



Revista de APS

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/index>



Visita domiciliar para promoção da saúde e prevenção de agravos respiratórios em lactentes: contribuições da equipe da Estratégia Saúde da Família

Home visit for health promotion and disease prevention in infants: contributions from the Family Health Strategy team

Danubia Jacomo da Silva Cardoso¹, Ana Izabel Jatobá de Souza², Jane Cristina Anders³, Juliana Coelho Pina⁴, Patrícia Madalena Vieira Hermida⁵, Isis da Silva Galindo⁶

RESUMO

Pesquisa qualitativa, com o objetivo de identificar as contribuições da equipe da Estratégia de Saúde da Família para a visita domiciliar, como tecnologia para a promoção da saúde e prevenção de agravos respiratórios em lactentes na Atenção Primária à Saúde. Realizada com 15 profissionais em Santa Catarina, entre setembro e outubro de 2019, utilizando a entrevista semiestruturada e metodologia problematizadora através do Arco de Maguerez, para a coleta de dados. A análise de conteúdo foi categorizada em conhecimentos e práticas sobre o lactente no âmbito da Atenção Primária à Saúde e o olhar sistematizado da visita domiciliar dos profissionais estudados. Evidenciou-se que as equipes abordam o trabalho multiprofissional e intersetorial, reconhecem a importância da visita domiciliar ao lactente e relacionam os fatores de risco para os agravos

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Paraná, especialista em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica e Adulto, pós-graduada na modalidade de residência Multiprofissional em Saúde Materno-Infantil e mestra pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem - modalidade profissional na Universidade Federal de Santa Catarina. *E-mail*: danubiajacom@hotmail.com

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Professor Associado I da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, Brasil. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

⁴ Doutora em Doutorado em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Brasil. Professor Adjunto da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Florianópolis, Brasil.

⁶ Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Enfermeira Supervisora da Maternidade Carmela Dutra, Brasil.

respiratórios como inerentes ao ambiente e aos cuidados domiciliares. Conclui-se que há necessidade de qualificar os profissionais para visita domiciliar ao lactente, para que haja o fortalecimento do vínculo da família com as equipes de saúde da família.

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia saúde da família. Visita domiciliar. Promoção da saúde. Saúde da criança. Doenças respiratórias.

ABSTRACT

Qualitative, exploratory and descriptive research, with the objective of identifying the contributions of the Family Health Strategy team to home visits as a technology for health promotion and prevention of respiratory diseases in infants in Primary Health Care. Conducted with 15 professionals in Santa Catarina, between September and October 2019, using the semi-structured interview, problematizing methodology and Arco de Maguerez. Content analysis gave rise to two categories, one in relation to knowledge and practices, and another on the systematization of home visits. Multiprofessional and intersectoral work was evidenced, recognition of the importance of the visit, and that the risk factors are inherent to the environment and home care. It is concluded that there is a need to qualify professionals for home visits to the infant, with permanent training, so that it strengthens the family bond with the family health teams.

KEYWORDS: Family Health Strategy. Home visit. Health Promotion. Child Health. Respiratory diseases.

INTRODUÇÃO

O cuidado no ambiente domiciliar é uma prática comum da humanidade desde a antiguidade, com a evolução da sociedade humana e da organização dos serviços de saúde. Esse modelo de assistência à saúde sofreu inúmeras transformações em termos de objetivo e métodos, hoje se configura como uma das ações de acesso à saúde na atenção primária mais importante no Brasil.¹

A visita domiciliar (VD) pode ser compreendida como uma ação planejada e sistemática, com metodologia específica, conforme objetivos e orientações técnicas, para atenção e apoio à família no domicílio em diferentes serviços da sociedade. Além disso, pode articular as ações de diversos programas e políticas públicas, principalmente as de saúde, educação e assistência social.² Comumente tem sido usada como intervenção na área pediátrica, com diferentes objetivos como prevenção de violência doméstica, cuidados à gestante, puérpera, recém-nascido, promoção do desenvolvimento infantil e redução da morbimortalidade.³

