



Universidade Federal Fluminense

ESCUELA DE ENFERMERÍA
AURORA DE AFONSO COSTA



Interfaz entre atención médica infantil y formación profesional: estudio original

Pamela Silva George¹, Donizete Vago Daher², Emília Gallindo Cursino², Adriana Teixeira Reis³, Fabiana Ferreira Koopmans³

1 Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro

2 Universidade Federal Fluminense

3 Universidade Estadual de Rio de Janeiro

RESUMEN

Objetivo: Comprender la efectividad de la línea de atención integral a la salud infantil en la Estrategia Salud de la Familia y sus interfaces entre práctica y formación. **Método:** Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, del tipo estudio de caso, realizada con observación y entrevistas a profesionales médicos y enfermeros. Los datos se analizaron con base en el análisis de contenido temático. **Resultados:** Se generaron tres categorías: Fragilidad de la formación académica ante la salud infantil en la Estrategia Salud de la Familia; Desconexión entre teoría y práctica en relación con la atención de la salud infantil; Entre muchos límites y algunas posibilidades en la implementación de prácticas integrales. **Conclusión:** Las acciones de educación permanente son necesarias para calificar las prácticas, así como la ampliación de las discusiones sobre el tema en la formación académica.

Palabras clave: Cuidado del Niño; Estrategia de Salud Familiar; Capacitación profesional; Capacitación de los recursos humanos en salud .

INTRODUCCIÓN

El escenario de la atención a la salud infantil en Brasil ha sufrido cambios y está en proceso de reorientación hacia un modelo más inclusivo, donde se invita a las familias a participar de manera más activa y desde la perspectiva de la atención integral. Este cambio también está anclado en que aún persisten brechas en el cuidado infantil, en las relaciones organizacionales y administrativas, en el fortalecimiento de las políticas públicas, en el modelo de proceso de trabajo, en el proceso de educación continua en salud y en la formación de recursos humanos (1).

En Brasil, los Ministerios de Salud y Educación, con el objetivo de mejorar la atención de la salud de la población, reorientaron el modelo del Sistema Único de Salud (SUS), comenzando a enfatizar la Atención Primaria de Salud como uno de los espacios importantes para la formación de profesionales. A lo largo de los años, han surgido políticas públicas diferenciadas para atender las necesidades de diferentes segmentos de la población. La salud infantil representa un hito que fortalece la perspectiva de la atención integral. Se muestra como un paso importante hacia el

reconocimiento de los derechos del niño con objetivos más allá de la reducción de la mortalidad infantil, sino por el compromiso de brindar calidad de vida al niño (2).

El cuidado infantil en el SUS pasa por la red asistencial que permite a la población ofrecer una atención continua a través del servicio de salud, percibiendo al usuario como un sujeto con sus propias subjetividades (3).

Delante de eso, elegimos como pregunta de investigación: ¿Los profesionales que atienden a los niños en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) tienen una formación que los instrumentalice para la efectividad de la línea de atención integral para este grupo de población?

Este estudio tiene como objetivo comprender la efectividad de la línea de atención integral a la salud infantil en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) y las interfaces entre la práctica y la formación profesional.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, tipo estudio de caso, realizado entre los años 2016 y 2017, en la ciudad de Rio de Janeiro - RJ. Los trece (13) participantes del estudio

eran profesionales de la salud (médicos y enfermeras) que trabajaban durante más de seis meses en uno de los ocho equipos de la ESF, con prácticas realizadas directamente en la línea de atención integral a la niñez. Se excluyeron los profesionales que estuvieran de vacaciones o de baja durante el trabajo de campo.

Para la captura de los datos se utilizó la observación no participante, a través de una guía construida por los investigadores y una entrevista semiestructurada, con preguntas abiertas para aprehender las percepciones y experiencias de los entrevistados, abordando temas relacionados con la implementación de acciones y estrategias de atención integral de salud para niños.

