

Figura 1- Diagrama das dimensões do processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança na pandemia



Fonte: Autora, 2023.

Para a representação visual desse processo de trabalho utilizamos um arco composto de uma única cor, mas com tons que se diferenciam gradativamente, formando uma bela e harmoniosa escala. Este arco é uma analogia de como esses processos de trabalho estão interligados, uma tentativa de representar um processo dinâmico e com interfaces.

Visualizando a imagem, o núcleo é composto pelo processo de trabalho das enfermeiras durante a pandemia. Em seguida, temos o arco com o espectro mais intenso: da dimensão "**Assistir**". Esse tom representa o cuidado direto de enfermagem ao paciente, a essência do trabalho de enfermagem, é o processo com maior evidência. Já a do "**Gerenciar**", manifesta nos relatos como a coordenação de recursos e a (re)organização dos serviços e fluxos assistenciais, uma parte essencial, pois foi necessário reestruturar os serviços para atender as necessidades que emergiram da pandemia.

A dimensão "**Ensinar**", representada em um arco intermediário, mas ainda com uma expressão importante nos resultados, apresenta uma discussão sobre a necessidade de treinamentos da equipe e as tentativas ainda tímidas de compartilhar conhecimento em meio a pandemia, seja através das orientações aos pais e cuidadores, ou com os ACSs que exercem o papel de multiplicadores de cuidados em saúde.

Assim, essa etapa, representa a educação em saúde e a formação continuada e permanente da equipe. Segue-se agora, os dois dos arcos mais distantes, e pouco evidenciados nos resultados, pela "**Participação Política**", um tom que reflete o papel do enfermeiro na defesa dos direitos dos profissionais da saúde e de condições dignas de trabalho - um tema de destaque na pandemia, especialmente ao nos referirmos à disponibilidade de EPIs e condições seguras de trabalho. Por fim, temos uma paleta de cores finalizada com a dimensão "**Pesquisar**", a dimensão mais distante de nosso núcleo e ainda pouco desenvolvida em relação às outras três primeiras.

Assim, como os tons de uma única cor em um arco composto por várias camadas, representando que cada processo de trabalho possui sua importância singular, mas juntos, eles compõem a complexa e multifacetada profissão de enfermagem. Essas dimensões, serão melhor delineadas dentro dos temas abordados nos capítulos a seguir.

Para a organização dos dados em temas, estes foram agrupados a partir dos elementos constitutivos do processo de trabalho: **objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos** (SANNA, 2007). Vale salientar que nossa escolha em dividir os elementos que compõem o processo de trabalho para analisar e debater os dados foi realizada como forma de simplificar a organização dos resultados. Entretanto, como já mencionado anteriormente, estes

elementos estão intrinsecamente ligados e fazem parte de um único processo de trabalho.

A partir das leituras, foram extraídas as unidades temáticas baseados nos elementos constitutivos do processo de trabalho, conforme observamos no quadro a seguir:

Quadro 1 - Elementos constitutivos do processo de trabalho e as unidades temáticas emergidas da análise de dados.

Elemento constitutivo do processo de trabalho	Unidade temática
Objeto do trabalho	Entre a criança doente e imunização: retrocessos do modelo de atenção -A criança doente; -Indicadores de vacinação infantil.
Instrumentos e método	O uso das tecnologias em saúde e da comunicação como potências do trabalho das enfermeiras na pandemia -Tecnologias em saúde; -Tecnologias da comunicação.
Finalidade e produto do trabalho	Reorganização do trabalho na pandemia -A imunização infantil; -Retomar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Fonte: Dados extraídos da pesquisa (2023).

5.1 Objetos do trabalho da enfermeira - Entre a criança doente e imunização: retrocessos do modelo de atenção

Nesta temática, analisaremos **o objeto de trabalho** da enfermeira no cuidado à criança na pandemia de COVID-19. De acordo com Sanna (2007), o objeto de trabalho é aquele sobre o qual se trabalha, ou seja, algo que vem diretamente da natureza, que sofreu ou não modificações decorrentes de outros processos de trabalho, e que contém a potencialidade do produto ou serviço em que será transformado pela ação humana.

A depender da dimensão do processo de trabalho visualizou-se diferentes objetos. Na **dimensão assistir**, este delineou-se sobre o “**cuidado da criança doente na pandemia**”. Logo,

o cuidado perde a identidade da promoção a saúde, com enfoque no crescimento e desenvolvimento infantil.

Sanna (2007), coloca que o objeto de trabalho sobre o que os enfermeiros se debruçam é o ser humano, e não somente o corpo biológico desses indivíduos. Sendo assim, a Enfermagem é considerada como ciência e prática que se consolida a partir do reconhecimento de que o ser humano demanda cuidados de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida, que são providos por seus profissionais.

As práticas de trabalho do enfermeiro, apesar de avanços significativos de reconhecimento, ascensão e valorização deste trabalhador, precisam ainda romper com paradigmas instituídos pelas ciências com foco nas práticas majoritárias de atenção à saúde, as quais têm centralidade no corpo biológico. Esta reflexão vai ao encontro do que menciona Santos e colaboradores (2020) ao analisar a profissão da enfermagem e apontar aspectos frágeis como o reconhecimento da utilidade social deste trabalho profissional e do domínio de um campo específico e próprio de conhecimentos.

As falas representam que, durante a pandemia de COVID-19, houve uma mudança significativa no **objeto de trabalho** das enfermeiras em relação ao atendimento às crianças. Segundo os relatos, devido à necessidade de distanciamento social e à preocupação com a segurança, o atendimento pediátrico foi reduzido e limitado a situações específicas, como vacinação ou sintomas de COVID-19:

As crianças só vinham se fosse necessário, **se estivessem doentes**, fazer vacinação, e assim mesmo era bem limitado, a gente limitava agendado o dia para não ficar aglomerado aqui, certo? [P5]

É na pandemia? A gente suspendeu a parte da criança. A **criança só vem aqui para vacinação ou com sintomas de covid**. A gente suspendeu tudo. A gente suspendeu a citologia, o pré-natal, o planejamento familiar. O crescimento e o desenvolvimento, é... no início da pandemia, algumas consultas para o clínico sim, mas **a consulta de CD foi totalmente deixada em segundo plano** porque não era para crianças em adoecimento, não é?.. Acho que **prejudicou muito**. [P7]

Na pandemia, as mães praticamente não saiam com suas crianças. E até porque houve essa questão de se recolher realmente (*distanciamento social*). E elas vinham muito raramente, inclusive até as vacinas ficaram com baixa cobertura por conta dessa dificuldade de frequentar unidade mesmo. Então, o que a gente priorizou nesse período foi mais o pré-natal. [...] **Então assim... sinceramente, eu quase não atendia crianças nesse período de pandemia**. Se atendi, **foi uma criança doente que chegava com alguma queixa** para que a gente fizesse um encaminhamento médico, se necessário ou para a urgência ou de síndrome gripal...era o que chegava. [P14]

Nas falas das enfermeiras, percebe-se que o cuidado estava concentrado na criança doente. O serviço focou-se na lógica de atendimento baseada em queixas e demandas, onde o

usuário apresenta uma necessidade que surge naquele momento, e o profissional de saúde tem como objetivo solucionar aquela demanda. Nesse contexto, é essencial que a criança seja monitorada minuciosamente na AB, além de ser assegurado a avaliação do crescimento e desenvolvimento. Outro aspecto importante envolve a educação em saúde e necessidades da família, além de intervenções que assegurem os direitos da criança (UNICEF, 2022).

A crença de que crianças saudáveis não precisam de consultas e acompanhamento não foi encontrada apenas no presente estudo. Esse movimento preocupante também foi identificado em pesquisa semelhante realizada com coordenadoras da Atenção Primária no estado do Paraná, também encontrou-se o argumento de que as crianças saudáveis não necessitam de consulta, sendo essa a justificativa para a suspensão das atividades com o público infantil desde o início da pandemia até um ano e meio após o curso da pandemia (SHIBUKAWA *et al.*, 2022).

Diante do contexto de trabalho das enfermeiras nos distritos sanitários de Maceió, ainda é pertinente questionar o paradigma médico-biologicista e como ele se relaciona com o objeto do cuidado, assim como nos conceitos de *modelos de atenção à saúde*, para refletirmos sobre qual perspectiva de saúde estamos falando.

Segundo Paim (2003) o modelo não é padrão, não é exemplo, não é burocracia, e sim uma razão de ser: uma racionalidade. É uma espécie de lógica que orienta a ação. Modelo de atenção à saúde ou modelo assistencial não é uma forma de organizar serviços de saúde. Também não é um modo de administrar (gestão ou gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. Logo, é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas de saúde e atender necessidades de saúde individuais e coletivas.

Sendo assim, não existe “um único” modelo, nem uma relação de superioridade entre eles, e sim arranjos, combinações, associações de saberes, de dispositivos humanos e financeiros com o propósito de viabilizar a produção da saúde dos sujeitos. Atualmente, sugere-se que os modelos de atenção devem estar voltados para o enfrentamento das *necessidades de saúde*, tanto individuais como coletivas, e, assim historicamente construídos (ESMERALDO *et al.*, 2017).

O conceito de necessidade de saúde é abrangente, que vai além das boas condições de vida e inclui o direito de ser acolhido, ouvido, de desenvolver um vínculo com uma equipe responsável pelo cuidado contínuo e de ter acesso a todos os serviços e tecnologias necessárias. Para tratar de qualquer questão relativa às necessidades de saúde, devemos considerar toda a amplitude desse conceito. Isso inclui a compreensão de um aspecto fundamental desta jornada:

a singularidade de cada ser humano e seu contexto de vida (CECÍLIO, 2016). Sendo assim, não podemos considerar que atender apenas às demandas de adoecimento da criança, vai atender as necessidades em saúde desse grupo.

De acordo com Rodríguez *et al.*, (2020) o reconhecimento das necessidades de saúde ocorre no contexto do 'trabalho vivo', que se desenvolve no momento presente. Este processo é facilitado por 'tecnologias leves', que ajudam as enfermeiras a identificar as necessidades de saúde subjacentes que estão ocultas em demandas explícitas. Dessa forma, ao abordar essas necessidades, as enfermeiras podem fornecer cuidados personalizados e articulados, abrindo novas possibilidades para as práticas dentro do atual modelo de assistência à saúde.

Assim, precisamos refletir quais as necessidades de saúde da criança na pandemia. Elas foram para além do simples cuidado físico, incluindo aspectos emocionais e sociais grandemente impactados pela pandemia. Cuidados preventivos, como a vacinação regular e o acompanhamento do desenvolvimento, permanecem essenciais. Além disso, medidas para mitigar o impacto do distanciamento social, como apoio psicológico e estratégias para garantir o acesso aos serviços de saúde (FIOCRUZ, 2023; UNICEF, 2022; BRASIL, 2018). No entanto, as necessidades parecem não estar alinhadas com o que esses profissionais têm oferecido às crianças em seus territórios.

Ao confrontarmos as expressões dos profissionais que trabalham no cuidado à criança durante a pandemia, é particularmente preocupante em territórios já vulneráveis das periferias. Os depoimentos indicam que a pandemia afetou a organização e a disponibilidade dos serviços. Contudo, o cuidado à criança vai além da mera mensuração, pesagem e vacinação. É fundamental considerar o bem-estar da criança dentro do contexto da família, da rede de apoio, das oportunidades de estímulo e do território onde vive (UNICEF, 2022).

O SUS tem adotado este conceito de necessidades de saúde na sua definição de diretrizes e políticas, apesar da sua complexidade prática e teórica. Estudos também mostram o potencial do mesmo em auxiliar os profissionais de saúde na efetividade de suas intervenções e práticas (WINCKLER; ZIONI; JOHNSON, 2021).

Sob essa perspectiva, quando refletimos sobre a lógica de trabalho das equipes de AB no cuidado à criança durante a pandemia, esta deveria romper com o modelo hegemônico, médico-centrado, focado unicamente na doença, na cura e no aspecto biológico, dissociado do contexto social. No entanto, a reorganização das prioridades dos profissionais parece ir contra este pensamento contra-hegemônico, incorporando como objeto de seu trabalho, **a criança doente** (ESMERALDO *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2020).

No âmbito do SUS, a AB funciona como o principal ponto de contato com a comunidade, através do conhecimento do território. Seus atributos essenciais, como acesso ao primeiro contato, integralidade do cuidado, longitudinalidade e coordenação, possibilitam o enfrentamento das vulnerabilidades sociais expostas durante a pandemia. Assim, devido à sua abrangência, a AB se estabelece como um serviço potente no combate à pandemia (CIRINO *et al.*, 2021; FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020).

No entanto, desde o início da pandemia, a AB não tem sido prioridade, como os serviços de alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares, incluindo investimentos financeiros tanto públicos quanto privados nesse setor. Essa situação resultou em prejuízos aos serviços de AB, que, em muitos locais, reduziram os atendimentos, as atividades extramuros no território, fragilizando o cuidado longitudinal em detrimento do enfoque na doença (FONSECA; FORNARI; LOURENÇO, 2020).

Na perspectiva **gerencial**, o objeto do trabalho da enfermeira volta-se para o estabelecimento de novos fluxos. Em meio à pandemia, as enfermeiras se deparam em uma nova realidade, precisando se reinventar para enfrentar a ameaça da COVID-19. Com autoridades nacionais endossando o isolamento social como escudo primordial contra a propagação do vírus, esse novo cenário trouxe desafios adicionais. Nesse contexto, nas falas a seguir, os profissionais fazem importantes considerações sobre o **acompanhamento das crianças na pandemia**:

Marcava o agendamento aqui para mim... quando a criança nasce com baixo peso ou algum problema, fazíamos a visita domiciliar, dava uma distância assim, mas **a gente nunca deixou de ir não.**[P3]

É como eu disse a você, a gente fez o quê? **Agendava para diminuir o número.** O atendimento era **mais domiciliar** e **as crianças que tinham necessidade**, mesmo que a gente sabe... as desnutridas, as crianças que são portadoras de alguma patologia. Esse daí a gente ia constantemente **mensalmente na casa** da criança. Se a mãe não viesse, marcava um horário que não tinha muita gente. Para não haver a mistura, separamos uma sala só para atendimento de Covid. **Ficou um consultório e uma sala de espera também só para o pessoal com o suspeito.** Suspeita, assim, síndrome gripal qualquer coisa eles estavam separados, mas mesmo assim. A gente não deixava muito as crianças com muito tempo, não encontrava, **a gente dava prioridade às crianças, às gestantes.** Certo, também para não ficar em contato.[P5]

Destaca-se que as enfermeiras fizeram referência aos atendimentos mantidos nas unidades, como as consultas às crianças doentes, dentre elas as de baixo peso ou com alguma

patologia prévia. Houve um distanciamento nos intervalos na agenda de consultas, para evitar aglomerações e um fluxo específico na unidade para evitar a exposição da criança.

A COVID-19 tem se mostrado um dos maiores desafios para a saúde globalmente neste século, especialmente entre aqueles que sofrem de doenças crônicas e precisam de acompanhamento constante pelos serviços de saúde. Nesse cenário, estão as crianças com comorbidades ou vulnerabilidades sociais, têm risco aumentado de desenvolver complicações de sua condição de saúde e requerem serviços de saúde em quantidade superior ao exigido pelas crianças em geral (MENDES, 2020).

De acordo com Toso *et al.*, (2020), as consultas a crianças vulneráveis e/ou de risco, como prematuras, foram mantidas nas unidades de saúde durante a pandemia. Para evitar aglomerações, adotou-se um espaçamento na agenda de consultas. Essa estratégia está alinhada com os achados do presente estudo, onde foram consideradas os aspectos de vulnerabilidades biológicas, ou patologias pré-existentes da criança.

No estudo de Cabral *et al.*, (2021), que comparou os cuidados infantis no Brasil e em Portugal, durante a pandemia, é destacado o monitoramento de crianças em Portugal por meio de teleconsulta e telecuidado para síndromes gripais, COVID-19 e puericultura de crianças com baixo peso. Essa abordagem também foi recomendada pelo CONASS/CONASEMS no Brasil, porém enfrentou limitações na maioria dos municípios brasileiros, uma vez que houve a diminuição da qualidade da conexão de dados durante esse período.

A seguir, o medo é citado como uma barreira para a continuidade do cuidado à criança na pandemia, aspecto evidenciado nos depoimentos dos profissionais, conforme observamos nas falas a seguir:

Na realidade, esse cuidado com a criança já foi **bem restrito pelos próprios pais**, entende? Para não expor, então vinha mais para uma vacina e muito nem para vacina traziam, então **realmente o atendimento foi muito temeroso** pra eles, para não expor as crianças, entende? Porque vem aqui, tem que aguardar e tem outras pessoas também juntos no mesmo ambiente, então em alguns momentos tivemos que **realmente não ter atendimento**, porque também não tínhamos crianças para atender.[P15]

[em relação ao acompanhamento da criança no início da pandemia] **Ele começou a deixar de existir**, o medo de que as crianças viessem para um acompanhamento e voltasse com COVID-19, nós não tínhamos vacina, não tínhamos conhecimento do vírus[...].[P12]

A redução de atendimento presencial nas unidades básicas de saúde tinha como objetivo reduzir o risco de exposição à síndrome gripal e suas possíveis complicações. Por isso, a

pandemia representa uma ruptura no trabalho que era desenvolvido, atrelado ao medo dos pais e dos profissionais.

É crucial que façamos uma reflexão sobre a realidade dos territórios onde estão localizados estes serviços de saúde. Estas áreas, muitas vezes em regiões periféricas e bairros populares, caracterizam-se por moradias precárias e uma densidade populacional elevada (MACEDO; ORNELLAS; BOMFIM, 2020). Essas comunidades, já marcadas por uma acentuada exclusão social, necessitam de um olhar atento e uma avaliação minuciosa quanto às consequências das interrupções dos serviços de saúde, sob a justificativa de um isolamento social que nesses territórios dificilmente se faz possível. Assim, essas interrupções podem dificultar o acesso à informação e cuidados em saúde.

No entanto, na pandemia de COVID-19, o medo e a insegurança tornaram-se sentimentos comuns entre profissionais e usuários da APS, conforme Toso *et al.* (2020). Esses sentimentos podem afetar a qualidade e a eficácia do cuidado oferecido nas unidades de saúde. Em seu estudo, destaca-se que os profissionais de saúde conseguiram se adaptar a essa nova realidade, apoiando-se na atenção cuidadosa aos usuários e adotando novas abordagens de atendimento como teleconsulta, teleatendimento e orientações por aplicativos de mensagem.

A restrição dos atendimentos foi uma das mais danosas consequência da COVID-19, seja pelo medo dos usuários ou limitações do serviço de saúde, que acabou em interrupção do acompanhamento de condições (maternas, perinatais e infantis), gerando mortes evitáveis. Além de ter um grande impacto nos sistemas de atenção à saúde, também houve consequências financeiras e econômicas (MENDES, 2020).