Nas ações da Atenção Primária à Saúde (APS), a visita no domicílio pode ser uma estratégia protetora para a prevalência do aleitamento materno exclusivo (AME).⁴⁻⁶ Nas situações de doenças respiratórias agudas como pneumonia, asma e sibilância, em que há a necessidade da reavaliação das crianças doentes pelo profissional de saúde, a

Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) orienta que a consulta de retorno pode ser substituída pela VD.⁷

Estudo que avaliou a VD nos Estados Unidos evidenciou que a realização de VDs e contatos telefônicos para mais de 4000 puérperas e seus bebês resultou em menos consultas de urgência e pernoites no hospital, comparadas ao grupo controle que recebeu os cuidados tradicionais.⁸ Ao mesmo tempo, a VD implementada em contextos sociais mais pobres com acesso precário aos serviços de saúde teve um impacto positivo na saúde da população. Um estudo que avaliou o programa de visita domiciliar na área rural de Gana, para mais de 7000 gestantes e posteriormente seus recém-nascidos, mostrou uma redução de 8% dos óbitos dos nascidos vivos, considerando assim o programa altamente efetivo.⁹

Do ponto de vista tecnológico, a VD pode se configurar como uma tecnologia, pois esta se define como resultado de processos concretizados que foram verificados e controlados sistematicamente, seja a partir de experiências da prática ou da pesquisa, resultando em um conjunto de conhecimentos científicos para construção de produtos materiais ou imateriais. Entre as classificações de tecnologia em saúde abordadas, a visita domiciliar tem o perfil de Tecnologia Assistencial (TA) que inclui a construção de um saber técnico-científico, como resultado de investigações, aplicações de teorias e das experiências diárias dos profissionais e clientela, constituindo-se, portanto, num conjunto de ações sistematizadas, processuais e instrumentais para o desenvolvimento de uma assistência qualificada ao ser humano em todas as suas dimensões.^{10,11}

Sendo assim, o interesse neste tema justifica-se pela necessidade de fortalecer e sistematizar as ações no domicílio para lactentes e, em especial, os que apresentam sintomas respiratórios na APS, considerando que a VD pode ser utilizada como uma tecnologia para além do modelo biomédico, estruturada com foco na promoção da saúde e prevenção de agravos respiratórios no contexto domiciliar e comunitário.

Diante disso, este estudo teve como objetivo identificar as contribuições da equipe da Estratégia de Saúde da Família para a visita domiciliar como tecnologia para a promoção da saúde e prevenção de agravos respiratórios em lactentes na Atenção Primária à Saúde.

MÉTODO

Estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo. O cenário de estudo foi uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de um município de Santa Catarina, Brasil, junto a três equipes de saúde da família com uma área adstrita de aproximadamente 9.000 habitantes. Dentre essa população, 400 crianças encontravam-se na faixa etária de 0 a 2 anos de idade.¹²

Participaram do estudo profissionais das três equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), configurando-se uma amostragem intencional. Os critérios de inclusão foram: profissionais da ESF vinculados ao Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES) da UBSF e com carga horária de 40 horas semanais durante o período da coleta de dados. Excluíram-se: profissionais de férias ou licenças e os que não faziam parte do quadro funcional da ESF segundo a Política Nacional de Atenção Básica.¹³ Dentre as categorias profissionais participaram médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), totalizando 15 profissionais, dos 21 que atuam na instituição.

A coleta de dados aconteceu em duas etapas: na primeira, aplicou-se a entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro com questões relativas aos aspectos sociodemográficos dos participantes, à experiência profissional e às práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças respiratórias em lactentes adotadas na APS; e na segunda etapa, realizou-se a atividade educativa para levantar as contribuições dos profissionais. A escolha dessa atividade se justifica pela possibilidade de otimizar a participação dos profissionais e oportunizar a contribuição de cada um.