La investigación fue aprobada por dos Comités de Ética, y obtuvo la aprobación de ambos bajo los dictámenes número 1.922.876 y 2.054.266, respectivamente. Se han cumplido todas las directrices de la Resolución 466/12. Se cumplieron todos los requisitos éticos. Para garantizar el anonimato de los participantes se utilizaron las siglas PM (Profesional Médico) y PE (Profesional Enfermero), seguidas de un

número arábigo (1, 2, 3, ...) según las entrevistas.

Se utilizó un análisis temático para comprender los testimonios. El análisis temático permitió generar tres categorías: 1) Fragilidad de la formación académica en relación a la temática de salud infantil en la ESF; 2) Desconexión entre la teoría y la práctica sobre la atención de la salud infantil; 3) Entre muchos límites y algunas posibilidades en la implementación de prácticas integrales.

RESULTADOS

Los participantes fueron profesionales de la salud: siete médicos y seis enfermeros. El rango de edad varió de 25 a 47 años, con una media de 35 años, revelando profesionales jóvenes, con tiempo de formación entre 1 año y 16 años.

En cuanto al sexo, ocho (61,5%) eran mujeres y cinco (38,5%) hombres, lo que demuestra que el perfil de los profesionales que laboran en Atención Primaria de Salud es mayoritariamente femenino, principalmente en Enfermería, de 23 a 55 años. ⁽⁴⁾

En cuanto a la educación académica, se evidenció que once de los trece encuestados

se graduaron de instituciones de enseñanza privadas. De este total, ocho tenían títulos de posgrado y solo dos tenían formación en Atención Primaria de Salud.

Sin embargo, no hubo entrevistado que hubiera participado en la modalidad de residencia o especialización en salud familiar. En cuanto a los estudios de posgrado, comparando los resultados de nuestra investigación con los resultados del Ministerio de Salud ⁽⁵⁾, según el cual solo el 39,53% de los médicos tenían especialización y el 37,16% completaba la residencia médica, encontramos un grado de especialización de profesionales similar al panorama nacional: 3 (43%) de los médicos tenían una especialización y ninguno tenía una residencia médica. En total, 4 (57%) de los médicos no tenían especialización.

En cuanto al perfil de especialización de los enfermeros, 5 (83%) tenían un curso de especialización en diferentes áreas. Al comparar con la encuesta de la EM en el año 2000 ⁽⁵⁾, que encontró solo el 5,5% de enfermeras especializadas en el panorama nacional de Atención Primaria de Salud (ABS), notamos un grado de especialización de las enfermeras entrevistadas. Solo un

enfermero (17%) no tenía ninguna especialización ni residencia.

Se advierte que existen varias dificultades vividas en el trabajo diario de los profesionales de las unidades de salud de la familia, generadas, por ejemplo, por la rápida expansión de los equipos. ⁽⁶⁾

Un entrevistado PE8 tenía una especialización en gestión en ESF, que se diferencia de la especialización en ESF. El posgrado en gestión tiene el objetivo de formar un profesional capaz de desarrollar habilidades directivas, mientras que la especialización en salud de la familia, por su parte, tiene el objetivo de formar al profesional de la salud para comprender, planificar, ejecutar y evaluar las acciones en salud familiar. ⁽⁷⁾

El tiempo de los entrevistados en la ESF varió de 8 meses a 15 años; la mayoría de los participantes, sin embargo, tenían más de un año de trabajo en la APS. Este es un dato importante, ya que demuestra que los profesionales deben tener experiencia y conocimiento de flujos y protocolos para atender mejor a los niños, considerando, por tanto, su singularidad.

Entre los médicos, el 86% tenía hasta tres años de trabajo y el 43%, menos de un año.

Una encuesta similar fue realizada por el Ministerio de Salud ⁽⁵⁾, y no hubo cambios significativos en este perfil, que anteriormente era del 42,6%. Esto demuestra que existe una alta rotación de estos profesionales en la ESF, lo que compromete el proceso de trabajo, el seguimiento efectivo de la atención integral a los niños y el debilitamiento del vínculo profesional, el conocimiento de los flujos y protocolos y la educación permanente.