Esse processo de suspensão e redução nos atendimentos nos serviços de saúde que estamos vendo durante a pandemia é chamado por alguns autores de terceira onda. Isso é consequência da diminuição ou eliminação do cuidado às outras condições de saúde, devido ao estresse que a COVID-19 causa no sistema de atenção à saúde (WORLD ECONOMIC FORUM, 2020; MENDES, 2020).

A **terceira onda** ou ***pacientes invisíveis***, conforme é denominado por Mendes (2020) é o fenômeno gerado pela interrupção dos atendimentos em todo o mundo, são os pacientes que deixam de ser acompanhados ao longo da pandemia, ou seja, são as crianças que deixam de ser acompanhadas e imunizadas, pacientes com doenças crônicas que realizaram seus seguimentos, aumento da espera por atendimentos, atrasos em diagnósticos, cancelamento de cirurgia, ou seja, são todos os atendimentos que deixaram de ser realizados, e conseqüentemente, levaram

ao aumento da mortalidade e das condições de saúde da população, e esse efeito da pandemia é tão danosos quanto a COVID-19.

No Brasil, essa reorganização dos serviços de saúde foi coordenada seguindo as diretrizes sociais e de saúde pública, o que ajudou a retardar a transmissão e proteger as populações vulneráveis, reorganizando também as atividades dos serviços de saúde (SHIBUKAWA *et al.*, 2022). No entanto, a fim de atender às demandas de saúde em períodos de pandemia, os serviços municipais alteraram o funcionamento das unidades de APS, muitas das quais permaneceram fechadas desde março de 2020, ou então organizaram seus processos de **trabalho com foco no cuidado somente para casos da COVID-19** (TOSO *et al.*, 2020).

Sendo assim, essa medida expôs a criança a internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP). Em particular, aquelas que podem surgir da falta de orientação da APS no acolhimento de famílias ou dificuldades de compreensão da população sobre o papel ampliado desse nível de atenção, centrado na criança, na família e na comunidade em vez de na queixa ou na doença (CABRAL *et al.*, 2021).

O isolamento da criança, especialmente em comunidades periféricas, aumentou a exposição a situações de violência. De acordo com o relatório do IPEA (2020), os principais indicadores de violência contra crianças e adolescentes revelam uma situação alarmante que já existia antes da pandemia de COVID-19. Meninos e meninas eram vítimas de violência dentro de seus lares, frequentemente realizada por familiares e parentes. Com a pandemia, o índice de violência contra essas crianças e adolescentes aumentou devido à maior exposição a comportamentos violentos por parte de seus cuidadores e outros residentes no mesmo domicílio. Durante esse período, problemas econômicos, desemprego e abuso de álcool e drogas podem potencializar ainda mais a violência.

Entre famílias mais empobrecidas são maiores os índices de violência doméstica e familiar. Entretanto, é importante ressaltar que a violência não se limita aos mais pobres. Observamos a interligação entre a situação econômica e a ocorrência dessa violência, uma vez que as condições de pobreza podem contribuir para a ocorrência desses casos (CARVALHO; OLIVEIRA, 2017).

No primeiro semestre de 2022, houve o registro alarmante de 25.377 denúncias de violações contra crianças na primeira infância, período em que já ultrapassávamos o auge da pandemia. Vale salientar que os dados de violência contra crianças podem estar ainda mais subestimados e subnotificados do que os números oficiais sugerem. Ao analisarmos os principais tipos de violência não letal sofrida por crianças e adolescentes (0 a 17 anos) no Brasil

em 2021, o estupro lidera a lista, com preocupantes 61,3%. Em seguida, vêm os maus-tratos e a violência corporal, reforçando um cenário doloroso de violações contra essa faixa etária (NCPI, 2023).

Os estudos de Mota e Aguiar (2020) destacam que, no contexto da violência, os enfermeiros frequentemente evitam abordagens, devido à falta de conhecimento específico e dificuldade na identificação de pacientes vítimas de violência, o que resulta na subnotificação desses casos. Essa constatação nos leva a refletir sobre a abordagem frágil da violência na APS, mesmo antes da pandemia, o que deixa ainda mais expostas essas crianças, e invisibiliza a violência por elas sofrida.

Diante desse cenário, onde os serviços APS estão se distanciando da rotina dos acompanhamentos, das ações de prevenção e promoção em direção preocupante de práticas reducionistas. Precisamos considerar na discussão, a falta de coordenação nacional na resposta à pandemia, com mudanças na Atenção Primária à Saúde, prejudicou o trabalho das equipes de Saúde da Família, principalmente pelo pouco entendimento do papel desse nível assistencial, pelas orientações e educação permanente fracas, limitando as ações frente a pandemia (SILVA *et al.*, 2021).

A pandemia do COVID-19 escancarou com contundência os efeitos do subfinanciamento que o Sistema Único de Saúde tem enfrentado desde 2016 (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018). Nesse cenário de caos, um 'vazio' de liderança federal emergiu como um autêntico catalisador de deslocamentos, empurrando os estados e municípios para uma zona de tomada de decisões autônomas, por vezes em desacordo com as diretrizes do governo central. Assim, as respostas políticas, tiveram cada qual sua própria particularidade, e foi desencadeada por diversos estados do país (TOUCHTON *et al.*, 2021).

Para traçar um retrato mais fiel dessa dinâmica complexa, é imperativo entender as funções desempenhadas por cada esfera de governo. Em condições ordinárias, o papel dos governos estaduais na prestação de serviços de saúde é restrito a um número relativamente pequeno de tarefas. A chave do sistema gira nas mãos do Ministério da Saúde, que provê financiamento primário, coordenação e planejamento. Os municípios, por sua vez, são os agentes de campo, entregando serviços à população (BRASIL, 1990a). No entanto, ao analisar as intervenções públicas cruciais no combate à pandemia, medidas de promoção de distanciamento físico e contenção do COVID-19 percebe-se que a ação do Estado não foi nem um pouco consistente ou sincronizada.

A pandemia desencadeou um declínio drástico nos atendimentos não relacionados à COVID-19 no SUS. Esta realidade aponta para uma distribuição de recursos que infelizmente negligenciou os estados mais pobres que sofreram o maior impacto deste declínio nos procedimentos. Consequentemente, o incremento em financiamento, força de trabalho e infraestrutura não foi estrategicamente alocado para prevenir uma redução perturbadora nos procedimentos de diagnóstico e triagem. Esta falha na gestão resultou numa situação especialmente alarmante, exacerbando as disparidades existentes na nossa rede de saúde (TOUCHTON *et al.*, 2021).

A **mudança no perfil de atendimento e nos fluxos da AB**, e tomada de medidas abruptas como a suspensão de atendimentos a criança a fim de atender a emergência sanitária, conforme observamos a seguir:

Durante a pandemia nós **suspendemos o atendimento à criança saudável**, porque a gente **estava trabalhando com pacientes com SG que vinham**, né? Trazer um bebê e trazer uma criança saudável para esse lugar em tempo de pandemia era expor essa criança. Então a gente suspendeu o atendimento. [P4]

[em relação a captação das mãe da pandemia para o seguimento na puericultura] eu **fiz o pré-natal, mas deixei solta[...]** como eu disse, vale a pena trazer a criança para **a puericultura para pegar a doença**, um posto cheio de gente, cheio de gente tossindo? [P 12]

[em relação ao acompanhamento da criança na pandemia] antes da pandemia, a gente acompanhava todas as crianças cuja mãe fazia o pré-natal com a gente, então a gente acompanhava essa criança até 2 anos, vindo para o CD, então a criança nascia, a primeira consulta era médica, às demais era com a enfermeira, então a gente acompanhava mensalmente essa criança até os 2 anos e depois ficava até os cinco anos, mas não mensalmente, mas até os 2 anos a gente fazia mensalmente. **Com a pandemia, isso não foi possível, então houve uma quebra de 2 anos durante a pandemia, porque a gente evitou estar trazendo essa criança para um ambiente onde atendemos também pacientes de COVID [P13].**

Na pandemia, as enfermeiras tiveram que modificar o seu processo de trabalho, pois o novo contexto gerou a necessidade de elaborar e implantar novos fluxos e rotinas para realizar a atenção à saúde com segurança para si e para a população, (re)organizar da gestão do cuidado, (re)estabelecendo um plano de cuidados de forma a incluir e ampliar a atenção aos sintomáticos respiratórios e aos suspeitos da COVID-19 (FERREIRA *et al.*, 2021).

Vários são os fatores que influenciaram como as unidades e serviços se organizaram durante a COVID-19, em estudos semelhantes realizados nos municípios dos Estados de São Paulo e Minas Gerais, evidenciaram que 71,3% não estavam atendendo à população infantil, no intuito de evitar aglomerações, e que 81,3% dos enfermeiros continuaram realizando orientações às famílias sobre o cuidado às crianças, através de ferramentas como o uso do

telefone; emprego da teleconsulta e teleatendimento e utilização de aplicativo de mensagens (TOSO *et al.*, 2020).

O estudo de Cabral *et al.*, (2021), que teve como objetivo analisar as vulnerabilidades da criança no acesso aos cuidados na atenção primária durante a pandemia da COVID-19, identificou que, apesar das limitações impostas, como a priorização de grupo etário, a ampliação foi ocorrendo gradualmente, de acordo com a mudança do cenário epidemiológico. As principais questões abordadas nas consultas de enfermagem foram orientar sobre os cuidados com o recém-nascido, sobretudo na imunização, além de também procurar os faltantes nas imunizações e esclarecer dúvidas a respeito dos sinais e sintomas da COVID-19 (TOSO *et al.*, 2020; SHIBUKAWA *et al.*, 2022).

Essa discussão sobre o uso das Tecnologias da Informação de comunicação, por enfermeiras como estratégias para manutenção do acompanhamento da criança, serão melhor abordadas mais à frente na discussão de **instrumentos** de trabalho.

Essa ruptura nos atendimentos é sentida pelos profissionais, que destacam o desafio de acompanhar a criança desde o pré-natal até o cuidado contínuo. As medidas adotadas durante a pandemia resultaram em um distanciamento entre os usuários e os serviços, como relatado a seguir:

Na verdade (...) durante a pandemia, **as mães não traziam as crianças**. Não é nem que vinha esporadicamente, elas não traziam mesmo, por medo ou receio de pegar, principalmente porque **era considerado um grupo considerado de risco**. Foi muito difícil (...) porque **a gente não conseguia fazer puericultura**. [P6]

Diante desse contexto, identificamos dois cenários distintos da pandemia referida pelos enfermeiros. O profissional 6 se refere ao momento inicial da pandemia, um período ainda de poucas informações sobre a COVID-19 e a principal medida era o distanciamento social. Segundo a profissional 15, o desafio não é somente no início da pandemia, mesmo que atualmente, com um maior número de evidências científicas e a ampla disponibilidade de imunobiológicos para todos.

Em um estudo que investigou o conhecimento materno sobre puericultura durante a pandemia, identificou que algumas mães relataram não ter tido nenhuma consulta e, não saberem o que é puericultura. Os resultados confirmam os dados desta pesquisa e indicam um problema, já que o conhecimento materno sobre a importância do acompanhamento da criança é indispensável para a adesão, essa boa relação favorece a prevenção de doenças, identificação

de necessidades de mudanças e melhoria da qualidade de vida das crianças, o que favorece o seu crescimento e desenvolvimento saudável (CARDOSO *et al.*, 2022).

Os resultados encontrados corroboram com as afirmações de Shibukawa e col. (2022), que destacam a importância da puericultura no cuidado integral à saúde da criança. Afinal, considerar uma criança saudável como dispensável de acompanhamento do desenvolvimento é contrário ao conceito de promoção à saúde. A puericultura é fundamental para identificar precocemente possíveis alterações na saúde da criança, permitindo uma intervenção precoce e eficaz.

A interrupção de serviços e as medidas de distanciamento social adotadas durante a pandemia podem afetar tanto os profissionais de saúde quanto os pacientes. No caso dos profissionais de saúde, o desafio é manter um atendimento seguro e eficaz, mesmo em condições extremamente difíceis. Para os pacientes, em particular às gestantes e crianças, os desafios são manter a continuidade dos cuidados de saúde e lidar com a ansiedade e o medo associados à pandemia (MENDES, 2020).

Essas mudanças no comportamento das mães e dos cuidados infantis são mais difíceis de quantificar, mas é razoável supor que elas possam levar a uma diminuição na adesão aos cuidados pré-natais e pós-parto. Isto é particularmente preocupante, pois sabemos que a falta de cuidados de saúde adequados durante a gravidez e na primeira infância pode ter consequências a longo prazo para a saúde e o desenvolvimento das crianças (SANTOS *et al.*, 2022; UNICEF, 2021).

A discussão sobre as repercussões da pandemia nos cuidados de saúde é, sem dúvida, social e política. A crise sanitária global realça as disparidades existentes em nossa sociedade e a necessidade de abordagens equitativas à saúde (OLIVEIRA; GUERRA, 2020). A necessidade de políticas que considerem as necessidades de grupos como os mais pobres, negros e a população da região Nordeste do Brasil.

Historicamente, esses grupos enfrentam barreiras maiores para o acesso à saúde devido a uma combinação de fatores socioeconômicos e geográficos (TOMASIELLO *et al.*, 2021). Com a pandemia, essas desigualdades se mantiveram, devido à interrupção dos serviços de saúde de rotina, à falta de recursos para lidar com a crise de saúde, e ao impacto econômico que a pandemia tem sobre essas comunidades.

A interrupção do processo de transição do modelo de atenção impactou a capacidade dos sistemas de saúde em fornecerem um atendimento contínuo e integrado à criança, com foco na prevenção e na promoção da saúde, ao invés de se concentrar apenas no tratamento de

doenças. Isso é especialmente importante para o fato de que ocorriam maior prevalência de doenças crônicas e condições de saúde que requerem cuidados contínuos (MENDES, 2020).

A pandemia desencadeou transformações significativas na organização do trabalho das enfermeiras, necessitando de uma adaptação rápida para o seu trabalho. As enfermeiras expressam um dilema entre continuar a cuidar da criança por meio de ações de promoção e proteção, ou expor essa criança ao desconhecido, optando pela manutenção dos atendimentos no serviço. Este dilema repercute diretamente no cotidiano do trabalho, onde, nos estágios iniciais da pandemia, o foco estava em proteger a criança, mantendo-a longe do serviço, e em lidar diretamente com a pandemia no cuidado às crianças adoecidas.

Destacamos aqui uma situação preocupante, pois os objetos de trabalho aqui apresentados, reforçam um modelo de atenção que buscamos superar. O processo de transição para um novo modelo de atenção foi negativamente impactado pela pandemia, os reflexos dessa mudança atingem desproporcionalmente os grupos mais vulneráveis - incluindo os mais pobres, os negros, pardos. É crucial delinear essa discussão em termos mais sociais e políticos, enfatizando como as disparidades socioeconômicas e raciais são exacerbadas em tempos de crise. Isso ressalta a necessidade urgente de medidas políticas voltadas para a proteção dessas crianças e o acesso à promoção de um cuidado em saúde equitativo e inclusivo.

5.2. Instrumentos e Métodos de Trabalho - O uso das tecnologias em saúde e da comunicação como potências do trabalho das enfermeiras na pandemia

Neste tópico, abordaremos o elemento *instrumentos e métodos de trabalho* do processo de trabalho das enfermeiras. Segundo Sanna (2007), os instrumentos de trabalho do enfermeiro são os meios e as ferramentas que o profissional utiliza para realizar suas atividades e alcançar os objetivos do cuidado. Estes instrumentos podem incluir conhecimentos teóricos, habilidades técnicas, materiais e equipamentos, bem como habilidades interpessoais e de comunicação.

Nesse contexto, podemos identificar os instrumentos de trabalho das enfermeiras na APS no cuidado à criança, através de suas falas e narrativas sobre suas experiências cotidianas. Através das descrições das atividades que realizam, os recursos e equipamentos que utilizam, e as habilidades e conhecimentos técnicos que empregam pode nos ajudar a compreender os instrumentos de trabalho que fazem parte de seu cotidiano. Além disso, é importante observar como os profissionais descrevem suas interações e relações com os pacientes e colegas, pois estes podem revelar elementos das tecnologias relacionais, que são fundamentais para o cuidado humanizado e integral.

Diante desse contexto, destacamos as falas a seguir que apresentam o **vínculo** antes da pandemia entre profissionais e usuários se reflete na ansiedade mútua pelo retorno aos atendimentos, através dos questionamento de retorno:

Para mim não teve diferença, porque a população já ficava ansiosa, ficavam com aquele anseio de ter a consulta, porque eles já estavam habituados com as consultas, né? Ele já está dizendo, olha, meu filho, nunca mais veio para consulta... Então, assim, quando a gente retorna, começa a gerar uma demanda muito grande...[P1]

E na pandemia teve esse vácuo um pouquinho, ficou muitas crianças desassistidas, então eles perguntavam, e vai atender quando? Tivemos que reduzir a quantidade, toda aquela coisa, então... Mas tinha cobrança de outras pessoas, existia. [P15]

Nos trechos mencionados acima, é possível identificar as **tecnologias leves** na forma como os profissionais de saúde percebem a ansiedade e a necessidade dos usuários em relação às consultas e como eles se preocupam em retomar a assistência à população. Essas tecnologias leves são evidentes na atenção às demandas e expectativas dos usuários e na percepção da interrupção do cuidado durante a pandemia, o que gerou preocupação e cobrança por parte da comunidade.

Em um estudo sobre o cuidado infantil na APS durante a pandemia, o vínculo com as famílias foi identificado como crucial. Os profissionais enfrentam desafios para preservar esse vínculo, já que a maioria dos contatos ocorreu remotamente. A perda do vínculo pode afetar a qualidade do cuidado e a detecção precoce de problemas de saúde. Portanto, é essencial que os profissionais da APS busquem estratégias e inovações para fortalecer e manter o vínculo com as famílias, mesmo diante de adversidades como a pandemia de COVID-19 (TOSO *et al.*, 2020).

Portanto, é fundamental ampliar a discussão sobre tecnologias em saúde e seus principais conceitos. A comunicação, o vínculo e a responsabilização destacam-se como elementos centrais das tecnologias leves (MERHY, 2002; MERHY; FRANCO, 2003; SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018; PANIZZI *et al.*, 2017), ressaltando a importância das relações interpessoais no cuidado na APS. No cenário atual, é essencial analisar a organização dos processos de trabalho e a estrutura dos modelos assistenciais, bem como compreender o papel das tecnologias e das relações interpessoais no trabalho em saúde.

De acordo com Merhy (2002), as tecnologias na área da saúde são consideradas ferramentas fundamentais para a mudança e melhoria dos processos de trabalho em saúde, sempre mantendo o respeito à integralidade e autonomia das pessoas envolvidas. Essas tecnologias podem ser divididas em três categorias: **tecnologias leves, leve-duras e duras**.

Sendo imprescindível o equilíbrio entre elas para garantir um atendimento eficiente e humanizado.