Na primeira etapa, realizada de 09 a 19 de setembro de 2019, foram realizadas 15 entrevistas individuais com duração média de 10 minutos. Participaram três médicos, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e seis ACS, tendo duração média de 10 minutos.

Na segunda etapa, realizaram-se dois encontros com uma proposta de atividade educativa, os quais ocorreram durante a reunião quinzenal das equipes, no auditório da Unidade Básica de Saúde. No primeiro encontro, em 20 de setembro de 2019, estavam presentes os mesmos profissionais que participaram da etapa anterior. No segundo, ocorrido 15 dias depois, quatro profissionais participantes do primeiro encontro não compareceram devido a folga e férias: dois médicos, um técnico de enfermagem e um ACS.

Na atividade educativa empregou-se a metodologia do Arco de Charles Maguerez¹⁴, constituída de cinco fases: observação da realidade; definição dos pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade. Na primeira, **observação da realidade**, uma das pesquisadoras abordou de maneira expositiva e dialogada os objetivos da atividade, a fisiologia dos sintomas respiratórios mais comuns no lactente como tosse, sibilo e alteração do padrão respiratório, bem como os dados epidemiológicos, a morbimortalidade das doenças respiratórias e os fatores de risco que contribuem para o surgimento de sintomas e agravos respiratórios em lactentes. Utilizou-se como recurso material audiovisual, elaborado no programa *PowerPoint* e projetado pelo equipamento de *Datashow*.

Na segunda fase, os participantes foram divididos em quatro pequenos grupos por sorteio, com o objetivo de levantar os **pontos-chaves**. Foram utilizadas como recurso

imagens impressas que retratavam situações como: pneumonia, vacinação, tabagismo passivo, história de internações hospitalares, história de episódios de doença respiratória, prematuridade, tabagismo durante a gravidez, aleitamento artificial, alimentação processada e ultraprocessada, frequentar creche, baixa condição socioeconômica, condições do domicílio (presença de animais, casa e piso de madeira, uso de tapetes/ carpete, presença de mofo na parede e acúmulo de sujeira), queima de lixo, acúmulo de objetos e poluição ambiental de indústria. As imagens foram distribuídas aleatoriamente para os grupos e foram realizadas discussões e identificação pelos profissionais das situações-problemas e contextos domiciliares da realidade local que poderiam favorecer o surgimento dos sinais e sintomas respiratórios. Como não houve discordância entre os participantes em relação às situações retratadas nas imagens, solicitou-se aos grupos que classificassem as imagens em condições biológicas, sociais, habitacionais e sanitárias.

A terceira fase, **teorização**, ocorreu ao final do encontro, quando cada grupo confeccionou um cartaz com as quatro condições referidas na fase anterior e foram estimulados a indagar e compreender a motivação que levava às situações retratadas nas imagens. Para a organização das ideias foi empregada a técnica de mapa mental, método que utiliza todas as habilidades do cérebro para interpretar palavras, imagens, números, conceitos lógicos, ritmos, cores e percepção espacial com uma técnica simples e eficiente.¹⁵

O segundo encontro da atividade educativa ocorreu no mesmo local, na ocasião da reunião quinzenal das equipes de saúde da família e teve duração de 1h30, sendo as cadeiras disponibilizadas em semicírculo. Nessa atividade educativa uma das pesquisadoras apresentou os quatro cartazes confeccionados anteriormente, para relembrar o que foi construído e discutido, essencial para a retomada dos trabalhos.