En cuanto al tiempo de formación de las enfermeras que laboran en ABS, este es similar a su tiempo en la ESF. Esto demuestra que estos profesionales, al graduarse, se insertan de inmediato en la ESF. Entre los enfermeros, el 17% había trabajado hasta tres años, y la gran mayoría, el 83%, había trabajado durante más de tres años en la ESF. Esta categoría de profesionales tiene un mayor tiempo de trabajo en este nivel de atención y este porcentaje está creciendo, en línea con la investigación realizada por el SM ⁽⁵⁾, que muestra un porcentaje del 44% de enfermeras trabajando menos de un año en la ESF.

DISCUSIÓN

Fragilidad de la formación académica en relación a la salud infantil en la ESF

En relación a esta categoría, pudimos observar que, cuando se les preguntó a los participantes sobre su formación profesional, se cuestionaron su falta de preparación para actuar ante las singularidades que los niños demandan de la APS. Para algunos entrevistados, la formación fue bastante general con respecto a la salud infantil en la APS. Uno de los profesionales destacó, por ejemplo:

[...] No tuve nada en mi educación sobre salud infantil en AB o ESF, solo un pequeño hospital (PM7).

Así, nos dimos cuenta de que los contenidos referentes al cuidado infantil, durante la formación, además de ser reducidos, favorecen la atención hospitalaria, resumiendo los contenidos que subsidiarán las prácticas de APS. Otro entrevistado también afirmó que:

[...] relacionados con la atención primaria de salud infantil, o para trabajar en la ESF no teníamos nada. Solo lo que se acercó un poco más fueron las actuaciones en la clínica que hicimos [...]. Eso fue básicamente todo, durante dos meses en el primer año y durante dos meses en el quinto año. Entonces siempre estuvo contento con los niños ingresados en el hospital.(PM2).

La gran mayoría de los encuestados, 10 de 13 participantes, refirieron que en su

formación académica, los contenidos relacionados con la línea de cuidado infantil en la ESF eran muy frágiles, lo que hoy repercute en sus prácticas profesionales, generando mucha inseguridad y dependencia de otros profesionales. . Se puede observar, por tanto, que los cambios sugeridos por los Lineamientos Curriculares Nacionales (DCN) socializados en 2001 y 2014 no fueron implementados, dado que todos los participantes son egresados luego de la implementación de los DCNs. ⁽⁸⁻⁹⁾

La formación de los profesionales de la salud estuvo guiada por el paradigma biomédico, biologicista y curativo. La educación ofrecida por las escuelas de formación en salud fue desarticulada debido a las necesidades reales de salud de la población brasileña, con modalidades de enseñanza aún en este modelo. ⁽¹⁰⁾ Se nota, por lo tanto, que los contenidos importantes no están muy destacados y trabajados, por ejemplo, determinantes sociales de la salud, territorialidad, vulnerabilidad y atención integral a la niñez asociados al contexto social y familiar, como se evidencia en el comunicado:

[...] En relación a la salud del niño en atención primaria o en la ESF, teníamos muy poco, enfocados casi siempre en

enfermedades transmisibles, enfermedades diarreicas, gripe. Hoy motivo de inseguridad (PE1).

A pesar de algunos esfuerzos y avances, en Brasil, el conocimiento en el campo de la Pediatría todavía enfoca la atención exclusivamente en el individuo y la patología, con mayor énfasis en los niños hospitalizados. La reorientación de la formación de los profesionales es fundamental y urgente, ya sea en el ámbito académico o en los servicios a través de acciones de educación permanente, con la integralidad de las prácticas como guía. Sin embargo, esto se identifica como un desafío importante. ⁽²⁾

Desconexión entre teoría y práctica sobre la atención de la salud infantil

Los profesionales entrevistados señalaron una tenue conexión entre los contenidos ofrecidos y las prácticas realizadas. Así, informaron que la provisión sistemática de capacitación en servicios es una prioridad, ya que no se sienten seguros y competentes para actuar en la práctica, perfilando acciones integrales y en la perspectiva de la singularidad del cuidado infantil en la ESF. Estos informes fueron recurrentes y se pueden ver en el siguiente comunicado:

[...] contaba con una única formación relacionada con la

Pediatría cuyo objetivo era enseñar evaluación en el momento del primer cuidado del niño en la ESF. Pero terminó siendo la mayor parte de esta formación centrada en la atención hospitalaria. (PM11).