As tecnologias leves estão relacionadas à comunicação e ao vínculo entre profissionais de saúde e usuários, enquanto as leve-duras referem-se aos saberes e competências profissionais que dão sustentação à prática. Por fim, as tecnologias duras englobam equipamentos e instrumentos utilizados na área da saúde. Merhy destaca que o desenvolvimento e aplicação de tecnologias em saúde devem levar em consideração a realidade local e a necessidade de cada contexto, buscando sempre fomentar a corresponsabilização, a produção de cuidado e a emancipação dos sujeitos (MERHY; FRANCO, 2003).

A organização do trabalho na formação do Modelo Assistencial enfoca a micropolítica dos processos de trabalho, com base nas contribuições de Gonçalves (1994), que introduziu os conceitos de "**tecnologias materiais**" para os instrumentos e "**tecnologias não materiais**" para o conhecimento técnico aplicado à saúde. Observamos que, além dos instrumentos e conhecimentos técnicos, as relações são fundamentais na produção de cuidados.

Nesta discussão, apresentamos dois conceitos fundamentais: o **Trabalho Vivo**, que se refere à ação humana no processo de trabalho em saúde, abrangendo habilidades, conhecimentos e relações interpessoais dos profissionais; e o **Trabalho Morto**, que se refere aos instrumentos, equipamentos e tecnologias empregadas no cuidado, representando os recursos materiais utilizados pelos profissionais durante a prestação de serviços de saúde. Juntos, eles estabelecem a Composição Técnica do Trabalho (CTT), que pode resultar em uma maior predominância do Trabalho Morto em modelos assistenciais médicos hegemônicos, focados na realização de procedimentos (MERHY; FRANCO, 2003; MERHY, 2002).

Ressalta-se ainda que, embora ambos os conceitos sejam fundamentais no trabalho em saúde, é crucial buscar um equilíbrio entre eles para promover um cuidado integral e humanizado. Um modelo assistencial que valorize tanto o Trabalho Vivo quanto o Trabalho Morto permite que os profissionais de saúde utilizem adequadamente os recursos materiais e tecnológicos disponíveis, ao mesmo tempo em que desenvolvem relações interpessoais significativas e efetivas com os usuários dos serviços de saúde, contribuindo para melhores resultados e maior satisfação dos usuários (FRANCO; MERHY; 2007; PANIZZI *et al.*, 2017; CARDOSO *et al.*, 2018).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a relação das tecnologias leves envolve práticas e processos relacionais, tais como comunicação, escuta, vínculo e responsabilização, que são essenciais para a construção de um cuidado integral e humanizado. Essas tecnologias

estão intrinsecamente ligadas ao trabalho vivo em ato, que valoriza as relações e a singularidade dos indivíduos envolvidos no processo de cuidado (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018; CARDOSO *et al.*, 2018).

A seguir os relatos das enfermeiras **remetem a importância dos vínculos** entre enfermeiros e pacientes, que foram significativamente afetados pela disrupção dos serviços, criaram uma barreira entre o profissional e o usuário, enfraquecendo o vínculo que geralmente é formado através de interações regulares e cuidados contínuos. E ainda demonstram que os vínculos fragilizados também necessitam de cuidados:

Tínhamos esses vínculos que eu criei esses anos todos, tinha sido desfeito com a pandemia, as mães... essas mães de agora que pariram agora, elas não criaram vínculos como as outras mães antes da pandemia. Então elas tinham bebê e a enfermeira tem conhecimento, a enfermeira acompanha. E essas que estão soltas, são as mães da pandemia. [P12]

O CD, a gente mensalmente está observando isso. Eu quero fazer atendimento mensal. Que às vezes ele diz, não, você faz o atendimento com 1 mês depois, 2 meses depois, você vai variando um, tem um quadro de esquema de acompanhamento, mas assim... não gosto de seguir esse esquema, não. Eu prefiro seguir mensal, **eu acho mais seguro e até mantém o vínculo**, não é? [P14]

O enfermeiro reconhece que o vínculo entre os profissionais e os usuários é um instrumento importante para o trabalho, mas enxerga que seu trabalho é fragilizado devido ao modelo de atendimento realizado na unidade, o de demanda espontânea. Muitas vezes, a criança não retorna para as consultas subsequentes, e a equipe não consegue resgatá-las, o que prejudica o acompanhamento do desenvolvimento infantil.

[em relação aos desafios do cuidado à criança] **Não temos aquele vínculo de acompanhamento**. Então isso é o que mais dificulta, porque às vezes a criança vem, a gente quer ver o crescimento dela, o desenvolvimento e **de repente, some e a gente não tem mais notícia**. Então esse é o maior desafio que a gente enfrenta por falta de continuidade mesmo. [P6]

Aqui o usuário tem que querer buscar o serviço, ele tem que ter essa demanda. Por exemplo, hoje eu boto a demanda espontânea, as meninas perguntam: Hoje você vai fazer o que? Eu digo, hoje eu só não vou fazer citologia, mas se chegar alguém para teste rápido eu faço, se chegar algum para pré-natal eu faço, um planejamento eu faço, se chegar algum idoso, eu atendo, se chegar alguma criança, **não chegou nada hoje, nada, sabe nada, está zero meu atendimento hoje**. [P15]

Os profissionais relatam dificuldades em manter a continuidade do cuidado nas unidades de demanda, também conhecidas como unidades de modelo tradicional. Essas unidades apresentam desafios em relação ao estabelecimento de vínculos duradouros com os usuários, o que pode impactar a qualidade da assistência prestada.

No estudo de Silva, Fernandes e Alves (2020), é apresentado que as experiências mais exitosas dos serviços de assistência à criança estão relacionadas à vinculação e ao relacionamento estabelecidos entre os profissionais de saúde e os usuários. Apesar da expansão da ESF, a acessibilidade ainda é apontada como um forte limitante da qualidade da APS. Assim, o vazio assistência criado na pandemia, e observado no relatos das enfermeiras também gera prejuízos, o que torna ainda mais desafiador o papel da APS, no atual contexto e aponta a necessidade de investimentos por parte da gestão na política de educação permanente e das instituições de ensino, enquanto indutores de mudanças desde a formação.

De acordo com Santos, Romano e Engstrom (2018) é possível compreender que a concepção do **vínculo longitudinal** envolve duas abordagens distintas: uma **temporal** e outra **interpessoal**. A abordagem temporal se refere ao acompanhamento contínuo do usuário em uma unidade de saúde ao longo de sua vida, considerando esse espaço como uma fonte regular de cuidados de saúde. Já a abordagem interpessoal valoriza a relação entre profissional e usuário, destacando a importância do componente relacional nessa interação. Em conjunto, as experiências funcionaram para a construção de um vínculo duradouro e significativo entre profissional e usuário, o que é fundamental para garantir uma assistência integral e de qualidade em saúde.

A seguir, um relato em que o profissional compreende a importância da **ambiência** como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e que o trabalho em espaços insalubres é cercado de desafios para acolher o usuário:

[...] é, mas antes não tinha essa dificuldade... a dificuldade era mais assim... é estrutural, não é? Às vezes você não tem uma unidade[...] por exemplo a minha sala é toda mofada e **eu trago uma criança... várias crianças, para aqui, para ficar inalando mofo, o tempo inteiro é um fator agravante** [P01].

Aí um paciente falou assim, é tão bom atendimento ali na [informação sensível, citou o nome de uma entidade não governamental sem fins lucrativos], que tem um ar, que tem não sei o que...mas, poxa, é porque a gente não é só aquela necessidade, ali não, a gente precisa estar em um ambiente confortável, né? [...] Aí a mãe, com a menina estava esperando, um médico conversou comigo, eu pedi, encaixa-se, mulher com a bebezinha toda suada, e eu falei para a parte aberta[...]. E teve gente que passou mal tanto aqui. **Aí você está aqui dentro no ar, enquanto eles estão lá fora.** [P11]

As falas das profissionais acima demonstraram que elas compreendem a importância da ambiência para o acolhimento na unidade. Eles identificam na fala do usuário que o ele se sente valorizado e acolhido em determinado serviço, devido a influência da atmosfera e pelo ambiente físico, que são confortáveis e acolhedores. Assim, podemos refletir que ambiência é um instrumento que compõem um ambiente acolhedor, e que estes profissionais demonstram

uma preocupação em acolher esses usuários, e que vislumbram o serviço para além de uma mera estrutura física.

A ambiência é definida como um conjunto de elementos materiais, formais e simbólicos que compõem o ambiente em que se realiza a atenção à saúde. Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), a ambiência deve ser pensada de forma integral, considerando as dimensões físicas, psicológicas e sociais do ambiente em que se realiza a atenção à saúde. Deve ser adequado às necessidades dos usuários e dos profissionais de saúde, considerando todos os componentes do ambiente que interagem com as pessoas, em especial a cor, a luz, as texturas, os sons, os cheiros e a inclusão da arte nas suas diferentes formas de expressão (BRASIL, 2010).

A ambiência não influencia apenas na forma como o usuário é recebido no serviço, mas também como os profissionais se relacionam com seu espaço de trabalho. Segundo Oliveira *et al.*, (2014) a estrutura física inadequada da UBS pode afetar negativamente o processo de trabalho dos profissionais de saúde, reduzindo a capacidade de resolver as necessidades e problemas apresentados pelos usuários e famílias. Sendo assim, um ambiente desfavorável, como citado pelas enfermeiras, pode limitar o engajamento do profissional com o serviço, interferindo na qualidade do trabalho e na motivação para atuar na APS.

As enfermeiras 1 e 7, destacaram a fragilização do processo de trabalho no monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil na pandemia, devido à falta de um **instrumento** considerado essencial: a caderneta da criança. De acordo com os relatos, o fluxo normal seria a criança já sair da maternidade com a caderneta, para que pudesse ser acompanhada nas Unidades Básicas de Saúde. Em alguns casos, os profissionais poderiam ter acesso ao cartão na unidade, mas o insumo ficou escasso e nem mesmo na unidade estava disponível.

[em relação aos retornos dos atendimentos na pandemia] aconteceu também de difícil, porque agora que está retornando... Caderneta de criança, como é que a gente tem uma avaliação tão geral, se a criança sai da maternidade? Sem a caderneta da criança, que é um instrumento que a gente utiliza como monitoramento dessa criança, está em falta no serviço, isso acaba prejudicando o nosso trabalho. [P1]

Tem alguns meses que a gente recebe alguns cartões é... os cartões de vacina, eles estão disponíveis aqui para criança que nasça, mas aí você tem que ter alguns documentos para retirar o cartão de vacina aqui, se por um acaso a criança nasceu e não pegou na maternidade, mas isso é muito novo, tem poucos meses, mais antes a gente não tinha mais acesso a cartão de vacina nenhum. Se a criança nascesse em casa, a gente às vezes fazia uma cópia pela internet aqui no posto, tentando fazer um ajuste. [P7]

Sobre essa fragilidade devido a ausência desse instrumento de trabalho, identificamos em documentos oficiais da Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, no Relatório de

Desempenho da Qualidade, no qual cita o desabastecimento das CSC. A Secretaria informou que o Ministério da Saúde estaria em processo de licitação para impressão das Cadernetas de 2021 e, com provável data para o segundo semestre do mesmo ano, seriam distribuídas para os estados e capitais. No entanto, ainda não havia uma data para o envio das CSC aos estados. Alagoas, por exemplo, recebeu a última remessa em janeiro de 2020, o que causou o esgotamento do estoque no estado (SESAU, 2022).

Essa situação passou a ser recorrente e o Ministério recomendou então a elaboração de CSC de Menino e de Menina pelos estados e municípios, para evitar problemas causados pelo atraso significativo no envio pelo Ministério da Saúde, como ocorreu em anos anteriores (SESAU, 2022). O Ministério disponibiliza uma versão digitalizada que pode ser impressa pelos gestores. Além disso, a caderneta também pode ser reproduzida em *links*, para uso pessoal das famílias, desde que não seja comercializada (SESAU, 2022; GARCIA; NEPONUCENO, 2021).

A partir da reportagem do G1 Mato Grosso (2021), é possível identificar que as cadernetas de vacinação estão sendo vendidas em papelarias e pela internet, custando até R\$ 80,00. Entretanto, conforme já citado anteriormente, a comercialização dessas cadernetas é proibida, conforme destacado na primeira página das mesmas. Mesmo assim, é cada vez mais comum a aquisição de cópias em papelarias e na internet (GARCIA; NEPONUCENO, 2021).

Em abril de 2022, a Secretária Municipal de Saúde de Maceió anunciou que retomaria a distribuição da CSC. O objetivo era retomar a distribuição do instrumento para quem ainda não o tinha e regularizar o fornecimento também para as maternidades. O primeiro lote de cadernetas seria de 20 mil unidades, dividido igualmente entre meninas e meninos. De acordo com o município, a iniciativa foi aprovada e apoiada pelo Ministério da Saúde (MACEIÓ, 2022b).

Embora o município de Maceió tenha anunciado a retomada da distribuição das cadernetas de saúde da criança, a irregularidade na disponibilidade desse instrumento ainda é uma realidade presente nas unidades de saúde. Isso pode ser observado em relatos coletados durante um estudo realizado entre os meses de agosto e novembro de 2022. Essa indisponibilidade é preocupante, pois a caderneta é uma ferramenta importante para o acompanhamento do desenvolvimento da criança e sua falta pode trazer prejuízos ao acompanhamento integral da saúde infantil.

A CSC é um instrumento crucial na monitorização e vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. Ela não apenas registra as ações e intervenções realizadas, mas

também funciona como um meio de comunicação eficaz entre a família, a equipe de saúde e outros serviços da rede. Sendo assim, auxilia os profissionais de saúde na identificação precoce de problemas potenciais e na implementação de intervenções adequadas. Além disso, funciona como um recurso informativo para os pais, reforçando o papel vital que desempenham no cuidado da saúde de seus filhos (BRANQUINHO; LANZA, 2018).

Em relação aos desafios do trabalho no cuidado à criança na pandemia, os profissionais citam a falta de **instrumentos** básicos como régua antropométrica e balança infantil também tem sido uma dificuldade enfrentada pelos profissionais no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil durante a pandemia. Esses equipamentos são fundamentais para verificar o peso e a estatura das crianças, a falta deste dificulta a identificação de possíveis problemas no desenvolvimento infantil. Muitos profissionais relatam que esses insumos têm sido escassos nas unidades de saúde, o que compromete o trabalho e a qualidade do atendimento, conforme observamos nas falas a seguir:

[em relação aos desafios do acompanhamento à criança na pandemia] A balança, houve problema, faltou pilha, não deu nem para acompanhar o peso dessas crianças. Certo? Mas a gente é assim... teve uma dificuldade muito grande. Foi terrível isso. [P5]

[em relação aos instrumentos utilizados no CD] Aí fizeram uma régua improvisada, mas tem só a falta da régua, a fita métrica eu que providenciei [...] Porque a fitinha métrica que eu tenho acho que foi de um Congresso. Peguei, comprei uma fitinha, bem bonitinha, rosinha. Ah... está faltando, mais uma balança, uma balancinha para a gente levar para a área... balança aqui tem, precisamos de uma pra levar pra área (referindo-se a visita domiciliar). [P11]

[a falta dos instrumentos como desafio para o CD] estamos **há 2 anos sem uma régua antropométrica**. Já pedimos à Secretaria, ao distrito, a todos em questão. Não é, não tem nenhum outro. Acho que só as outras coisas nós temos, temos fita métrica, nós temos estetoscópio, otoscópio... [P9]

[em relação aos instrumentos utilizados no CD] Sim, tem uma coisa agora para falar lembrando... é balança pediátrica. Nós precisamos, porque as crianças são pesadas no colo das mães e depois subtraímos... e isso é horrível, não é porque você não tem um peso adequado, fidedigno. [P14]

A seguir, foram citadas as tecnologias de informação e comunicação, como aplicativos de mensagem e videochamada, como **instrumentos** para reorganizar o trabalho, orientar as crianças e suas famílias e até mesmo como estratégia para se aproximar do usuário, reduzindo a distância causada pela pandemia.

[em relação ao acompanhamento à criança na pandemia] olha, a gente fazia a chamada de vídeo quando era necessário tanto para a criança como para outras situações. Mas é, a gente atendia o telefone, então a criança está com febre, então vamos supor aí a mãe diz, ela está com febre, está molinha [...] Fazer uma chamada de vídeo para ver o estado da criança. Como é que a criança estava, né? Porque é importante, você vê a

face da criança, como é que ela tá presencialmente? [...] eu ou a médica... ver o que eu poderia orientar de atividade, sei lá, uma diarreia... se a gente orienta, depois a gente queria um feedback, tanto da mãe como do agente (ACS). [P1]

[em relação aos agendamentos dos atendimentos a criança] Na recepção, aí tem uns casos ou outro que entre em contato com a gente...peça para vim. Outro, eu tenho pacientes que pegam o contato da pessoa, eu dou contato. Aí, eles mesmo lembram (...) quero remarcar, porque geralmente eu deixo já marcado.[P11]

Ou também aquele que eu marco, eu já faço assim [...], depois posso até baixar a minha agenda, eu marco, aí ela não vem, quando eu termino, terminei o dia, hoje não veio, eu mesmo já remarco, aviso o agente de saúde e também mando uma mensagem para ela, porque no meu telefone eu tenho todas elas, entendeu? [P13]

Essas falas destacam como as tecnologias da informação e comunicação (TICs) se tornaram ferramentas cruciais para a reorganização do trabalho das enfermeiras durante a pandemia. Com o distanciamento físico necessário, as TICs, como vídeo chamadas e mensagens, são estratégias para manutenção do acompanhamento e o cuidado das crianças e suas famílias (TOSO *et al.*, 2020). Contudo, é crucial garantir que o uso dessas tecnologias não amplie as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde. As políticas de saúde e as estratégias de implementação devem considerar as barreiras que podem impedir alguns grupos de acessar ou utilizar essas tecnologias, como a falta de acesso à internet de alta velocidade ou a falta de habilidades digitais.

Estudos semelhantes apontam que, embora as limitações fossem impostas, novas estratégias foram adotadas para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento, a exemplo do teleatendimento, além do atendimento presencial para as consultas de puericultura, em estudos como Cabral *et al.*, (2021) e Toso *et al.*, (2020). Apesar da redução dos atendimentos, algumas faixas etárias foram priorizadas. O objetivo principal das consultas de enfermagem era orientar sobre os cuidados com o recém-nascido, sobretudo na imunização, além de também procurar os falantes nas imunizações e esclarecer dúvidas a respeito dos sinais e sintomas da covid 19 (TOSO *et al.*, 2020).

A principal estratégia adotada na pandemia para manter os cuidados com a criança foi a teleconsulta ou teleatendimento. Os profissionais procuraram oferecer assistência às famílias no cuidado à criança, mesmo que de forma remota, para evitar os riscos de ir ao serviço presencialmente (SHIBUKAWA *et al.*, 2022).

Nesse sentido, mesmo com os avanços notáveis alcançados com a incorporação das TICs, no presente estudos elas são ainda tímidas, mas vem sendo rapidamente incorporada como um **instrumento** do processo de trabalho dos enfermeiras, e isso vem avançando, especialmente na **dimensão assistencial** do cenário da pandemia da COVID-19. Por isso, é

essencial que os profissionais de saúde estejam prontos para operar essas ferramentas no seu cotidiano (COSTA *et al.*, 2022). Isso não implica apenas o domínio técnico para utilizá-las, mas também o entendimento de que seu uso não deve se distanciar da essência do trabalho na APS, baseado nas *tecnologias relacionais*.

Nesse contexto, na pandemia houve um aumento significativo na demanda por serviços de saúde, o que levou muitos profissionais de saúde a adotarem a teleconsulta como uma forma de atender seus pacientes de forma segura e eficiente, conforme observamos nos estudos de Cabral *et al.*, (2021), Toso *et al.*, (2020), Shibukawa *et al.*, (2022). A teleconsulta de enfermagem é uma prática que permite que os enfermeiros realizem estimativas, orientações e acompanhamento de pacientes por meio de tecnologias de comunicação à distância, como videoconferência, telefone e mensagens eletrônicas (COFEN, 2020).

Em 2020, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 467, que estabeleceu as regras para o uso da telemedicina durante a pandemia de COVID-19. A portaria autorizou a realização de teleconsultas e outras formas de teleatendimento, desde que observadas as normas e os padrões estabelecidos respectivos conselhos profissionais (BRASIL, 2020).

A teleconsulta de enfermagem foi regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em março de 2020, por meio da Resolução nº 0634/2020. Essa resolução estabelece as diretrizes para a realização da teleconsulta de enfermagem, incluindo: a necessidade de consentimento informado do paciente para a realização da teleconsulta; a obrigatoriedade de registrar todas as informações e orientações fornecidas durante a consulta; a importância de assegurar a privacidade e a confidencialidade das informações trocadas durante a teleconsulta. Além da exigência de que o enfermeiro possua habilidades e conhecimentos qualificados para a realização da teleconsulta (COFEN, 2020).

Durante a pandemia, o modelo tradicional de atendimento sofreu mudanças significativas. As instituições de saúde precisaram adaptar-se ao cuidado não presencial, investindo nas TIC's. Na pandemia, os profissionais de saúde enfrentaram o desafio de aprender sobre a nova doença e ajustar-se a uma forma diferente de prestar cuidados (CELUPPI *et al.*, 2021). Essas tecnologias na saúde surgem como uma opção eficiente e segura para conectar profissionais e pacientes nesse cenário.

As tecnologias e estratégias para o teleatendimento, a exemplo do telessaúde, foram impulsionadas pela pandemia para serem construídas como instrumentos de cuidado na APS. Conforme observado em estudos como o de Caetano *et al.*, (2020), o telessaúde se apresenta como uma alternativa eficaz às consultas presenciais, atendendo às necessidades de cuidados

de saúde dos usuários. A adoção imediata e bem-sucedida de estratégias de teleatendimento para enfrentar os desafios globais de saúde pública, como a COVID-19, sinaliza a necessidade de incorporar estratégias semelhantes no cotidiano do trabalho da APS.

É importante destacar que em Maceió, as iniciativas de uso das TIC's foram tomadas de forma individual pelos profissionais de saúde. Sendo assim, não houve uma ação institucional para aproveitar essas ferramentas e viabilizar o cuidado à criança durante a pandemia. Isso difere de outros estudos, nos quais foram disponibilizados telefones com whatsapp para as unidades de saúde como meio de comunicação formal do serviço (TOSO *et al.*, 2020; CABRAL *et al.*, 2021). Assim, os profissionais tiveram que agir de forma independente, buscando formas criativas e autônomas de garantir a continuidade do cuidado à criança. Esse engajamento mostra o comprometimento desses profissionais em oferecer um cuidado à criança, mesmo em tempos tão desafiadores.

Em uma época em que o uso de tecnologias digitais permite o trabalho à distância, os serviços de saúde necessitam incorporar essas ferramentas. Neste cenário, as enfermeiras têm potencial para assumir um papel de liderança, destacar-se e interagir de forma mais eficaz com os usuários. É necessário que a gestão invista em capacitação contínua e em meios de comunicação que possibilitem o uso dessas tecnologias como ferramenta de trabalho, ampliando as formas de cuidado e adaptando-as às necessidades do contexto atual.

A pandemia trouxe importantes discussões quanto ao uso das **tecnologias leves** e suas influências no cuidado longitudinal. Esse período desafiador evidenciou a importância da adaptação e inovação na prestação de serviços de saúde, mostrando como essas ferramentas podem aprimorar o cuidado de enfermagem, melhorar a comunicação entre profissionais e usuários, e facilitar o acompanhamento contínuo dos usuários. A experiência adquirida durante a pandemia pode servir de base para o fortalecimento da APS no atual contexto nacional.

Ainda, é importante refletir sobre os desafios pré-pandêmicos identificados neste estudo. Sabe-se que esses fatos não foram gerados pela pandemia, portanto eles não podem ser ignorados, pois influenciaram nos cuidados prestados às crianças nesse período.

Assim, identificou-se como legado anterior à pandemia a falta de instrumentos básicos para o cuidado, a exemplo da Caderneta de Saúde da Criança, ferramenta essencial no acompanhamento do CD infantil. Além disso, foram observadas carências em outros instrumentos básicos e de baixo custo, como fita métrica, balança, pilhas e antropômetro. Essas questões reforçam a necessidade de abordar as lacunas existentes na APS no município,

garantindo a disponibilidade de recursos fundamentais para o cuidado adequado e contínuo da criança.

5.3. Finalidade e produto do trabalho: (re)organização do trabalho

A *finalidade* do trabalho está relacionada à razão pela qual ele é realizado, buscando suprir a necessidade que motivou sua execução e conferindo sentido à sua existência. Quando algo é feito sem o entendimento da demanda humana que o originou, não pode ser considerado trabalho. Mesmo em situações em que o trabalho é dividido, ainda existe algum nível de consciência a respeito do propósito do trabalho (SANNA, 2007). Já o *produto* do trabalho segundo Sanna (2007), são os resultados de um trabalho podem ser bens tangíveis, ou seja, objetos e elementos materiais que podem ser percebidos pelos sentidos, ou serviços, que não possuem a solidez de um bem material, mas são reconhecidos pelos efeitos que proporcionam.

A **(re)organização do trabalho** é uma necessidade frente às dificuldades de manter o atendimento às crianças durante a pandemia, os profissionais buscaram inovar, elaborando novos fluxos e estratégias, o que destaca a **dimensão gerencial** do processo de trabalho, visando enfrentar os obstáculos no atendimento infantil e diminuir os riscos de exposição no serviço, que também atendem casos de síndromes gripais. Segundo Sanna (2007), não há cuidado, se não houver a coordenação do processo de “trabalho assistir”, aqui temos a primeira **finalidade** do trabalho do enfermeiro no cuidado à criança.

Segundo Hausmann e Peduzzi (2009) a gerência consiste em atividade meio cuja ação central baseia-se na articulação e integração que possibilita a transformação do processo de trabalho, ao mesmo tempo que também pode se transformar mediante as situações do cotidiano das organizações de saúde, e assim se compõe.

Nos relatos a seguir, os descrevem essa **(re)organização do trabalho** na pandemia, enfatizam o agendamento para reduzir o fluxo de pessoas na unidade, e o atendimento domiciliar, principalmente para crianças desnutridas ou portadoras de alguma patologia. Nos casos em que não era possível o responsável levar a criança à unidade, um horário com menos movimento era marcado. Para evitar a mistura de pacientes, foi separada uma sala exclusiva para atendimento de casos suspeitos de COVID-19, incluindo a sala de espera.

Como eu disse a você, o que fizemos foi agendar para diminuir o número. Dávamos poucas consultas presenciais, mas priorizamos as visitas domiciliares, especialmente para as crianças com necessidades especiais, como as desnutridas e portadoras de alguma patologia. A gente ia constantemente, **mensalmente, à casa dessas crianças**. Se a mãe não pudesse vir, **marcávamos um horário com menor movimento**. Para

evitar a mistura, separamos uma sala só para o atendimento de COVID. Ficou um consultório e uma sala de espera separados para o pessoal com suspeita de síndrome gripal ou qualquer sintoma relacionado. Ainda assim, não deixávamos as crianças esperando muito tempo. Dávamos prioridade às crianças e gestantes, para evitar que ficassem em contato por muito tempo.[P5]

[em relação a organização do trabalho no cuidado à criança na pandemia] marcava o agendamento aqui, espécie para mim e **quando a criança nasce com baixo peso ou algum problema** eu ia fazer a **visita domiciliar, dava uma distância** assim, mas **a gente nunca deixou de ir**. [P3]

A visita domiciliar emergiu como uma das estratégias adotadas por alguns profissionais, conforme representado pela fala da profissional 3, para o acompanhamento de crianças, especialmente durante a pandemia. Essa abordagem permite levar o atendimento diretamente ao ambiente familiar, minimizando os riscos de exposição e garantindo a continuidade dos cuidados. Além disso, a visita domiciliar fortalece o vínculo entre profissionais e famílias.

A enfermeira, a seguir, descreve outra estratégia para reorganizar o cuidado às crianças, buscando melhorar a adesão das mães aos serviços de saúde. Ela tenta combinar os dias do calendário de vacinas de cada criança com as consultas de puericultura, agendando-as no mesmo período.

A Joana tem um bebê de 3 meses, então esse mês, eu olho vacina de 3 meses, então eu marco de um ano agora para outubro, que tem vacina, fulano só tem vacina de 1 ano em novembro, vamos deixar agendada a vacina de novembro porque eu quero que ela venha para mim, então já vacina a criança, estou tentando casar com o calendário para ver se eu tenho uma adesão melhor, entende? A mãe traz a criança para vacinar e traz para fazer a puericultura, então assim eu consigo que elas venham mais. Então eu fiz essa estratégia nesses últimos meses [P12]

Resultados semelhantes foram encontrados, em relação à visita domiciliar, enquanto estratégia importante para garantir a continuidade do cuidado da criança durante a pandemia, como identificados nos estudos de Cardoso *et al.*, (2021) e Toso *et al.*, (2020). Estas visitas permitem que os profissionais de saúde mantenham o acompanhamento e o cuidado das crianças, mesmo que com limitações e cuidados especiais.

No entanto, o estudo de Shibukawa *et al.*, (2022), apresenta um resultado divergente do estudo atual, destacando a restrição das visitas domiciliares como uma ingestão no cuidado às crianças durante a pandemia. Conforme os resultados, os ACS's informaram não se sentirem seguros para realizar as visitas e, em alguns casos, evitaram fazê-las. Além disso, houve recusa por parte de algumas mães em receber as enfermeiras durante essas visitas, por acreditarem que a consulta de crianças saudáveis é dispensável.

A pandemia da COVID-19 impôs inúmeros desafios aos profissionais da APS, especialmente no que diz respeito à manutenção dos serviços essenciais, como a imunização

das crianças. Diante desse cenário, os profissionais de saúde buscaram soluções para garantir a continuidade dos cuidados, reconhecendo a importância da vacinação para o bem-estar e a saúde da população infantil, temos então a segunda **finalidade** do trabalho do enfermeiro na pandemia no cuidado à Criança, **a imunização infantil**.

A seguir, discutiremos as estratégias adotadas pelos profissionais para superar os obstáculos enfrentados durante a pandemia e garantir o acesso à imunização, evidenciando o processo de reorganização, reinvenção e adaptação que se fez necessário para atender às demandas deste período crítico.

A seguir, a profissional 4 destaca a reorganização do serviço, dando prioridade à disponibilidade constante de imunobiológicos. A organização do fluxo de atendimento foi feita com o uso de fichas, e os pacientes esperavam fora da unidade para evitar a permanência de pessoas doentes e aquelas que aguardavam atendimento para imunização no mesmo ambiente.

Não, quando era para a vacina, eles iam, porque a gente tinha uma organização aqui na unidade de uma sala para síndrome gripal. A gente só não atende porque eu atendi a síndrome; a gente fazia um revezamento. Quem chegasse, a gente ia para uma sala específica. Então, a gente não atendeu porque a gente entrava em contato com o paciente, entrava em contato e ficava. Apesar de ter uma sala única, mas vacinas, eles entravam direto, tinha fichinha, ficava lá fora, entrava só para a sala de vacina e saía, e não ficava esperando no corredor. Fizemos essa organização de forma que não houve prejuízo [P4].

Embora a estratégia de distribuição de senhas e fichas na AB busque proteger os usuários, é importante refletir sobre os problemas associados a essa prática. Essa abordagem, comumente relacionada a rotinas antigas de alguns serviços, pode resultar em aglomerações e longas filas, limitando o acesso aos serviços de saúde e comprometendo a eficiência do atendimento

Ressalta-se a importância de romper com essa prática e buscar alternativas que promovam um cuidado humanizado e centrado nas necessidades dos pacientes. Ao fazer isso, é possível fortalecer a AB como um espaço de promoção da saúde e prevenção de doenças, aos princípios do SUS e às diretrizes da Política Nacional de Humanização (FIGUEIREDO; SHIMIZU; RAMALHO, 2020).

As principais estratégias encontradas em estudos semelhantes para melhorar o acesso e a organização dos serviços de saúde incluem o agendamento por telefone ou aplicativos de mensagens, como o *WhatsApp*. Essas abordagens facilitam a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes, proporcionando um atendimento mais ágil e eficiente. No estudo de Toso *et al.*, (2020), por exemplo, o uso dessas ferramentas tecnológicas mostrou-se eficaz na

melhoria da gestão do atendimento e na promoção da acessibilidade aos serviços de saúde, permitindo que os usuários marcassem consultas e tirassem dúvidas de forma rápida e prática, otimizando o tempo e os recursos disponíveis.

No estudo de Shibukawa e pesquisadores (2022), foram identificadas iniciativas de agendamento para imunização, buscando oferecer suporte para dúvidas e orientações, mesmo que de forma remota, a fim de reduzir a aglomeração nos serviços. Essas situações foram elencadas pelos representantes dos municípios, que em sua grande maioria são enfermeiros. A implementação dessas estratégias contribui para uma gestão mais eficiente dos serviços de saúde e ajuda a garantir a continuidade das ações de imunização, mesmo no contexto da pandemia de COVID-19.

Nas falas a seguir, os profissionais descrevem as estratégias adotadas para manter os cartões de vacina das crianças atualizados e garantir a regularização da situação vacinal durante a pandemia. Eles enfatizam a importância de realizar buscas ativas, monitorar a situação vacinal das crianças e, se necessário, aplicar as vacinas diretamente nas residências:

Quando percebemos que a criança precisava tomar a vacina e não tinha comparecido, íamos até a casa dela, aplicamos a vacina e, em seguida, atualizamos o sistema. As auxiliares e os agentes comunitários de saúde desempenhavam um papel fundamental nesse processo.[P5]

Costumávamos dividir por microáreas e levar as vacinas para atualizar a situação vacinal das crianças nessas áreas.[P11]

Logo após o retorno das atividades durante a pandemia, percebemos alguns casos de atraso vacinal, o que era raro anteriormente. Eu mesmo, durante as visitas, observava a resistência das mães em vacinar. Dava duas chances; na terceira vez, eu já levava a vacina. [P2]

A busca ativa de crianças com vacinas em atraso e a implementação da vacinação volante emergiram como estratégias cruciais para manter a imunização das crianças durante uma pandemia. Essas abordagens permitiriam que os profissionais de saúde identificassem e alcançassem crianças que, de outra forma, poderiam ter ficado desprotegidas devido às permanências nos serviços de saúde e às restrições de mobilidade. Ao garantir a atualização das vacinas e levar os serviços de imunização diretamente às comunidades, os enfermeiras desempenharam um papel fundamental na proteção da saúde infantil.

No estudo de Cabral *et al.*, (2021), cujo objetivo era analisar as vulnerabilidades em saúde das crianças no acesso aos cuidados na atenção primária durante a pandemia de COVID-19 no Brasil e em Portugal, foram identificados resultados semelhantes ao presente estudo. Destaca-se a necessidade de realizar visitas domiciliares para buscar crianças que não compareceram às vacinações e cadastrar novas crianças nascidas durante a pandemia. Essa

abordagem emergiu como uma das principais estratégias bem-sucedidas para manter os calendários vacinais atualizados e garantir a proteção das crianças neste período.

Além de abordar a redução da cobertura vacinal, a fala da enfermeira a seguir, destaca que, mesmo diante das dificuldades e da diminuição na procura por vacinas, o serviço de vacinação nunca parou. Isso reforça a ideia de que a cobertura vacinal é considerada uma prioridade no serviço, mesmo em meio à pandemia

A cobertura vacinal foi muito ruim a gente fazer. Claro que as mães traziam para cá, não é? Foi uma situação que diminuiu a procura de vacina, mas não deixamos de fazer... foi uma coisa que nunca parou pronto, não, a vacinação nunca parou. Nunca parou esse serviço, nem na pandemia [P2].

Então houve muito, atrasou bastante em muitas crianças a questão da vacinação, porém, percebe-se que essa rotina, essa atualização, ela vai se ajustando. E tem poucos ainda [em relação ao atual quantitativo de crianças com calendário vacinal em atraso] ... [P1].

[em relação a cobertura vacinal na pandemia] é... diminuiu um pouquinho...[p3]

Mendes (2020) alerta que, devido à pandemia de COVID-19, as taxas de vacinação de crianças diminuíram significativamente em âmbito mundial, chegando a regredir aos níveis registrados em 1990. Essa queda foi consequência da interrupção dos serviços da APS e das medidas de medidas de isolamento social.

Já Procianoy e colaboradores (2022), em seu estudo que avaliou o impacto da pandemia nas imunização de crianças menores de um ano no Brasil, identificou que em 2020 a média da cobertura vacinal das vacinas foi de 75,07%, enquanto em 2019 esse índice foi de 84,44%. Isso representa uma queda de 11,10% entre esses dois períodos, evidenciando os desafios enfrentados no contexto da pandemia para garantir a imunização adequada das crianças.

Os esforços para conter a pandemia tiveram um impacto negativo nas coberturas vacinais. A preocupação dos pais em expor as crianças ao SARS-CoV-2, ao levá-las aos serviços de saúde para vacinação, contribuiu significativamente para essa queda. Sendo assim, estima-se que pelo menos 80 milhões de crianças estejam com sintomas de doenças imunopreveníveis, como sarampo, difteria e poliomielite, devido à redução das coberturas vacinais durante a pandemia (VÉRAS *et al.*, 2023).

Diante desse cenário, é fundamental que as iniciativas adotadas para a manutenção da imunização infantil, citadas pelos profissionais no presente estudo, sejam estratégias que precisam ser mantidas e ampliadas. Garantir a continuidade das campanhas de vacinação e o acesso às vacinas de forma segura e eficiente é crucial para proteger as crianças contra doenças imunopreveníveis e minimizar os efeitos negativos da pandemia na saúde pública.