Así, se evidenció, tanto en la observación de la investigadora como en los informes, que se redujo la oferta de capacitación específicamente relacionada con la salud infantil. Las encuestadas PE5 y PE8 fueron las únicas en realizar formación relacionada con la lactancia materna, ofrecido por el proyecto "Iniciativa Unidad Básica Amiga de la Lactancia Materna" - IUBAM. Algunos de los entrevistados también informaron que, para paliar sus dudas cuando se presentaban durante las prácticas, recurrieron a los protocolos de salud infantil de la Subsecretaría de Atención Primaria, Vigilancia y Promoción de la Salud (SUBPAV). Sin embargo, no se mencionó el acceso a documentos relevantes que deberían ser familiares para los profesionales que trabajan con niños, por ejemplo: Atención Integrada a las Enfermedades de la Infancia; y Agenda Compromiso de Salud Integral Infantil y Reducción de la Mortalidad Infantil.

Los entrevistados tampoco mencionaron el acceso a políticas de salud dirigidas a la niñez, con el fin de subsidiar mejor sus

prácticas profesionales. Así, se evidencia una práctica profesional con predominio del enfoque técnico-instrumental, lo que indica la urgente necesidad de ampliar la oferta de formación en servicio que supere, exclusivamente, el manejo clínico de la población infantil.

La fragilidad de la formación profesional dentro de la ESF es una realidad, aunque se defiende como herramientas fundamentales, se considera insuficiente.

(11) Los testimonios confirman esta brecha en la oferta formativa:

[...] No tenía ninguna formación específica sobre salud infantil aquí en la ESF. Específicamente para la salud del niño aquí, nunca tuve ningún entrenamiento. Aprendemos en la vida diaria (PM2). No realicé ninguna formación en salud infantil en atención primaria, ni en mi formación ni en el servicio[...] (PE6).

En 2007, el Ministerio de Salud de Brasil, con el fin de minimizar las brechas en la oferta de conocimiento, instituyó el Programa de Telesalud, fomentando la provisión de acciones de educación permanente reorientadas y mejorando las prácticas de los profesionales de la ESF. Sin embargo, ningún entrevistado en este estudio informó haber accedido a dicho Programa, demostrando que el acceso a programas de acción de educación

permanente no es una práctica de los profesionales de la salud. Reafirmando la importancia de acciones de educación permanente en la ESF que trabajen con contenido para la operacionalización de la línea asistencial con resolución.

Entre muchos límites y algunas posibilidades en la implementación de prácticas integrales

Todos los encuestados fueron unánimes al informar que la estructura física de la unidad en la línea de la Clínica de la Familia (CF) es un factor muy positivo para atender las diferentes demandas de los usuarios. El entrevistado PM11, por ejemplo, informa que:

[...] El potencial de este modelo de FQ es la estructura física, que es adecuada para atender al niño y la familia, con una oficina bien equipada y un equipo cohesionado.

La estructura física del CF permite una atención integral y muy resolutive, estando compuesta por elementos esenciales para el cuidado de los usuarios (incluido el niño) y, por tanto, para el trabajo de los profesionales. Estos datos se confirman en el testimonio del entrevistado PE1:

[...] en relación a la estructura física, contamos con diferentes materiales disponibles, una oficina que brinda apoyo para asistir y evaluar al niño y la

familia. Entiendo esto como un potencial.