Em um estudo que analisou as fragilidades no cuidado à criança durante a pandemia, destacou-se que, durante esse período, o enfoque das ações das Unidades de Saúde foi a vacinação. Este serviço essencial não parou em decorrência da COVID-19; pelo contrário, ganhou maior ênfase, divulgação e informação em âmbito nacional, ressaltando sua importância diante do contexto vivenciado (LEITÃO *et al.*, 2022).

A seguir, destacamos o depoimento da profissional 8, que aborda a busca por soluções criativas para garantir a continuidade dos cuidados às crianças durante a pandemia. Nesse contexto, a manutenção do calendário vacinal infantil foi um dos principais focos. Os relatos ilustram as estratégias adotadas pelos profissionais para superar as dificuldades e garantir que as crianças não suportem com as vacinas em atraso.

Além da já estratégia de vacinação extramuros, mencionada por outros profissionais, destacamos aqui outra realidade: a realocação da equipe para outro território e busca por espaços estratégicos para se aproximar da comunidade. Esse esforço pode ser observado no relato a seguir:

[a unidade foi transformada em referência para síndrome gripal, o relato é a estratégia utilizada para manutenção do calendário das crianças do território] mas o que foi que a gente fez para ter essas crianças não ficassem sem, ao menos sem vacina. A gente pegou um prédiozinho, que tem aqui fizemos vacinas volantes para que essas crianças não perdessem, não ficasse fora da faixa etária das vacinas, aí a gente vinha toda sexta-feira. A gente vinha com uma equipe e ficava fazendo até meio-dia essa vacina volante. Para as crianças não ficarem com as vacinas em atraso. A única coisa que deu. [P8]

No relato a seguir, a profissional 14 aborda o monitoramento das crianças com vacinação em atraso. Ele menciona o uso do sistema de informação disponível para acompanhar a aplicação das vacinas, como o reforço da vacina pentavalente (Penta) e da vacina inativada poliomielite (VIP).

[em relação ao monitoramento das crianças com vacinação em atraso] O sistema tem disponível, a gente faz o acompanhamento no momento que é um indicador da criança. Reforço de Penta, não é? E é um Penta.. VIP... Nós fazemos esse acompanhamento desse reforço. Eu estava com 2 crianças em atraso, já entrei em contato com a mãe... [P14]

A fala demonstra a preocupação dos profissionais em assegurar a vacinação atualizada das crianças, bem como o uso do sistema mencionado como apoio para identificar aquelas com atrasos na imunização. Se por um lado, na fala acima identificamos que o indicador serve de norte para o profissional, para atingir a cobertura vacinal. Precisamos olhar outra vertente apontada, essa bem mais preocupante, a de que os indicadores estão se sobrepondo às outras atribuições, pois o cuidado do enfermeiro a criança não se trata unicamente de medir, pesar e

vacinar a criança, mas de considerar seu crescimento e desenvolvimento, bem-estar no âmbito de sua família, rede de apoio e oportunidades de estímulo (UNICEF, 2022; BRASIL, 2018).

Ao considerarmos a retomada dos atendimentos voltados para crianças, é importante destacar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em **conciliar esses atendimentos** com as **metas e indicadores** estabelecidos pelo programa **Previne Brasil**. Isso tem gerado uma grande pressão para o cumprimento dessas metas, muitas vezes em detrimento do cuidado individualizado, como podemos observar nas falas a seguir:

A gente está passando por uma fase que a gente tem os indicadores e a gente **às vezes fica correndo atrás de indicadores e as crianças de lado**, então assim, eu consegui me equilibrar nos indicadores e agora estou tentando fazer com que as crianças voltem. [P12]

[em relação ao retorno dos atendimentos presenciais na unidade] então as crianças já estão tendo aquela sequência... vão chegando novos e a gente vai colocando... e eu já tive que ampliar novamente o meu dia, porque não dá conta. Eu tenho que colocar novamente e **mais dias para atender, não ampliei logo porque a gente tinha a questão do previne Brasil**, que eu **tinha metas a serem alcançadas**, então **não tinha como ampliar esse universo da saúde da criança**. [P1]

[em relação ao retorno das ações voltadas para a criança] a gente agora está fazendo quinzenal todas essas mães para trazer essas crianças que o agente de saúde quem faz a marcação é quem faz a busca ativa... a gente faz a busca ativa para a palestra educativa, estamos tentando retornar tudo de novo...mas vacina isso não, porque assim? A gente está sempre em cima porque **a gente está puxando agora com o indicador**, não é? [P8]

[em relação aos atendimentos no momento da entrevista] é... diminui um pouquinho. Como eu disse a você, mas sempre a gente ia atrás... está com dificuldade, principalmente agora com os indicadores a gente vai a busca e olha que estão pedindo a penta... a vip, a gente vê quem está para ir a busca, já vai lá no indicador que ele já diz a criança que está faltando... a microárea e a gente vai [...] [P3]

O indicador ao qual as enfermeiras se referem, são os do programa Previne Brasil. Este programa foi lançado pelo Ministério da Saúde do Brasil em novembro de 2019, segundo o MS, com o objetivo de reestruturar o financiamento APS no país. O Previne Brasil é fundamentado em três componentes principais: Cadastramento das pessoas: com foco no registro dos cidadãos nos serviços de saúde; Pagamento por desempenho: estabelecendo metas e indicadores, vinculando o financiamento ao desempenho das equipes de saúde; Incentivo à organização e integração dos serviços de saúde: buscando promover a integração e coordenação entre os diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2022c; MOROSINI *et al.*, 2020).

Antes de discutir as repercussões do Previne Brasil para a APS, precisamos contextualizar que o financiamento da saúde já vêm sendo precarizado desde o duro golpe de 2016, com a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, promulgada pelo governo Temer, que congelou por 20 anos os fundos destinados à saúde. Essa medida resultou em um

subfinanciamento relacionado aos serviços da APS, segmento crucial do sistema de saúde. Essa limitação dos recursos dificultou a manutenção da qualidade e da acessibilidade desses serviços, impactando nos serviços ofertados a milhões de brasileiros, especialmente nas comunidades mais periféricas (MENDES; CARNUT; GUERRA, 2018; SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).

Sendo assim, nos deparamos com um movimento que vai de encontro às evidências, onde se faz necessário o aumento de gastos em saúde, especialmente na APS, decorrente do envelhecimento da população, do aumento da prevalência de múltiplas doenças crônicas, com isso a necessidade de incorporação de novas tecnologias. E na verdade nos deparamos no Brasil com um subfinanciamento da saúde, em que os recursos para o setor provêm cada vez menos investimentos (MASSUDA, 2020).

O sistema de pagamento por desempenho já estava em operação na Atenção Básica desde 2011, através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Este programa combinava a expansão do acesso com o acompanhamento e discussão de indicadores. O PMAQ trazia um novo financiamento, que se somava ao PAB, permitindo investimentos na melhoria do acesso e dos serviços ofertados na APS (CASTRO *et al.*, 2020; MOROSINI *et al.*, 2020).

Contudo, o Previne Brasil não parece valorizar as lições aprendidas com o PMAQ, introduzindo uma nova lógica de desempenho (CASTRO *et al.*, 2020). Esta lógica enfatiza o monitoramento de procedimentos e os resultados das ações de saúde, sem, no entanto, incluir a avaliação dos processos de trabalho. Este é um ponto crítico, pois a análise dos processos de trabalho é essencial para a melhoria contínua e eficaz do trabalho em saúde. A desvalorização dessa avaliação pelo Previne Brasil é problemática e possui implicações diretas na finalidade do trabalho dos profissionais da APS (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021; MOROSINI *et al.*, 2020).

Quando o trabalho é focado apenas em metas de indicadores, corre-se o risco de desviar a atenção da essência do trabalho no território, que é cuidar das pessoas. Pode levar a uma abordagem mecanicista e superficial, onde as metas de desempenho acabam substituindo o cuidado integral à saúde. Assim, a qualidade do atendimento pode ser prejudicada, com uma tendência a padronização das condutas, negligenciando as necessidades individuais e complexas dos pacientes. É crucial, portanto, que se mantenham processos de avaliação robustos e contínuos, que permitam entender e melhorar o funcionamento do sistema de saúde

como um todo, além dos indicadores de desempenho (SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021; MOROSINI *et al.*, 2020).

Embora a imunização infantil tenha sido uma prioridade durante a pandemia, os profissionais de saúde enfrentaram vários desafios, enfrentando desde a escassez de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e a falta de infraestrutura adequada nas unidades de saúde, conforme observamos nos trechos abaixo.

Na verdade, **o que mais viabiliza recursos humanos**, né? Hoje estamos com um **déficit muito grande e inclusive, sala de vacina fechada**. Só tem teste do pezinho a tarde por falta de funcionários, os funcionários daqui foram todos remanejados praticamente para outra unidade que estava sendo aberta, então a gente está esperando chegar à profissional para poder reativar os setores.[P5]

Muita gente se afastou da pandemia. A gente tinha um quadro reduzido de pessoas. **Então muitas vezes a sala de vacina fechou**, mas também a demanda não era tão grande[P1].

éramos 4 equipes, chegávamos na unidade, **tínhamos muitas vezes filas imensas**, as mães não queriam levar, as vacinas atrasaram muito, **eram poucos técnicos**, eu também tive uma técnica que se ausentou e fiquei com apenas 3 técnicos, tínhamos que atender toda a demanda das 4 equipes, então **o pessoal não comparecia por conta da distância e quando chegava às vezes não conseguia ser atendido**, por ter muita gente. Nesse momento, nesse meio termo, a gente ficou um ano na unidade, mas ficamos também uns 3 meses na creche da nossa área, foi quando instalamos uma sala de vacina e conseguimos tentar correr atrás do prejuízo, porque o povo não estava levando por todos esses fatores. [P12]

A sobrecarga de trabalho enfrentada pelas enfermeiras durante a pandemia é uma questão preocupante. As equipes de enfermagem precisam ter um número adequado de profissionais para atender às necessidades integrais dos usuários e, ao mesmo tempo, garantir condições dignas ao trabalhador.

Almeida *et al.*, (2022) abordam a questão da sobrecarga de trabalho enfrentada pelas enfermeiras na APS durante uma pandemia. Longas jornadas de trabalho, combinadas com falta de pessoal nas instituições de saúde, têm causado um desgaste físico e emocional significativo nos profissionais, aumentando o risco de doenças ocupacionais e transtornos psicológicos. Essa situação evidencia a importância de desenvolver políticas de saúde e estratégias de gestão que priorizem o bem-estar e a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. Ao garantir um atendimento de qualidade aos pacientes e um ambiente de trabalho saudável e sustentável, é possível enfrentar os desafios impostos pela pandemia e fortalecer o sistema de saúde como um todo.

Acima observamos a **fragilidade da dimensão política** das enfermeiras, pois é através dela que conseguimos almejar melhores condições de trabalho, como nas situações relatadas pelos profissionais, especialmente a sobrecarga de trabalho.

Ainda, a enfermagem ficou numa situação sobrecarga durante a pandemia da COVID-19, devido ao excesso de trabalho, à alta transmissibilidade do vírus e à escassez de equipamentos de proteção individual. A enfermagem é considerada um elo indispensável na equipe multiprofissional de saúde no combate à doença, com foco na vida humana e atenção à saúde dos trabalhadores e à segurança dos pacientes. Esse contexto permitiu que os profissionais de enfermagem se reinventassem e reaprendessem a lidar com uma situação sem precedentes (MIRANDA *et al.*, 2020).

Este desafio parece ser uma realidade em todo o país, e podemos considerar que esse legado já existia antes da pandemia, mas ganhou proporções ainda maiores durante esse período. Estudos (ALMEIDA *et al.*, 2022; MIRANDA *et al.*, 2020). apontam que a sobrecarga de trabalho e a escassez de profissionais influenciam diretamente a qualidade do cuidado prestado por enfermeiros no Brasil. Em síntese, tanto neste estudo quanto em outros, fica evidente que a situação requer atenção e medidas efetivas para aprimorar as condições de trabalho desses profissionais .

A seguir, identificamos a **dimensão ensinar** no processo de trabalho do enfermeiro que assume um destaque neste contexto. O enfermeiro, além de suas responsabilidades assistenciais e administrativas, também é um educador em saúde. Assim, exploramos outra **finalidade** do trabalho do enfermeiro, a disseminação de informações precisas e confiáveis sobre a COVID-19 e a vacinação, essenciais para a desmistificação das notícias falsas e o esclarecimento de dúvidas da população que estão entre as suas principais tarefas.

Durante a pandemia, o desafio das *fake news* na imunização da criança tem sido uma questão preocupante. A disseminação de informações falsas nas redes sociais e outras mídias pode levar à desinformação e à falta de confiança na vacinação. Por isso, os profissionais precisam ter um olhar sensível para essa problemática e tomam como **finalidade do trabalho** fornecer informações confiáveis à população. Conforme observamos nas falas dos profissionais a seguir:

A criança com 7 meses, eu encaminhei para a influenza que com 6 meses, já toma. Ele disse e a covid? eu disse, **ele ainda não tem idade, mas quando ele estiver não vai tomar**, porque eu não tomei, nem ninguém na casa. Eu tomo, mas por quê? Porque não acredito nessa vacina, porque matou muita gente. **Aí eu fui conversar, fui orientar**, mas ainda a gente ainda lida com isso [P9]

eu acho que só se intensificou mais um pouco, mas é que nem todas e na questão da atualização vacinal? Porque se falar de covid, minha filha..., gestante e criança. você

vê o calendário de rotina das outras ainda, OK, na grande maioria. não são todos... mas se falar de covid, dessas coisas...**o pessoal ainda está muito resistente depois dessa questão da vacina**, que foi feito rápido... desculpa que tem, não é? Aí eu acho que pegou muito fortemente, detonou essa questão da atualização... que eles levam já para esse outro lado. [P11]

A participante expressa a potencialidade dimensão ensinar na puericultura, ressaltar a importância do papel das enfermeiras em acalmar e orientar os responsáveis, esclarecendo e fornecendo informações seguras sobre o desenvolvimento infantil.

[...] a puericultura é uma paixão que eu aprendi, que não é fácil, porque a mãe vem com tantos problemas, mas com a puericultura a gente traz solução, a gente está aqui para acalmar a mãe, para explicar coisas que não um tem problema, que é o normal, que para elas não é, que acha que todo bebê tem que ser igual...[P12]

Por meio de orientações claras, embasadas cientificamente, as enfermeiras podem contribuir para o aumento da adesão à vacinação e para a prevenção da doença. Logo, podem promover ações de saúde que fomentem a compreensão da importância da imunização para a saúde coletiva. Portanto, as enfermeiras, com suas habilidades e a proximidade com a comunidade, têm um papel essencial na luta contra a desinformação na pandemia da COVID-19 no AB.

Segundo Acioli *et al.*, (2021) um desafio significativo enfrentado durante a campanha de imunização contra a COVID-19 é a desinformação da população a respeito da doença e da vacinação, agravada por notícias falsas, que impactam a adesão à imunização. Há um movimento antivacina pré-existente à pandemia da COVID-19, que leva as pessoas a hesitarem ou adiarem a vacinação, provocada em atitudes de risco não apenas para a saúde individual dos não vacinados, mas também para todos ao seu redor.

Uma estratégia essencial a ser priorizada na APS atualmente é a educação em saúde. Há uma disseminação significativa de informações falsas (*fake news*) sobre a doença, suas formas de contágio e tratamento. Neste contexto, estudos apontam como estratégia comunicação da equipe de saúde com os usuários por meio de aplicativos de mensagens e telefone pode ser uma ferramenta útil na promoção de orientações apropriadas, alinhadas com as diretrizes das autoridades sanitárias e baseadas em protocolos científicos validados (CABRAL *et al.*, 2020; TOSO *et al.*, 2020).

Ações que remetem ao retorno das ações vigilância do crescimento e desenvolvimento e o processo de retorno aos atendimentos presenciais, após vários ajustes no trabalho. são observados na fala da enfermeira a seguir:

É... e aos poucos estamos retomando a rotina. [...] então as crianças já estão tendo aquela sequência... vão chegando novos e a gente vai colocando... e eu já tive que ampliar novamente o meu dia, porque um não dá conta [P1]

As falas citadas a seguir, mostram uma preocupação compartilhada sobre a necessidade de educação permanente e continuada, especialmente sobre desenvolvimento infantil. A falta de atualização e capacitação adequada é um tema recorrente nessas falas.

Eu reconheço a MINHA culpa, mas eu acho que a gente precisava também ter alguém sempre de vez em quando passando por aqui, gente... como é que tá... [...] **Eu fiz muito curso de puericultura e crescimento desenvolvimento , mas a 20 anos.... a 15 anos... a ...16 anos** [P7]

Eu acho que é o exame físico.. e a questão do desenvolvimento **é extremamente importante, que a enfermeira entenda o que é esperado ali naquela idade...** Para saber como identificar, o que você vai orientar, para não passar nada. Eu acho que é isso... porque **a gente não tem a capacitação adequada** [P14]

A gerência, com essas questões de acompanhamento não estão muito ligados ao preparo do enfermeiro para isso. **Acho que tem que ter atualização.** Há muito tempo não tem **atualização em puericultura**, então são coisas necessárias em que a gente passe, tem que estar evoluindo, entendendo o que tá fazendo para fazer com excelência.[P14]

O que eu acho é que falta muito ainda por parte da secretaria municipal é **investir mais em treinamentos** em relação a isso, porque assim, a gente faz, faz tudo pelo que a gente aprendeu, pelo dia a dia, a convivência, a vivência da gente mesmo, mas eu acho que deveria estar sempre havendo uma **reciclagem em crescimento e desenvolvimento**, não é? [P13]

Mas de criança eu já fui para capacitação.... é, eu acho que ainda devia ter uma mais **focada para enfermagem** quando a gente vai, tipo, um pediatra. **Eu acho que é ruim, que seja pediatra, entende?** [...] **já pensou uma enfermeira pra fazer uma capacitação para enfermeira** sobre a CIPE? [P11]

As enfermeiras evidenciam a fragilidade de seu trabalho, a falta de treinamento, atualização constante e apoio institucional. Esta vulnerabilidade sinaliza a importância crítica de integrar ações de educação permanente na formação e prática de enfermagem. Educação contínua, através de treinamento focado com o contexto do trabalhador, essas atualizações são essenciais para permitir que os enfermeiros estejam preparados para exercer a prática da saúde integral, a criança.

Assim, sem a implementação de programas de formação contínua e educação para os profissionais da Atenção Primária, os gestores continuarão encontrando obstáculos para possuir um corpo profissional apropriado e capacitado para a responsabilidade sócio-sanitária necessária para transformar o modelo atual de atenção à saúde. Esta situação contribui para a

persistência de problemas como alta rotatividade de profissionais, precarização das condições de trabalho e descontentamento entre os trabalhadores da saúde (ALVARENGA; SOUSA, 2022).

Compreender o entrelaçamento das dimensões de ensinar e assistir é essencial no âmbito do cuidado de enfermagem. O ensino é fundamental para que os pacientes e suas famílias entendam suas condições de saúde, o propósito das orientações e dos cuidados. Assim, esse processo de ensinar do enfermeiro vai além do repasse de informações, pois envolve capacitar indivíduos para que eles possam tomar decisões informadas sobre sua própria saúde.

A dimensão ensinar no processo de trabalho do enfermeiro também desempenha um papel crucial no treinamento e capacitação da equipe de enfermagem, e no contexto da APS inclui os ACS 's. No entanto, conforme mencionado na fala do profissional 1, nem sempre é possível estabelecer uma rotina de reuniões mensais ou quinzenais devido às limitações do serviço.

[Em relação ao treinamento da equipe de enfermagem e os ACS 's] sempre tem as coisas pontuais, a gente conversa aqui fala um pouco no sentido de ter uma rotina de reuniões, por exemplo, mensais, quinzenais... O serviço às vezes não permite. [P1]

A identificação de crianças com SG no território é destaque na fala da profissional 3, citando o papel fundamental do ACS nesse processo. Por meio de orientação e treinamento adequados, os agentes comunitários não apenas adquirem o conhecimento necessário para reconhecer os sinais e sintomas da SG, mas também estabelecem um relacionamento próximo com as crianças e suas famílias. Dessa forma, os agentes comunitários de saúde desempenham um papel crucial na detecção precoce desses sinais no território e na promoção da saúde das crianças na comunidade. conforme observamos no trecho a seguir,

[em relação ao treinamento feito pela enfermeira para que o ACS possa identificar possíveis crianças com Síndrome gripal no território] Orientação e treinamento... principalmente o agente, não é que ele vá detectar, mas conhece a criança... e vai fazendo uma tiragem, e a mãe mesmo diz oh ele está cansando, não é isso? [P3]

Identificamos na fala da profissional 11 que ainda há deficiências no treinamento, como a dificuldade de comunicação entre os profissionais e a falta de padronização nas práticas. Essa fragilidade acaba em situações conflitantes e insatisfação entre os membros da equipe.

A gente tem essa dificuldade porque a pessoa precisa falar com o pessoal da enfermagem [referindo-se ao técnicos de enfermagem], mas fica aquela situação de "lembra, minha gente, tirar a roupa?". Aí, quando você vai perguntar para a mãe se a criança já foi pesada, ela acaba virando e fala que não tirou toda a roupinha da filha dela

para pesar...isso pode gerar conflitos e brigas, o que não é desejável. É importante que haja harmonia e cooperação na sala, pois isso torna o ambiente muito melhor. [P11]

Abreu, Amendola e Trovo, (2017), apontam que problemas de relacionamento entre os membros da ESF podem ser fatores que afetam o cuidado prestado ao paciente, em um modelo que se assenta na atuação e interação multidisciplinar. Esses conflitos relacionais envolvem falta de diálogo, respeito e confiança, bem como dificuldades de comunicação, o que acarreta problemas de autoestima, desânimo e desgaste emocional. Essa situação afetou fortemente não só a saúde do trabalhador, mas também a qualidade do serviço prestado.

A enfermeira aborda um desafio adicional na dimensão ensinar como sendo a presença de profissionais sem as habilidades necessárias ou a disponibilidade para aprender, devido à sua entrada no sistema por razões políticas partidárias. Essa situação tenciona inclusive as relações profissionais, como observamos a seguir:

Antes eu estava sem recursos humanos, hoje eu tenho uma que não tem competência, está aqui por politicamente, quero dizer que não é do quadro, ela não é concursada, entrou aqui, não tem competência, **a gente ensina, mas não entra e não tem humildade para aprender, então aí é difícil**, porque assim, até a gente não tem força de fazer documentação, uma devolução, mas não é aceito porque está aqui por política.[P15]

A enfermeira encontra dificuldades ao orientar a equipe de técnicos em enfermagem na realização de procedimentos básicos, como as estimativas antropométricas. Essa situação leva à necessidade de o enfermeiro refazer tais procedimentos no consultório. Conforme o relato a seguir:

A gente tem essa deficiência por causa que a pessoa fale com o pessoal da enfermagem, mas fica naquela coisa, lembra, minha gente tira roupa? Aí, quando você. Vai perguntar para a mãe que já tem pesado. Ela virou a roupinha da sua filha toda, não? Aí não é para a pessoa não. Para não ter briga, ou desentendimentos... Na sala, fica muito melhor [P11].

[em relação ao treinamento da equipe de técnicos de enfermagem] A gente ensina, mas não entra... e não tem humildade para aprender, então aí é difícil, porque assim, até a gente não tem força de fazer documentação, uma devolução, mas não é aceito[...] [P 15]

O contexto apresentado sinaliza algumas fragilidades no um processo de trabalho, especialmente no âmbito da educação permanente. Essa prática deve acontecer no trabalho, onde os aspectos de aprendizado e ensino são incorporados ao dia a dia dos serviços de saúde. Essa abordagem baseia-se na obtenção de um aprendizado relevante e tem o potencial de transformar as práticas profissionais. Trata-se de um modelo de aprendizagem que é ancorado

na rotina dos indivíduos e se desenvolve a partir dos desafios encontrados na realidade do trabalho (BRASIL, 2018).

É importante considerar que o processo de trabalho em enfermagem é historicamente marcado pela divisão técnica entre auxiliares, técnicos e enfermeiras. No entanto, cabe enfatizar que os enfermeiras desempenham um papel primordial nesse contexto de ensino, em especial na APS.

Durante uma pandemia, a racionalização dos insumos foi um aspecto essencial no enfrentamento da crise sanitária. Nesse contexto, a disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para o atendimento a crianças se mostrou adequada, por meio do gerenciamento desses recursos pelo enfermeiro, conforme observamos no trecho a seguir:

[em relação a disponibilidades de EPIs para o atendimento a criança na pandemia] foi tranquilo, teve máscara, teve muito capote até demais...nenhum momento assim sem ter álcool gel. E assim, nós fazíamos o pedido ao farmacêutico, a gente ia usando sem estragar, não é aquela coisa [uso racional].[P2]

Em alguns momentos, sim, mas nós tínhamos uma estratégia de cuidado com esse material. Quando estávamos aqui, como enfermeiras, em conjunto com a direção, tentamos controlar esse material porque, às vezes, quando se deixa à vontade, não sei, alguns funcionários podem achar que é para usar indiscriminadamente ou utilizá-lo todo para não ter mais. [P1].

No trecho a seguir, observamos que a **dimensão política** evidencia através da articulação com outras instituições sociais para atender à economia de EPIs no início da pandemia, garantindo a continuidade do cuidado na pandemia, conforme observamos na fala do profissional 4,

[em relação à estratégia utilizada para driblar a falta de EPIs para os atendimentos na pandemia] conseguimos parcerias com algumas organizações para doação. Tinha um grupo na internet que eu conheço, a pessoa desse grupo que desencadeou essas ações, recebemos os kits de doações de material de máscara, capote de luvas do que a gente precisava, não é? De *face shield*, a gente conseguiu isso através de doações externas, mas foi um momento de grande dificuldade até que a prefeitura começou a ser organizada, mas já foi depois de muito tempo, mas foi muito... estressante porque tinha falta de insumos com o medo da doença [P4].

A **participação política** não se limita necessariamente à afiliação a um sindicato, organizações voltadas para a defesa dos direitos civis ou a um partido político. Qualquer julgamento moral e ação correspondente constituem uma forma de participação política, sem a qual não seria possível existir em uma sociedade. A atividade política, nesse sentido, permeia todas as nossas interações e decisões, pois molda a maneira como influenciamos e somos influenciados pelo mundo ao nosso redor (SANNA, 2007). Sendo assim, quando a enfermeira

realiza articulações com outras entidades, em prol de seu trabalho, ou melhor de articulação não governamental para driblar os desafios impostos pela pandemia, como a escassez de EPIs, estaria exercendo sua dimensão política.

A fala a seguir destaca os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde durante uma pandemia, especialmente no que se refere à disponibilidade e qualidade dos Equipamentos de Proteção Individual (EPIs). A dimensão política se evidencia através da luta do profissional por melhores condições de trabalho, buscando garantir a segurança tanto dos profissionais quanto dos pacientes:

Teve momentos que faltou luvas, faltou máscara, entendeu? **Mas a gente bateu de frente, veio uma máscara de péssima qualidade**, a gente bateu o pé, disse que não atendia, entendeu? Foram essas coisinhas, mais que foram resolvidas [P13].

O participante 1 compartilha suas preocupações sobre a situação atual de saúde das crianças na comunidade, observando um aumento no número de casos de crianças com escabiose. Ela questiona o motivo desse aumento e levanta hipóteses, evidenciando a dimensão **pesquisar do trabalho do enfermeiro** conforme podemos observar na fala a seguir:

Está havendo uma construção aqui, no riacho (...conteúdo sensível), e o que a gente percebe? não sei... estou achando que é a água daí... muita criança com escabiose. Meu Deus, eu nunca vi tanta escabiose nas crianças como estou vendo agora, não era uma realidade. Tinha um caso ou outro pontual... agora não é só a família, é a criança. Não sei se essa água, não sei se nessa mexida aí dessa drenagem, mas é uma coisa que está gostando bastante. [P1]

[em relação a pesquisa] Eu acho muito importante. É importante, não é, para a nossa profissão se fortalecer e também para aqueles para quem estamos fazendo uma pesquisa, que não é apenas para a profissão, mas para os cidadãos em geral. Às vezes, a pessoa simplesmente diz não, o que pode fazer com que os outros pensem que não estamos dando a devida atenção. Acho triste quando um colega se recusa, pois onde um colega vai, todos deveriam ir. Temos que incluir a todos, mesmo que precisem vir em outro dia ou esperar um determinado horário. fazemos isso, não é algo que deixamos para o final. E essa pesquisa em particular? Não é mesmo? É importante porque só trouxe benefícios, não é?[...] e sendo da enfermagem, então [P 11]

A **dimensão pesquisar**, não apresentou expressividade nesse estudo. Essa dimensão parece distante do cotidiano desses profissionais. Com isso, é importante que exista uma coesão e equilíbrio entre as dimensões do processo de trabalho dos profissionais, pois assim, tem-se uma prática coesa e equilibrada. A dimensão da pesquisa contribui para o desenvolvimento profissional contínuo das enfermeiras. Através da pesquisas, os enfermeiras podem adquirir novas habilidades, aprofundar seu conhecimento em áreas específicas e se manter atualizados e contribuir com o desenvolvimentos na área da saúde.

Nessa perspectiva, a prática investigativa tem o poder de orientar o profissional em seu dia a dia, mesmo fora do contexto acadêmico, a investigação e questionamento de certos aspectos observados na comunidade ou a análise dos indicadores de saúde de seu território. Dessa forma, a pesquisa não apenas aprimora a base de conhecimento do enfermeiro, mas também subsidia a compreensão e resposta às necessidades de saúde específicas da população. Logo, a pesquisa é um componente essencial do processo de trabalho do enfermeiro, favorecendo a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde.

Seu objeto é o saber já disponível em Enfermagem e as lacunas existentes nesse saber, sobre o qual ele atua com a finalidade de descobrir novas e melhores formas de assistir, administrar, ensinar e pesquisar em enfermagem. Os produtos desse processo são novos conhecimentos, que podem ser empregados para compreender e modificar o trabalho dos profissionais de enfermagem, e também novas dúvidas, que mantêm sempre em funcionamento o processo de trabalho pesquisar em enfermagem (PIRES, 2009).

O foco desta dimensão é o conhecimento já existente em Enfermagem e as brechas que ainda persistem, as quais se tornam o alvo de investigação com o objetivo de descobrir novos métodos mais eficazes de assistência, gestão, ensino e pesquisa na área de Enfermagem, possibilita uma prática crítica e reflexiva do trabalho. Os resultados desse processo são a geração de novos conhecimentos, que podem ser utilizados para compreender e modificar as práticas dos profissionais de enfermagem, bem como a formulação de novas questões, que perpetuam o ciclo de pesquisa na enfermagem (SANNA, 2007).

Segundo Pires (2009), a atividade de educar e pesquisar está profundamente interligada ao processo de cuidado; inclui a aprendizagem contínua no ambiente de trabalho, a preparação de novos profissionais e a geração de conhecimentos que apoiam o processo de cuidar. Os profissionais de enfermagem possuem domínio sobre os conhecimentos que formam a base de suas atividades e gerenciam a criação e disseminação dos conhecimentos necessários para o seu trabalho, por meio de atividades de ensino e pesquisa.

Este capítulo abordou a finalidade e os produtos do trabalho do enfermeiro, destacando o papel fundamental desse profissional na gestão e reorganização dos fluxos assistenciais, principalmente em um contexto de pandemia. Foram identificadas diversas estratégias inovadoras direcionadas para a imunização infantil, evidenciando a adaptabilidade e a resiliência desses profissionais diante de cenários desafiadores.

Outro aspecto identificado foi a fragilidade da dimensão política do enfermeiro. Esta dimensão, que instrumentaliza conquistas e avanços para, representa um caminho robusto na construção de melhores condições de trabalho e tende a repercutir na assistência prestada.

6. CONCLUSÕES

Este estudo mostrou que a pandemia teve um impacto significativo nos processos de trabalho das enfermeiras que cuidam de crianças, não apenas na região estudada como em outras localidades do Brasil. A necessidade de adaptação à nova realidade tem resultado em alterações em vários aspectos do seu trabalho, sendo a dimensão “assistencial” particularmente afetada. As adaptações realizadas nesse período interromperam o acompanhamento e houve maior foco nas ações de imunização e tratamento das crianças doentes. Essas mudanças representam um retrocesso no modelo de atenção à saúde e fragilizam a atuação do enfermeiro na atenção à saúde na criança e atingem desproporcionalmente os grupos mais vulneráveis - incluindo os mais pobres, os negros, pardos.

Dentre as estratégias implementadas, destacam-se o uso das tecnologias leves no cuidado à criança, especialmente o acolhimento, foram identificadas algumas iniciativas e estratégias como teleatendimento, teleconsulta e agendamentos em horários especiais para a criança. Desde o uso de estratégias de cuidado no território até o uso de tecnologias de comunicação, as enfermeiras têm demonstrado capacidade de adaptação e inovação. É fundamental ressaltar que essas iniciativas ocorreram de forma independente e podem servir de modelo para superar os desafios impostos pela pandemia e podem tracionar iniciativas inovadoras de cuidado, como teleatendimento, ações de combate as *fake news*, através de orientações aos usuários através de aplicativos de mensagens.

Neste cenário estudado, identificamos como um dos desafios para o trabalho a indisponibilidade de alguns equipamentos considerados essenciais como a caderneta de saúde da criança, balanças, fitas métricas e antropômetros. Essa condição representa um desequilíbrio em relação às tecnologias duras - componentes essenciais da infraestrutura e dos equipamentos. Apesar de ser inegável a importância das tecnologias leves, que lidam com os aspectos relacionais e subjetivos do cuidado, a falta de tecnologias que são instrumentamentos do trabalho das enfermeiras, podem impactar negativamente a eficácia do trabalho em saúde, resultando em um cuidado pouco resolutivo.

Damos destaque à preocupação predominante com os indicadores e metas, impulsionado pelo financiamento da APS, a exemplo do previne Brasil. Essa abordagem favorece o trabalho fragmentado e orientado para práticas redutoras do cuidado, enquanto o cuidado integral à criança foi postergado. Dessa forma, torna-se fundamental equilibrar demandas quantitativas e qualitativas no processo de trabalho, assegurando que a assistência às crianças não seja comprometida, frágil e redutora. Continuar a explorar essas dinâmicas e buscar soluções para esses desafios é vital para o progresso da enfermagem e para a promoção de um cuidado à saúde de qualidade.

As dimensões identificadas aqui como as mais tênues, como a do ensino expressam as angústias dos profissionais em relação a formação e o seu papel de educador dentro da equipe, uma fragilidade que não se restringe ao conhecimento técnico, mas observamos ainda uma perspectiva fragmentada e baseada em um modelos de atenção que parece retroceder ao paradigma biologicista. Assim, para o fortalecimento, o investimento em tecnologias de educação e desenvolvimento profissional, são vitais para ressignificar a prática desses profissionais. Imagine um profissional autônomo, ativo, imerso em suas responsabilidades sociais, tanto no âmbito individual quanto coletivo. Para isso, é necessário investimento de métodos de ensino-aprendizagem que impulsionem a emancipação e cultivem o pensamento crítico desses profissionais.

Por fim, identificamos como limitação deste estudo a utilização apenas da entrevistas semi-estruturadas como método de coleta de dados para a análise do processo de trabalho. Apesar de proporcionarem informações valiosas e detalhadas, elas limitam a capacidade de capturar de algumas nuances e complexidades do processo de trabalho em enfermagem. Métodos adicionais de coleta de dados, como observação direta ou grupos focais, poderiam ter proporcionado uma visão mais abrangente e traçando uma perspectiva mais abrangente, e confrontando os resultados.

REFERÊNCIAS

- ABREU, T. F. K.; AMENDOLA, F.; TROVO, M. M. Tecnologias relacionais como instrumentos de cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n.5, p. 981–987, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VgC4MPkBmGrbNFNN9FMQZCp/?lang=en#>.
- ACIOLI, S. *et al.* O trabalho da enfermagem na imunização no contexto da crise sanitária brasileira. In: SILVA, T. M. R.; LIMA, M. G. (orgs.). **Estratégias de vacinação contra a COVID-19 no Brasil: capacitação de profissionais e discentes de enfermagem**. Brasília, DF: Editora ABEn, 2021. p. 5-13. (Série Enfermagem e Pandemias, 6). Doi: <https://doi.org/10.51234/aben.21.e08.c01>.
- ALAGOAS. **Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19**. N° 1089. Maceió, 2023. Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde CIEVS/AL. Secretaria de Estado da Saúde. Boletins diários da Covid-19 - Fevereiro, 2023. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/covid-19/>.
- ALBERNAZ, A. L. G.; COUTO, M. C. V.. A puericultura no SUS: o cuidado da criança na perspectiva da atenção integral à saúde. **Saúde debate**, v. 46, n. espe 5, p. 236–248, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9R7dvgqFQNQLHtndgLjDYDS/#>.
- ALI, H. A. *et al.* Vaccine equity in low and middle income countries: a systematic review and meta-analysis. **Int J Equity Health**, v. 21, n. 82, p. 1-49, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01678-5>.
- ALVARENGA, J. P. O.; SOUSA, M. F. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba–Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde debate**, v. 46, n. 135, p. 1077-1092, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2022.v46n135/1077-1092/>.
- ALVES, R. M. M. *et al.* Consulta de puericultura: o olhar sobre a prática do Enfermeiro. **Rev. Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 7, n. 1, p. 187–190, 2019. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/655>.
- ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 42, n. 29, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e180/>.
- ALMEIDA, R. N. *et al.* Gerenciamento na Saúde da Família: desafios e estratégias frente à COVID-19 na perspectiva de enfermeiros. **APS EM REVISTA**, v. 4, n. 3, p. 196–207, 2022. Doi: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i3.253>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/253>.
- AMORIM, L. P. *et al.* Preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança nos serviços de saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/jcps7xwkCLW9CSRZ3JcHBWF/?lang=pt#>.