La distinción entre la estructura física de las unidades de Atención Primaria y la propuesta para la CF es innegable, considerando: el área física; los muebles; la presencia de aire acondicionado; la señalización interna y externa de las unidades; la existencia de equipos informáticos; acceso a internet de banda ancha; la organización del territorio, con mapas digitalizados y los insumos, imprescindibles para la práctica clínica. Los autores enfatizan que esta infraestructura diferenciada es una condición fundamental para asegurar la calidad de la atención de salud. ⁽¹²⁾

Aunque el mayor potencial para la implementación de prácticas se señaló como la estructura física, seis de los entrevistados (PE1, PE6, PE8, PM9, PM12, PE13), destacaron que el intercambio de conocimientos y experiencias entre los profesionales de la ESF ha sido fundamental por la efectividad en el cuidado, especialmente cuando surgen temas complejos para niños con necesidades especiales, generando muchas dudas entre los profesionales. Este hecho se observa en el comunicado de PM9:

[...] Ante cualquier duda en el manejo de un niño, accedo a enfermeras especializadas y analizo juntas las mejores opciones de tratamiento. [Esto atestigua el testimonio]: [...] en situaciones especiales por las que pasé con mis hijos, tuve que pedir ayuda a otras empresas con más experiencia ante cualquier duda en el manejo de un niño accedo a enfermeros especializados y discuto juntas las mejores opciones de tratamiento. [Esto se refuerza con el testimonio]: [...] en situaciones especiales por las que he pasado con niños tuve que pedir ayuda a otros compañeros con más experiencia(PE1).

[...] No me siento apoyado por el especialista [pediatra] de NASF en consultas relacionadas con la salud de niños con necesidades especiales. Si tuviera un pediatra, ayudaría mucho. De hecho, hoy en día el intercambio de conocimientos y la eliminación de dudas se produce entre compañeros de trabajo [...]. No tenía el entrenamiento para eso, ¿entiendes? (PM7).

En la literatura también es posible identificar que la ausencia de algunos profesionales especialistas dentro del ámbito de NASF, como los pediatras, para la realización de la interconsulta a los niños vulnerables, compromete la integralidad del cuidado, la mirada diferente ante la singularidad que esta población necesita, perjudicando, por lo tanto, cuidado holístico. ⁽¹⁴⁾

Otros obstáculos reportados por los entrevistados (más específicamente, PM2, PE4, PE5, PE6, PM7, PE8, PM12, PE13) fueron: citas no programadas, sobrecarga de profesionales, provocando una reducción en el tiempo de cada consulta; agendas superpuestas; y la multiplicidad de atribuciones de los profesionales dentro de la estructura de CF. Al respecto, PE8 informó que esta excesiva demanda ha ido determinando la calidad de la atención ofrecida al niño, imposibilitando, por ejemplo, hacer cumplir el protocolo establecido.

La exigencia es muy alta, y tratas de manejar todo, pero a veces puedes equivocarte, a veces puedes dejar de hacer algunas cosas por falta de tiempo. Llego a casa y pienso: me olvidé del VDRL para el niño con sífilis congénita [...] ¡Dios mío!(PE8).

Acciones que ya han sido ampliamente analizadas, como el gran volumen de cuidados que genera la práctica de ofrecer vía demanda espontánea y cuidados enfocados a acciones biomédicas (diagnóstico y medicalización en detrimento de acciones de promoción de la salud) siguen siendo realidades cotidianas recurrentes y trabajadas en estudios. ⁽¹⁵⁾ Así, se comprueba que, si bien la ESF instituye directrices orientadas a la atención

integral de la salud infantil, con énfasis en la promoción y prevención de enfermedades, aún existen muchas limitaciones organizativas que implican la fragmentación del cuidado infantil y familiar.

En los comunicados de PM7, PE13 y PE4 se destacó la ausencia de una red de atención que funcione y esté decidida a lograr una atención integral a la niñez.

La red de asistencia consume mucho tiempo, tanto en la programación como en las derivaciones posteriores. Y es común escuchar: ah, doctor, ¿la consulta para un lugar lejano? Porque si llego lejos no puedo permitirme ir (PM7).

Incluso con algunas mejoras en el sistema de derivación y contrarreferencia, la Atención Primaria todavía se presenta como una puerta de entrada a la unidad, pero no al SUS. Esto demuestra la deficiencia de la red de derivación, comprometiendo la integralidad del cuidado infantil; hecho que se extiende hasta nuestros días. ⁽¹⁶⁾

La gran vulnerabilidad del territorio inscrito es otra dificultad importante que enfrentan los profesionales, enfatizando en el informe de PE8.

Lo peor es mi territorio, [...] por ejemplo, hay muchos callejones que no tienen alcantarillado, ni saneamiento básico, ni vivienda digna, ni agua potable. Las ratas tienen muchos [...]. La gente

bebe agua de un grifo, luego cómo no enfermarse [...] (PE8).

Se hace necesario unir esfuerzos a través de una red asistencial sólida y eficaz, en un intento de actuar en situaciones que van más allá de la acción de los profesionales de la salud, de manera individual. Trabajar en la ESF, ante tantas vulnerabilidades sociales y sanitarias, es quizás una de las acciones más complejas, la gama de acciones de los actores involucrados en el proceso. Los autores enfatizan que la vulnerabilidad se suma a los valores biológicos, existenciales y sociales, desafiando las prácticas de cuidado en el ámbito clínico, en la salud pública o en las instituciones sociales, propiciando y perpetuando formas de exclusión, segregación y negación de derechos a la población susceptible. ⁽¹⁷⁻¹⁸⁾

La debilidad o incluso la falta de formación que sienta las bases de una atención de calidad para los niños, especialmente aquellos con necesidades especiales, fue recurrente en las declaraciones y destacó como la mayor dificultad que enfrentan los profesionales, hecho que contribuye a perpetuar la inseguridad y distanciar el proceso de cambio paradigmático. Para PM12:

[...] Creo que la falta de formación en prácticas de salud

infantil es un factor limitante importante, y no recuerdo haber tenido ninguna formación en estos cuatro años de ESF.

Es importante reafirmar que la puericultura con sus singularidades es una práctica que debe estar presente tanto en la formación académica como en la actualización a través de la educación permanente. Hay algunos movimientos en esta dirección, buscando ajustes en vista de las nuevas Directrices Curriculares Nacionales para el Grado en Medicina y Enfermería⁸⁻⁹. La formación teórico-práctica y la supervisión de la formación continua de los equipos de Atención Primaria son fundamentales para el pleno desempeño de los profesionales en el cuidado de la población infantil. ⁽¹⁹⁾

La realidad observada en la unidad de estudio, demuestra que aún existe una demanda significativa en cuanto a la realización de la educación permanente, que en la actualidad tiende a ser solo teórica o enfocarse solo en los aspectos orgánicos de las enfermedades.

Otra limitación mencionada se refiere a la gestión de registros médicos electrónicos. Los entrevistados PE8, PM11 y PE13 indicaron que, en la actualidad, esta es una herramienta que no beneficia la práctica del profesional por el tiempo requerido para

completarla y la lentitud del sistema operativo. Sin embargo, PE13 señala que, en caso de cambios, la historia clínica electrónica se puede utilizar como un instrumento de apoyo a las acciones realizadas en relación al cuidado infantil, especialmente cuando se trata de bebés de alto riesgo, aquellos que traen aún más inseguridad en su gestión y que hoy representan un número significativo en la ESF. PE8, por ejemplo, dice:

[...]La historia clínica electrónica es también un factor que hoy en día dificulta y desafía las prácticas, porque es nuevo, está en proceso de adaptación y aún es muy lento y tiene errores. Entonces la consulta tarda mucho más. [Para otros entrevistados], [...] la historia clínica electrónica tiene muchas fallas en la línea de atención a los niños. [...] Y tampoco siempre tengo tiempo, porque el horario de citas siempre es muy extenso, con niños y mujeres embarazadas (PM11).