ARAÚJO, C. M. M. O. *et al.* Políticas Públicas e a Primeiríssima Infância: avanços, limites e desafios. **Res., Soc. Dev.**, v. 10, n. 12, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20184>.

ARAÚJO, J. P. *et al.* Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 3, p. 1366–1372, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/46TyRwg84HzMRVmKsSTDv5d/#>.

BRASIL. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde, p. 1-80, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Legislação para o Exercício da Enfermagem, 1986. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Presidência da República, 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF): Presidência da República, 1990b.

BRASIL. **Maceió promove atenção primária no Nordeste, com melhor desempenho entre as capitais da região.** Maceió, 2022a. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Ministério da Saúde. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/19256>.

BRASIL. **BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO ESPECIAL - Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19.** Versão 2. Brasília - DF, 2022b. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde.

BRASIL. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização.** 4. ed. Brasília - DF, 2010. Editora do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf.

BRASIL. **Portaria 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. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 31 de agosto de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação. Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília-DF, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Política-Nacional-de-Atenção-Integral-à-Saúde-da-Criança-PNAISC-Versão-Eletrônica.pdf>

BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília, 2018. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmninnkcbpcqjclpkefndmkaj/https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf

BRASIL. **Portaria nº 467, de 20 de março de 2020.** Dispõe sobre a autorização de uso da telemedicina em caráter excepcional e temporário, para fins de prevenção e enfrentamento à pandemia de COVID-19. Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt/portaria%20n%C2%BA%20467-20-ms.htm.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 102, de 20 de janeiro de 2022.** Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previnde Brasil. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília - DF, 2022c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt0102_21_01_2022.html.

BERTUSSO, F. R.; RIZZOTTO, M. L. F. PMAQ na visão de trabalhadores que participaram do programa na Região de Saúde do Paraná. **Saúde debate**, v. 42, n. 117, p. 408-419, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200408&lng=en&nrm=iso.

BENÍCIO, A. L. *et al.* Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do enfermeiro na puericultura. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 10, n. 2, p. 576-584, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10992>.

BRANQUINHO, I. D.; LANZA, F. M. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 8, n. 1, 2018. Doi: <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2753>.

BRITO, G. V. *et al.* Consulta de puericultura na Estratégia Saúde da Família: percepção de enfermeiros. **Revista de APS**, v. 21, n. 1, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16040>.

CABRAL, E. R. M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **InterAm. J. Med. Health**, v. 3, p. 1-6, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/44753>.

CABRAL, I. E. *et al.* Vulnerabilidades em saúde da criança durante a pandemia da COVID-19 no Brasil e em Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 29, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/188088>

CAETANO, R. *et al.* Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19: uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n.5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/swM7NVTrnYRw98Rz3drwpJf/#>.

CARDOSO, M. C. S. L. *et al.* Maternal knowledge about childcare during the COVID-19 pandemic: a qualitative approach. **Online Braz. J. Nurs.** v. 21, supl. 2, 2022. Doi: <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226555>.

CARDOSO, AC *et al.* Desafios e potencialidades do trabalho de Enfermagem em Consultório na Rua. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e3045, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/rBRjDhLPvmbMmnjMB79L6Jx/?lang=en#>

CARVALHO, J. R.; OLIVEIRA, V. H. **Pesquisa de Condições Socioeconômicas e Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher - PCSVDF**. Fortaleza, 2017. Relatório Executivo II - Primeira Onda - 2016. Instituto Maria da Penha - IMP. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2017/11/violencia_domestica_trabalho_ago_17.pdf.

CASTRO, D. M. *et al.* Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5tqLFcwZ6qCthTMGwFBswzM/?lang=pt#>.

CAMPOS, C. J. G; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em estudos que utilizam o método clínico-qualitativo: aplicação e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 259–264, 2009. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/ncc5MZ9hYGGhQXDgXW7sVnb/?lang=en#>.

CAVALHEIRO, A. P. G.; SILVA, C. L.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. **Enferm Foco**, v. 12, n. 3, p. 540-545, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4305>.

CECÍLIO, L. C. O. O cuidado em saúde. Curso de Especialização em Saúde Mental. UNIFESP, 2016.

CELUPPI, I. C. *et al.* Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n.3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/rvdKVpTJq8PqTk5MgTYTz3x/?lang=pt#>.

CÉSARE, N. *et al.* Longitudinal profiling of the vaccination coverage in Brazil reveals a recent change in the patterns hallmarked by differential reduction across regions. **Int J Infect Dis.**, v. 98, p. 275-280, 2020. Doi: 10.1016/j.ijid.2020.06.092.

CHRISTOFFEL, M. M. *et al.* Children's (in)visibility in social vulnerability and the impact of the novel coronavirus (COVID-19). **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, supl. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/FvPpnmWqdmPWKK7cvqfHwxk/?lang=pt#>.

CIRINO, F. M. S. B. *et al.* Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 1-14, 2021. Doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2665](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2665). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2665>.

COFEN. **Resolução nº 634, de Março de 2020**. Dispõe sobre a atuação do Enfermeiro na Teleconsulta e na Teleorientação durante a pandemia pelo COVID-19. Conselho Federal de Enfermagem. Diário Oficial da União: Brasília-DF, 2020. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-0634-2020_78344.html.

COSTA, L. S. *et al.* Tecnologias de informação e comunicação: interfaces com o processo de trabalho da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 75, n. 2, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5Bq7yYJcKzfCZms5KqTWd8c/?lang=pt#>.

DAVID, H. M. S. L. *et al.* O enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: Mendonça, M. H. M. *et al.* (Orgs.), **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 283-307.

DOMINGUES, C. M. A. S. *et al.* 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. **Cad. de Saúde Pública**, v. 36, n.2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XxZCT7tKQjP3V6pCyywtXMx/#>.

ESMERALDO, G. R. O. V. *et al.* Tensão entre o modelo biomédico e a Estratégia Saúde da Família: visão dos trabalhadores de saúde. **Revista de APS**, v. 20, n. 1, p. 98-106, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15786>.

FERREIRA, F. A. *et al.* Consulta de puericultura: problemas encontrados em menores de 2 anos. **Rev. Enferm. UFPE online**, v. 13, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049353>.

FERREIRA, S. R. S. *et al.* O processo de trabalho da enfermeira, na atenção primária, frente à pandemia do novo coronavírus- sars-cov-2. In: TEODÓSIO, S.S.C.S; LEANDRO, S.S. (Orgs.). **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**. 2. ed. Brasília, DF: Editora ABEn/DEAB, 2021. p.18-25. (Série Enfermagem e Pandemias, 3). Doi: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c03>.

FERRI, S.; FIGUEIREDO, M. R. B.; CAMARGO, M. E. B. A triagem neonatal na rede de atenção básica à saúde no município de Canoas/RS. **Aletheia**, v. 53, n. 1, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942020000100008.

FINKLER, A. L. *et al.* O CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: INFLUÊNCIA DA ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO. **Rev. Varia Scientia - Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 8–16, 2015. Doi: <https://doi.org/10.48075/vscs.v1i1.11726>. Disponível em: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/11726>.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. *et al.* (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 55-124.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 1-366.

FREITAS, J. L. G. *et al.* Preenchimento da caderneta de saúde da criança na primeira infância. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, v. 32, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8407>.

FLÔRES, G. M. S. *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, p. 237-247, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100237&lng=en&nrm=iso.

FIGUEIREDO, D. C. M. M.; SHIMIZU, H. E.; RAMALHO, W. M. A Acessibilidade da Atenção Básica no Brasil na avaliação dos usuários. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 288–301, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/PbCQmjwY5YBRHKDdytKtDCx/?format=html&lang=pt#>.

FILHO, A. C. A. A.; ROCHA, S. S.; GOUVEIA, M. T. O. Possibilidades para a integralidade do cuidado da criança na atenção básica. **Rev. Cubana Enfermer.**, v. 35, n. 1, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1149860>.

FIOCRUZ. COVID-19 e saúde da criança e do adolescente. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). **Ministério da Saúde**, p. 1-69, 2020a. Disponível em: https://www.iff.fiocruz.br/pdf/covid19_saude_crianca_adolescente.pdf

FIOCRUZ. COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ). **Ministério da Saúde**, p. 1-150, 2021. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/Covid_edu_v2.pdf.

FIOCRUZ. Saúde Mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19: CRIANÇAS NA PANDEMIA DA covid-19. Fundação Oswaldo Cruz- FIOCRUZ. **Ministério da Saúde**, p. 1-17, 2020b. Disponível em: https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/05/crianc%cc%a7as_pandemia.pdf

FIOCRUZ. Observa Infância: Bahia concentra internações de bebês por desnutrição. Comunicação e informação. **Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ**, 2023. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/observa-infancia-bahia-concentra-internacoes-de-bebes-por-desnutricao>.

FONSECA, J. F. *et al.* Informação sobre infecções por Coronavírus na saúde da criança. **Rev. enferm. UFPE on line**, v. 15, n. 1, p. 1-18, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/246480/37800>.

FONSECA, R. M. G. S.; FORNARI, L. F.; LOURENÇO, R. G. Desafios da atenção básica no cuidado à população em tempo de pandemia. *In*: TEODÓSIO, S. S. S.; LEANDRO, S. S. (orgs.). **Enfermagem na atenção básica no contexto da COVID-19**. 2. ed. Brasília, DF:

Editora ABEn, 2020. p. 4-10. (Série Enfermagem e Pandemias, 3). Doi: <https://doi.org/10.51234/aben.20.e03.c01>.

GALHARDI, C. P. *et al.* Fake news e hesitação vacinal no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1849-1858, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.24092021>.

GÓES, F. G. B. *et al.* Contribuições do enfermeiro para as boas práticas no cuidado à criança: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, supl. 6, p. 2808-2817, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hxp7YNW6Fq43ZP3G6CPKp9d/?lang=en#>.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO, 1994.

GUBERT, F. A. *et al.* Qualidade da Atenção Primária à Saúde infantil nos estados da região Nordeste. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1757–1766, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/R4Yz8T8W7dZpdfKbKWC5KBt/?format=html&lang=pt#>.

GARCIA, I.; NEPONUCENO, A. Em falta, cadernetas de vacinação são vendidas em papelarias e até pela internet chegando a R\$ 80; venda é proibida. **G1, MATO GROSSO**. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/mt/mato-grosso/noticia/2021/12/28/em-falta-cadernetas-de-vacinacao-sao-vendidas-em-papelarias-e-ate-pela-internet-chegando-a-r-80.ghtml>.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto-Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 258-265, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dbP73tQnG84YvsjS943pW9r/abstract/?lang=pt>.

IPEA. Nota Técnica n. 70 - Proteção de crianças e adolescentes no contexto da pandemia da Covid-19: consequências e medidas necessárias para o enfrentamento. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada- IPEA. **Ministério da Economia**, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10041>.

JUSTINO, D. C. P. *et al.* Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 71-88, 2019. Doi: 10.21680/2446-7286.2019v5n1ID17946. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17946>.

LEITÃO, T. S. *et al.* Fragilidades no cuidado à criança na atenção primária em tempos de COVID-19. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 22, p. 1-7, 2022. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=2238-202X-sobep-22-eSOBEP2022010.xml&lang=pt-br>.

LIMA, A. M. P. *et al.* Evolução das políticas relacionadas à publicidade no âmbito da atenção primária à saúde (APS) no Brasil. **SciELO Preprints**, p. 1-35, 2022. Doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4524>. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/4524>.

LIMA, B. F. C. *et al.* As Dimensões do cuidado no processo de trabalho dos enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. **Boletim Epidemiológico Paulista - BEPA**, v. 17, n. 202, p. 1–20, 2020. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/BEPA182/article/view/34259>.

LEITE, I. S. *et al.*, A evolução das coberturas vacinais brasileiras e os impactos provocados pela pandemia de Covid-19 nas metas de imunização. **Res., Soc. Dev.**, v. 11, n. 11, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33041>.

LOBE, B.; MORGAN, D. L.; HOFFMAN, K. A. Qualitative data collection in an era of social distancing. **Int. J. Qual. Methods.**, v. 19, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1609406920937875?%5D>.

MACEDO, Y. M.; ORNELLAS, J. L.; BOMFIM, H. F. COVID-19 NAS FAVELAS E PERIFERIAS BRASILEIRAS. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 2, n. 4, p. 50–54, 2020. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/149>.

MACEIÓ. **Informe epidemiológico covid-19**. N. 281. Maceió, 2022a. Secretaria Municipal de Saúde. Boletins epidemiológicos - 20 de janeiro de 2022. Diretoria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <://maceio.al.gov.br/uploads/documentos/Boletim-covid-19-n.o-281-20-de-janeiro-de-2022-SE2.pdf>.

MACEIÓ. Caderneta da criança volta a ser distribuída na rede pública de saúde de Maceió. Secretaria Municipal de Saúde. **Prefeitura de Maceió**, 2022b. Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/noticias/sms/caderneta-da-crianca-volta-a-ser-distribuida-na-rede-publica-de-saude-de-maceio>.

MACEIÓ. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Maceió, 2018. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Maceió. Diretoria de Gestão e Planejamento em Saúde/Coordenação Geral de Planejamento. Disponível em: <https://maceio.al.gov.br/uploads/documentos/PLANO-MUNICIPAL-ATUALIZADO-EM-18-09-20181.pdf>.

MACIEL, N. A. *et al.* Evolução das vacinas no Brasil. **Brazil. J. Development**, v. 8, n. 10, p.70411-70431, 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/53689>

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro avanço ou retrocesso. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1181-1188, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/#>.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 123-30, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4297>

MENDES, Á.; CARNUT, L.; GUERRA, L. D. S. Reflexões acerca do financiamento federal da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, v. 42, n.1, p. 224–243, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/F95jdgvrRBmBzh4CJXdXBJDh/abstract/?lang=pt#>.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS, 2015. p. 1-193. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>.

MENDES, E. V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da COVID-19 ou o paciente invisível**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2020. p. 1-91. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223372>.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cad. Pesqui.**, v. 47, n. 165, p. 1044–1066, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/ttbmyGkhjNF3Rn8XNQ5X3mC#>.

MERHY E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 1-192.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-394033>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 1-416.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Alagoas: 40 internações de bebês menores de um ano por desnutrição foram registradas no estado em 2022**. 2023. Ministério da Saúde. Infância e Saúde. Governo Federal Brasileiro. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias-para-os-estados/alagoas/2023/fevereiro/alagoas-40-internacoes-de-bebes-menores-de-um-ano-por-desnutricao-foram-registradas-no-estado-em-2022>.

MIRANDA, F. M. D. A. *et al.* Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente ao covid-19. **Cogitare Enferm.**, v. 25, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/72702>.

MONTEIRO, M. G. A. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura na perspectiva de mães atendidas pela estratégia saúde da família. **Rev. baiana enferm.**, v. 34, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100353&lng=pt&nrm=iso.

MOTA, J. A.; Aguiar, R. S. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. **Rev. Nursing**, v. 23, n. 262, p. 3648-3651, 2020. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/488/462>

NCPI. **Prevenção de violência contra crianças**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2023. Núcleo Ciência Pela Infância - NCPI. Disponível em: <https://ncpi.org.br/publicacoes/wp10-violencia/>.

NOBRE, R.; GUERRA, L. D. S.; CARNUT, L. Hesitação e recusa vacinal em países com sistemas universais de saúde: uma revisão integrativa sobre seus efeitos. **Saúde debate**, v. 46,

n. especial 1, p. 303–321, 2022. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/c8hrnYQCYB4gPxjhF5jGtbv/#>.

NUNCIARONI, A. T. *et al.* Enfermagem na APS: contribuições, desafios e recomendações para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família. **APS EM REVISTA**, v. 4, n. 1, p. 61–80, 2022. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v4i1.234>. Disponível em:
<https://apsemrevista.org/aps/article/view/234>.

OLIVEIRA, C. C.; GUERRA, L. D. S. Saúde global e crises sanitárias: análise das ações de enfrentamento da pandemia por covid-19 e suas consequências econômicas. **J. Manag. Prim. Health Care**, v. 12, n. espec., p. 1–2, 2020. Doi: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v12.1084>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/1084>.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Análise da estrutura de uma unidade de saúde da família sob a perspectiva da ambiência. **Revista de APS**, v. 17, n. 4, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15302>.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. *In*: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA, F. N. (Org.). **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PAULA, M de *et al.* Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 454–462, 2014.

PANIZZI, M. *et al.* Reestruturação produtiva na saúde: atuação e desafios do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Saúde debate**, v. 41, n.112, p. 155–170, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/q8vPsB7MGY9CXtzW59wFwRt/?lang=pt>.

PEREIRA, F. Z. *et al.* Mortalidade Infantil e sua relação com as políticas públicas em saúde sob o olhar dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável no Estado de Goiás. **Brazil. J. Health Review**, v. 4, n. 1, p. 3331–3348, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/24957/0>.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 5, p. 739–744, set. 2009. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/reben/a/SZLhTQGyxHDZKfdzZDBhRPS/#>

PRIMEIRA INFÂNCIA PRIMEIRO. Painel de dados da primeira infância no Brasil. **FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL**. 2023. Disponível em:
<https://primeirainfanciaprimeiro.fmcsv.org.br/dados/brasil/>.

PROCIANOY, G. S. *et al.* Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 969–978, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HRMwSZF7GT96MMx7pBTJfkD/#>.

RODRIGUES, B. G. S. *et al.* Evaluation of the quality of filling out the child's health booklet. **Res., Soc. Dev.**, v. 11, n. 16, p. 1–10, 2022. Doi: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i16.36315>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/36315>.

RODRÍGUEZ A.M.M.M. *et al.* Atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: possibilidades para operar as necessidades de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190704, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Ghd8cvDh5h9SzLNR7xRNh8s/?lang=en#>

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 60, n.2, p.221-224, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>.

SATO, A. P. S. Pandemia e cobertura vacinal: desafios do retorno às escolas. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, p. 115-123, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/FkQQsNnvMMBkxP5Frj5KGgD/?lang=pt#>.

SANTOS, I. L. F.; GAÍVA, M. A. M.; SALGE, A. K. M. Utilização da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 20, p.1-10, 2018. Doi: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.49053>. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/49053>.

SANTOS, D. S.; MISHIMA, S. M.; MERHY, E. E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 23, n. 3, p. 861–870, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/s9bmJspgCcykVW6gddLytdG/#>.

SANTOS, E. C. G. *et al.* Reflexões em torno do trabalho, da saúde e a Enfermagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 14, n. 17, 2020. Disponível em: <https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/1068>.

SANTOS, L. R. *et al.* Assistência pré-natal durante a pandemia de Covid-19: uma revisão integrativa. **Res., Soc. Deve.** v. 11, n. 16, p. 1-14, 2022. Doi: 10.33448/rsd-v11i16.37734. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37734>.

SANTOS, R. O. M.; ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 1-18, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GNjxJkJFNrHNxGVBNSdjMFJ/?format=pdf>.