Un aspecto relevante destacado en cuanto a las limitaciones se refiere a la baja percepción de los profesionales sobre la importancia de insertar al familiar en el proceso de cuidado. La integración del familiar en el cuidado del niño permite compartir el cuidado y la provisión de espacios de escucha calificados. Así, se hace posible establecer un diálogo entre los

involucrados, minimizando los conflictos y negociando los cuidados ⁽²⁾.

Entre los entrevistados, esta extensión del cuidado compartido fue expresada por PM11, al relatar una situación en la que fue necesario explicar no solo a la madre, sino también a otro familiar, sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva:

[...] otra limitación sería el nivel de educación de las madres en el cuidado infantil. Por ejemplo, en la orientación sobre la lactancia materna esto sucede mucho. Todavía hay resistencia a la lactancia materna exclusiva, y luego insertan el té. También la inserción de alimentos antes de la edad adecuada. Siempre trato de explicar claramente en lo que respecta a la comida, buscando establecer un vínculo. Pero su poco conocimiento lo hace difícil (PM11).

La importancia de establecer un vínculo entre el equipo y los miembros de la familia también se destaca en la literatura, refiriéndose a situaciones específicas de 'maternidad', señalando que es necesario iniciar aproximaciones progresivas y que le corresponde al equipo de salud comprender los mecanismos de un vínculo saludable entre la madre, hijo y otros miembros de la familia. Así, se minimizan las dudas, frustraciones y deseos en las diversas situaciones del niño. ⁽²⁰⁾

No se puede olvidar ni minimizar que el cuidado infantil es una acción construida a través de muchas y múltiples variables. Se enfatiza que el cuidado infantil en la ABS / FHS va más allá: para lograr un cuidado infantil singular es necesario promover la escucha atenta, la vinculación, el diálogo, pero también la rendición de cuentas de los familiares, activamente involucrados en este proceso ⁽²¹⁾.

CONCLUSIÓN

A partir del conjunto de testimonios de los profesionales entrevistados y la aprehensión de los datos mediante dos instrumentos, fue posible comprender las potencialidades y las dificultades mencionadas por estos profesionales en la operacionalización de la línea de atención integral a la niñez y cuánto la formación deja vacíos en este proceso.

Al resaltar la realidad de estos profesionales, el estudio resaltó las dificultades y aciertos vividos, a través de una escucha atenta que pretendía brindar subsidios para una práctica más sensible y resolutiva, desde la perspectiva de la integralidad. Por tanto, los resultados de este estudio indican a los profesionales la

relevancia de perpetuarse en la lucha por una atención integral y singular, en lo que respecta a la salud infantil.

También destacamos el aporte de esta investigación en la defensa de la necesidad de incorporar contenidos relacionados con el tema analizado en la formación académica de los profesionales, así como destacar la demanda de acciones formativas por parte de los servicios de los profesionales implicados en el cuidado infantil. Nuestro objetivo es, por tanto, contribuir a la atención integral y mejorar la calidad de la atención.

Finalmente, señalamos la necesidad de realizar más investigaciones sobre este tema, con el objetivo de profundizar y desplegar el conocimiento que tiene como objetivo brindar una asistencia basada en la evidencia en la práctica clínica, en lo que respecta a la atención integral del niño, es decir, en su forma holística frente a la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