SESAU/AL. Relatório de Desempenho da Qualidade Assistencial do SUS em Alagoas - 2º Semestre de 2021. **Secretaria de Estado da Saúde – SESAU/AL**. Alagoas, p. 1-237, 2022. Disponível em: https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2022/01/RDQA-SESAU_2021.2_COMPLETO_compressed.pdf.

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, supl. 2, p. 3781-3786, 2021. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/programa-previne-brasil-o-apice-das-ameacas-a-atencao-primaria-a-saude/17535?id=17535>.

SIEGA, C. K. *et al.* Vivências e significados da Consulta do Enfermeiro em puericultura: análise à luz de Wanda Horta. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 10, p. 1-21, 2020. Disponível em:

https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/41597/html_1.

SILVA, G. N.; CARDOSO, A. M. O papel do enfermeiro na redução da mortalidade infantil por meio do acompanhamento de puericultura na atenção básica. **Rev. Cien. Escol. Estad. Saud. Publ. Cândido Santiago - RESAP**, v. 4, n. 1, p. 91-99, 2018. Disponível em: <https://www.revista.esap.gov.br/index.php/resap/article/view/69>.

SILVA, G. S. FERNANDES, D. R. F.; ALVES, C. R. L. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3185-3200, 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020258.27512018>.

SILVA, J. J. D.; BRUNO, M. A. P.; SILVA, D. B. D. N. Pobreza multidimensional no Brasil: uma análise do período 2004-2015. **Brazil. J. Polit. Econ.**, v. 40, n. 1, p. 138–160, jan. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rep/a/xqBvfZ5JqBZHvYqnFMNCcWv/?lang=pt#>.

SILVA, M. M. *et al.* Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 32, n. 2, p. 175-179, 2020. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20201004_092943.pdf

SILVA, S. A. A Pandemia de Covid-19 no Brasil: a pobreza e a vulnerabilidade social como determinantes sociais. **Rev. Franco-Brasileira de Geog.**, v.1, n. 52, 2021. Disponível em: <https://journals.openedition.org/confins/40687?lang=pt>

SILVA, W. R. S. *et al.* A gestão do cuidado em uma unidade básica de saúde no contexto da pandemia de Covid-19. **Trab. Educ. Saúde**, v. 19, n.1, p. 1-16, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/PDVNj7xLyJGYPxJvwVVFHDQ/#>.

SOUZA, C. D. F. *et al.* Novo século, velho problema tendência da mortalidade infantil e seus componentes no Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Colet.**, v. 29, n. 1., 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129010340>.

SOUZA, D; LIRA, P. V. R. A. A saúde dos trabalhadores em O Capital. **SER Social**, v. 24, n. 51, p. 490–506, 2022. Doi: <https://doi.org/10.26512/sersocial.v24i51.37057>. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/37057.

SUVISA. **Informe Epidemiológico - Monitoramento da Emergência - COVID-19**. N. 698. Maceió, 2022. CIEVS - Centro de Informações Estratégicas e Resposta em Vigilância em Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde - SUVISA. Boletins diários da Covid-19 - 02 fev. 2022. Disponível em: <https://www.saude.al.gov.br/wp-content/uploads/2022/02/Informe-Epidemiologico-COVID-19-no-698-02-02-2022.pdf>.

SHIBUKAWA, B. M. C. *et al.* Repercussões da pandemia de COVID-19: assistência da população pediátrica na Atenção Primária à Saúde. **Rev. RENE**, v. 23, 2022. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/65158>.

TOMASIELLO, D. B. *et al.* **Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras**. 1º edição. Brasília: Editora - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2021. p. 1-35. Disponível em:

https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11454/1/td_desigualdades_raciais_renda_publicacao_preliminar.pdf.

TOSO, B. R. G. O. *et al.* Ações de Enfermagem no cuidado à criança na atenção primária durante a pandemia de COVID-19. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 20, n. spe., p. 6-15, 2020. Disponível em: <https://journal.sobep.org.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=2238-202X-sobep-20-spe-0006.xml&lang=pt-br>

TOUCHTON, M. *et al.* A partisan pandemic: state government public health policies to combat COVID-19 in Brazil. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 6, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8182751/#R10>.

UNICEF. Desigualdades e impactos da covid-19 na atenção à primeira infância. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. **Fundação Maria Cecília Souto Vidigal**, p. 1-118, 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/desigualdades-e-impactos-da-covid-19-na-atencao-a-primeira-infancia>

UNICEF. As Múltiplas Dimensões da Pobreza na Infância e na Adolescência no Brasil. **Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF**, p.1-26, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatorios/as-multiplas-dimensoes-da-pobreza-na-infancia-e-na-adolescencia-no-brasil>.

VÉRAS, J. C. M. *et al.* Avaliação da cobertura vacinal infantil durante a pandemia de SARS-CoV-2 na Paraíba. **Brazil. J. Health Review**, v. 6, n. 1, p. 3739–3751, 2023. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n1-289>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/57360>.

WHO. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. 2022. World Health Organization. Disponível em: <https://covid19.who.int/>.

WINCKLER, M. G. S.; ZIONI, F.; JOHNSON, G. A. Necessidades de saúde: uma análise temporal sobre as representações sociais do conceito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 3, 2021. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/en/biblio-1346726>.

WORLD ECONOMIC FORUM. Our healthcare system is failing people without Covid-19. It's time to adress the hidden third wave. Global agenda. **World economic forum**, 2020. Disponível em: <https://www.weforum.org/agenda/2020/06/third-wave-covid-19-coronavirus-pandemic-rare-disease-cancer-screening-preventive-care/>.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Parte 1 – Preparação do campo para a entrevista

1. Preparando o participante para a áudio gravação da entrevista – Explicar a razão de precisar gravar, que sua voz será ouvida somente pelas pesquisadoras; que ele poderá interromper a gravação na hora que achar conveniente e que a transcrição lhe será apresentada para que confirme se permitirá seu uso na pesquisa;
2. Preparando a entrevista: Declarar o objeto do estudo, os objetivos e os resultados esperados. Perguntar se o sujeito concorda em conceder a entrevista, se cederá a entrevista para uso na pesquisa e se concorda em doar seu depoimento para uso em pesquisas futuras, desde que seu anonimato seja preservado.
3. Garantindo o respeito à autonomia do sujeito para participar da pesquisa: certificar-se de que o participante está suficientemente esclarecido pelas informações no TCLE e prestar as informações que ainda forem necessárias

Parte 2 - Caracterização dos Participantes

1. Qual sua idade? _____
2. Gênero declarado: () masculino () feminino () outro
3. Qual o seu maior nível de escolaridade?
() auxiliar/técnico () superior () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado
5. Qual a área da sua formação profissional/acadêmica? _____
6. Em qual Distrito Sanitário você trabalha? _____
7. Em qual Unidade de Saúde ou outro local você trabalha? _____
8. Quanto tempo tem de atuação na Atenção Básica _____
9. Qual o tempo de atuação nesta unidade? (Considerar tempo em outros locais de trabalho no atual cargo) _____

Parte 3 - Questões norteadoras

As perguntas a seguir são destinadas a compreender como foi organizado o trabalho durante a pandemia da COVID-19 no acompanhamento à criança.

1. Como era organizado o acompanhamento da criança antes da pandemia por COVID-19? (Quais os outros profissionais estão envolvidos nesse cuidado? Quais as ações e atividades faziam parte do acompanhamento da criança? Até que idade as crianças eram atendidas e como era esse agendamento?)
2. Antes da pandemia COVID-19, quais eram seus principais desafios para o acompanhamento da criança?
3. Você conhece o manual da SAE na linguagem CIPE® para a Atenção Básica de Maceió? Foi capacitada para usar? Você utiliza o manual em sua prática profissional?

4. Como você passou a organizar o seu trabalho de acompanhamento a criança durante a pandemia por COVID-19? Quais os outros profissionais estão envolvidos nesse cuidado? (Quais os outros profissionais estão envolvidos nesse cuidado? Quais as ações e atividades faziam parte desse cuidado? Até que idade as crianças são atendidas e como é feito esse agendamento?)
5. Com a pandemia quais os principais desafios enfrentados para realizar o acompanhamento das crianças, você utiliza alguma estratégia para driblar esses desafios?
6. Como tem sido o atendimento a casos suspeitos de SG às crianças?

Observações (algo a acrescentar, ressaltar)?

Parte 4 – Encerramento da entrevista

1. Perguntar mais uma vez se gostaria de dizer mais alguma coisa ou fazer alguma pergunta
2. Pedir compreensão e autorização para completar alguma pergunta da entrevista se for necessário
3. Agradecer a participação do sujeito ressaltando como sua participação foi importante para o estudo
4. Encerrar a entrevista desligando a videogravação, despedir-se e sair do campo.

APÊNDICE - B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **O processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) no cuidado à criança na Atenção Básica no contexto da pandemia por covid-19**, dos pesquisadores Aline Costa Cardoso, mestranda, responsável por sua execução e da Prof^a Dra. Ingrid Martins Leite Lúcio e Prof^a Dra. Ana Carolina Santana Vieira. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a analisar o processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) no cuidado à criança na Atenção Básica no contexto da pandemia por COVID-19.
2. A importância deste estudo está relacionada ao saber organizar o processo de trabalho no cuidado à criança e constitui-se um estudo de interesse para a enfermagem, pois aborda a atuação direta desse profissional dentro de seu contexto de trabalho e em relação à sua conduta perante a criança e sua família no âmbito da Atenção Básica.
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: maior compreensão sobre a maneira como a enfermeira(o) organiza seu processo de trabalho no cuidado à criança, que poderá promover um novo olhar sobre o trabalho do enfermeiro no cuidado à criança na Atenção Básica, reconhecendo seus principais desafios e potencialidades.
4. A coleta de dados começará em maio de 2022.
5. O estudo será feito da seguinte maneira: A primeira etapa desta pesquisa será a coleta de dados através de entrevistas individuais com os enfermeiros que atuam na Atenção Básica, para realização da entrevista, a pesquisadora utilizará o roteiro semiestruturado, o qual contém questões norteadoras. A segunda etapa será a interpretação das informações, onde irá ocorrer a transcrição das entrevistas e interpretação do conteúdo. Na terceira etapa será ofertada uma intervenção juntamente aos participantes ao final da pesquisa, utilizando os resultados com subsídio. O momento ocorreu através de um encontro online na plataforma Google Meet® com o Tema: “Cuidados de enfermagem à criança na Atenção Básica”, onde eles poderão construir em conjunto esclarecimentos sobre essa temática e compartilhar soluções para o fortalecimento do trabalho do enfermeiro junto às crianças e suas famílias na puericultura.
6. A sua participação será concedendo entrevista, a qual será realizada em data e local escolhidos pelo entrevistado. A pesquisadora intermediará o encontro para a entrevista, com contato pessoal prévio comigo, se apresentando, falando a respeito da sua pesquisa e me dando liberdade para fazer as perguntas que achar conveniente. Depois o entrevistado decidirá sobre qual a melhor data e local para a entrevista, momento em que a pesquisadora irá preparar o entrevistado para a gravação e seu depoimento e caso deseje, será convidado a participar do encontro ao fim da pesquisa com o Tema: “Cuidados de enfermagem à criança na Atenção Básica”.
7. Os incômodos e possíveis riscos à sua saúde física e/ou mental são: risco de se cansar, entediar ou se emocionar durante a entrevista, medo de expor questões inerentes ao processo de trabalho, sentir-me envergonhada em responder alguma pergunta formulada pela pesquisadora ou ainda confessar esquecer, constrangendo-me em não colaborar como gostaria. E pela quebra de sigilo, minimizado pela apresentação anônima dos dados, se ainda assim o sigilo for quebrado, os dados serão descartados para minimizar os desconfortos, a pesquisa será feita com cuidado, respeitando a privacidade dos participantes
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente, são: o sentimento de ter dado voz às minhas angústias e inquietações. Falando sobre este assunto, por meio deste estudo, os resultados dessa pesquisa irá subsidiar um curso de atualização sobre o cuidado da criança na Atenção Básica vislumbrando contribuir com a melhoria da qualidade da assistência à criança.
9. Você poderá contar com a seguinte assistência: suspensão da observação sem qualquer julgamento da prática profissional. Além disso, a garantia de que os dados coletados terão a finalidade restrita à pesquisa.
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
12. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você.
13. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa.
14. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu, tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço da equipe da pesquisa (OBRIGATÓRIO):

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, CEP: 57072-970, Maceió – AL
 Complemento: Escola de enfermagem
 Telefone: (82)3241-1052

Contato de urgência: Sra. Aline Costa Cardoso

Instituição: Universidade Federal de Alagoas
 Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, CEP: 57072-970, Maceió – AL,
 Complemento: Escola de Enfermagem
 Telefone: (82)99952-0077 / Horário de atendimento 08:00 as 18:00H
 Email: aline.cardoso@eenf.ufal.br

ATENÇÃO: O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao:

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas
 Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento: das 8:00 as 12:00hs.
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Maceió, de de .

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Aline Costa Cardoso Pesquisadora Principal (Rubricar as demais páginas)

ANEXO I - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO DO(A) ENFERMEIRO(A) NO CUIDADO À CRIANÇA NA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTEXTO DA PANDEMIA POR COVID-19

Pesquisador: Aline Costa Cardoso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58011922.4.0000.5013

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem e Farmácia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.543.378

Apresentação do Projeto:

Estudo que tem como objeto o processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) no cuidado à criança na Atenção Básica durante a pandemia da covid-19. Tem como objetivo analisar o processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) no cuidado à criança na Atenção Básica no contexto da pandemia por covid 19. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritivo analítica que terá como participante deverá ser Enfermeiro(a) vinculado à Atenção Básica do município de Maceió, e que atuou no cuidado à criança durante a pandemia da covid-19. As informações serão produzidas através de entrevistas, com o auxílio de roteiro semiestruturado que serão audiogravadas, as quais serão transcritas e lidas exaustivamente em busca de núcleos de sentido de onde emanarão as categorias elucidativas que permitirão alcançar os objetivos propostos. Os resultados serão interpretados à luz dos conceitos de Processo de Trabalho em Enfermagem de Maria Cristina Sanna. Espera-se contribuir para reflexões sobre o Processo de trabalho dos Enfermeiros no cuidado à criança na Atenção Básica. Descritores: Enfermagem. Processo de trabalho. Saúde da criança. Covid-19

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) no cuidado à criança na Atenção Básica no contexto da pandemia por COVID-19.

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL.

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 57.072-900

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.543.378

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: No que se refere aos participantes, esclarecemos que a participação nesta pesquisa traz alguns riscos mínimos, podendo gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de aspectos relacionados ao seu processo de trabalho e que envolvem as próprias ações ou de outrem, bem como pode haver constrangimento. Em caso de impossibilidade de finalização da entrevista por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora solicitará autorização para estabelecer contato posterior a fim de verificar os possíveis danos ocasionados e proceder quanto a novas orientações.

Benefícios: Quanto aos benefícios, esta pesquisa possibilitará que os gestores, gerentes e Enfermeiros possam implementar melhorias no processo de trabalho no atendimento às crianças na Atenção Básica, bem como reproduzir experiências exitosas entre os participantes dessa pesquisa e que impliquem no aperfeiçoamento da qualidade do cuidado ofertado. Para que haja uma avaliação positiva das evidências científicas geradas pelo estudo é fundamental que os profissionais de saúde estejam envolvidos na investigação durante a aplicação e avaliação de soluções que visem potencializar o processo de trabalho. Sendo assim objetiva-se fazer uma intervenção juntamente aos participantes ao final da pesquisa, através de um encontro online na plataforma Google Meet® com o Tema: "Cuidados de enfermagem à criança na Atenção Básica", onde eles poderão construir em conjunto esclarecimentos sobre essa temática e compartilhar soluções para o fortalecimento do trabalho do enfermeiro juntos as crianças e suas famílias na puericultura. Consequentemente, os resultados da pesquisa vão subsidiar uma intervenção baseada em evidências e na real necessidade dos gestores e profissionais do serviço

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem óbices éticos

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto sem óbice ético.

Em resposta às pendências informadas, seguem as informações necessárias:

PENDÊNCIA 1: No arquivo TCLE.docx

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº 1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.543.378

PENDÊNCIA 1.1: TCLE: REVER o item 9 – “Você poderá contar com a seguinte assistência: suspensão da observação sem qualquer julgamento da prática profissional. Além disso, a garantia de que os dados coletados terão a finalidade restrita à pesquisa”, descrevendo neste item o tipo de assistência ao participante da pesquisa e quem irá propiciar a assistência.

Resposta à pendência 1.1: Considerando as recomendações estabelecidas pelo CEP, foi alterado o trecho: mencionado acima e substituído, atendendo a solicitação para descrever a o tipo de assistência e quem ira presta-la. A alteração está na página 1/2. **PENDÊNCIA ATENDIDA!!**
9.Você poderá contar com a seguinte assistência: diante de algum desconforto inesperado, os pesquisadores suspenderão a entrevista e darão apoio emocional, podendo remarcar para outra data, se assim você concordar. Acreditamos que você se sentirá confortável para compartilhar suas concepções e práticas, uma vez que os momentos serão previamente acordados com você. Sendo os responsáveis principais os pesquisadores.

PENDÊNCIA 1.2: “Início da coleta de dados no CRONOGRAMA (julho/2022) está diferente do item 4 do TCLE”.

Resposta à pendência 1.2: Considerando as recomendações estabelecidas pelo CEP, modificamos o item 4 do TCLE. para “ a coleta iniciara em julho.” conforme descrito na plataforma, no projeto e no cronograma. **PENDÊNCIA ATENDIDA!!**

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016:

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S^a. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº 1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS**



Continuação do Parecer: 5.543.378

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012). Aline Costa Cardoso

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1927828.pdf	24/06/2022 14:52:38		Aceito
Outros	Declaracaocumprimentonormaspublicizacaoedestinacao.pdf	24/06/2022 14:51:48	Aline Costa Cardoso	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_infraestrutura.pdf	24/06/2022 14:49:32	Aline Costa Cardoso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOCOMPLETO.pdf	10/06/2022 20:31:25	Aline Costa Cardoso	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	10/06/2022 20:29:34	Aline Costa Cardoso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/06/2022 20:28:30	Aline Costa Cardoso	Aceito
Outros	TERMODECOMPROMISSOda pesquisa.pdf	19/04/2022 19:57:55	Aline Costa Cardoso	Aceito
Outros	TERMODERESPONSABILIDADEECOMPROMISSODOSPESQUISADORES.pdf	19/04/2022 19:56:34	Aline Costa Cardoso	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	19/04/2022 19:55:09	Aline Costa Cardoso	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/04/2022 19:54:01	Aline Costa Cardoso	Aceito

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº 1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 5.543.378

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/04/2022 19:52:21	Aline Costa Cardoso	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	19/04/2022 19:51:11	Aline Costa Cardoso	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 25 de Julho de 2022

Assinado por:

Thaysa Barbosa Cavalcante Brandão
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Longitudinal UFAL 1, nº 1444, térreo do prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC) entre o SINTUFAL.
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3214-1041 **E-mail:** cep@ufal.br