REFERÊNCIAS

1. Araujo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014 Nov-Dec [cited 2016 May 08]; 67(6):1000-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>
2. Silva CG, Santos MM, Sampaio LM B, Pereira FEL, Maia PCGS, Sousa MNA. Assistência à criança na Atenção Primária à Saúde: uma avaliação qualitativa. Rev Inter Saúde [Internet]. 2015 Jul-Sept [cited 2017 Mar 15]; 2(3):265-76. Available from: <http://interdisciplinaremsaude.com.br/Volume 5/Trabalho 01.pdf>
3. Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. Family Health Strategy: a technological innovation in health. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2015 Apr-Jun [cited 2016 Jul 02]; 24(2): 584-92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>
4. Costa S, Prado M, Andrade T, Araújo E, Silva-Junior W, Gomes-Filho Z, et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2013 Apr-Jun [cited 2017 Jul 22]; 8(27):90-6. Available from: <http://www.rbmfmc.org.br/rbmfc/article/view/530/552>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Perfil dos médicos e enfermeiros do programa de saúde da família no Brasil. Brasil e Grandes Regiões. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. Relatório Final.
6. Siqueira VCA, Gaiva MAM. O preparo dos profissionais de saúde da família para o trabalho: a lacuna entre a formação e a prática profissional. Connect Line [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 05]; 10:33-48. Available from: <http://www.periodicos.univag.com.br/index.php/CONNECTIONLINE/article/view/45/413>
7. Engstrom EM, Motta JI, Venâncio SA. Training of professionals in post-graduation courses in public health and primary healthcare in the municipality of Rio de Janeiro, Brazil Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2016 May [cited 2017 Jun 4]; 21(5):1461-70. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/en_1413-8123-csc-21-05-1461.pdf

8. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília (DF), 9 nov 2001 [cited 2017 jun 6]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
9. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Medicina. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília (DF), 23 jun 2014 [cited 2017 Jun 6]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192
10. Cursino EG, Fujimori E, Gaíva MAM. Comprehensiveness in child healthcare teaching in Undergraduate Nursing: perspective of teachers. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2014 Feb [cited 2017 Nov 15]; 48(1):110-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n1/0080-6234-reeusp-48-01-110.pdf>
11. Silva ICA, Rebouças CBA, Lúcio IML, Bastos MLA. Nursing consultation in childcare: a reality of care. Rev Enferm UFPE on line. [Internet]. 2014 Apr [cited 2017 Mar 12]; 8(4):966-73. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9767/9898>
12. Harzheim E, Margarites KL, Hauser L. Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro - Avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre [Internet]. 2013 [cited 2016 Mar 03]. Available from: <http://apsredes.org/pdf/Clinicas-Saude-da-Familia-Rio-de-Janeiro.compressed.pdf>
13. Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. Physis [Internet]. 2013 [cited 2017 Mar 13]; 23(2):415-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a06.pdf>
14. Martiniano CS, Sampaio J, Magalhães FC Souza FF, Marcolino EC, Rocha AMO. Review of implementation of the teams of nuclei of support for family health. Rev Enferm UFPE on line. [Internet]. 2013 Jan [cited 2017 Jan 24]; 7(1):53-61. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10203/10768>
15. Silva AS, Fracolli LA. Evaluating child care in the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016 Jan-Feb [cited 2017 Feb 01]; 69(1):54-61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>
16. Cursino EG, Fujimori E. Integralidade como uma dimensão das práticas de atenção à saúde da criança: uma revisão bibliográfica. Rev Enferm UERJ [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 Jul 10]; 20(esp1):676-80. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5969/5368>
17. Ayres JRJM, Junior IF, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2011.
18. Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 23]; 19(53):237-49. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>
19. Medeiros LCM. Educação permanente como instrumento de mudança na rede de atenção à saúde com foco na Estratégia Saúde da Família: um relato de experiência. Rev Ciênc Plur [Internet]. 2015 Apr [cited 2017 Dec 12]; 1(1):65-74. Available from: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7325>
20. Reis AT, Santos, R.S. Maternagem ao recém-nascido cirúrgico: bases para a assistência de enfermagem. Rev Bras

Enferm [Internet]. 2013 Jan-Feb [cited 2016 Jun 23]; 66(1):110-5. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n1/v66n1a17.pdf>

21. Oliveira FFS, Oliveira ASS, Lima LHO, Marques MB, Felipe GF, Sena IVO. Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. Rev Rene [Internet]. 2013 [cited 2016 May 07]; 14(4):694-703.

Available from:
<http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3525/2765>

Recibido: 04/05/2020

Revisado: 21/07/2020

Aprobado:31/07/2020