Em seguida, os cartazes foram entregues para os respectivos grupos que os confeccionaram, a fim de que elaborassem as **hipóteses de solução** – quarta fase do Arco, com propostas a curto, médio e longo prazo para os problemas levantados com o mapa mental. Neste momento, os participantes puderam refletir sobre as ações a serem desenvolvidas para modificar a prática assistencial e promover melhorias na realidade local, sobretudo durante a VD. Para o encerramento da atividade educativa e elaboração da última fase do Arco, a **aplicação à realidade**, cada grupo apresentou as soluções propostas, as quais foram discutidas coletivamente, com destaque para os critérios de grupos prioritários, contribuições e orientações para a construção de um roteiro sistematizado para VD.

Para a análise dos dados obtidos por meio da entrevista e da atividade educativa, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Minayo¹⁶ desenvolvida em três fases: *pré-análise* – contemplou a organização do material (transcrição das falas da entrevista e registro dos cartazes elaborados na atividade educativa) e a organização em tabelas; *exploração do material* – consistiu na tabulação dos dados e avaliação das relações dos

discursos, mediante leitura minuciosa; e *tratamento e interpretação dos resultados*, os quais foram categorizados e discutidos à luz da literatura científica atual.

O estudo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁷ A coleta de dados teve início após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo identificados no estudo pela letra E (entrevistado), seguida por um número (E1, E2, E3, ...) que correspondeu à sequência de realização das entrevistas.

RESULTADOS

Participaram do estudo na etapa das entrevistas 15 profissionais da ESF que igualmente fizeram parte do primeiro encontro da atividade educativa. Na segunda etapa, durante o primeiro encontro da atividade educativa, todos entrevistados estiveram presentes, enquanto, no segundo, estavam presentes 11 participantes. Pelo menos um representante de cada categoria profissional estava presente nos dois encontros.

Os participantes tinham em média 41 anos de idade e o sexo feminino prevaleceu com 86,6%. O tempo de trabalho na Saúde da Família variou de quatro meses a 18 anos de atuação, sendo que 40% trabalhavam há 10 anos ou mais.

Das duas etapas do estudo emergiram duas categorias de análise: “Atenção Primária à Saúde e o lactente: conhecimentos e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”; e “Sistematização da visita domiciliar: o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”.

Atenção Primária à Saúde e o lactente: conhecimentos e práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Para identificar os conhecimentos e práticas da equipe da ESF para a promoção à saúde e prevenção de agravos respiratórios em lactentes, foram questionadas a assistência diária às crianças até dois anos de idade, as articulações e encaminhamentos multiprofissional dos casos, fatores determinantes para o surgimento das doenças respiratórias nos lactentes e características da VD realizada pela equipe.

A prática assistencial diária dos profissionais da ESF ao lactente inclui as ações programáticas como puericultura, consultas agendadas, vacinação, coleta de exame de triagem neonatal, VDs mensais para os lactentes e recém-nascidos, realizadas pelos ACS e pela enfermeira, respectivamente. São ações de promoção à saúde e prevenção de doenças de impacto direto à saúde como podem ser observadas nos relatos:

“Quando eu faço a visita domiciliar, a gente vai lá, conversa com a mãe, vê se tá tudo certinho, vacina, medicação que precisa tomar” (E1).

“Na vacina, na triagem, quando a gente faz o teste do pezinho, nesse momento é o que mais a gente tem contato” (E4).

“Através das consultas de puericultura, logo que o bebê nasce, a gente faz a primeira visita domiciliar de carinha, pra ver o ambiente onde mora, como são as condições, como foi o parto e depois a gente segue o protocolo da secretaria fazendo as consultas na Unidade de Saúde, isso de rotina. Mas se tiver outra alteração ou se o ACS perceber outra coisa a gente chama ele [o bebê] antes, marca consulta antes, principalmente se a criança tem outro risco, como perda de peso” (E15).

Os participantes concordaram que realizar a VD aos lactentes é algo positivo e essencial para estabelecer vínculos, conhecer o ambiente domiciliar, promover um cuidado holístico e ações de prevenção. Por outro lado, houve relatos que evidenciaram a falta de tempo para as VDs, já que a maioria dos serviços ofertados se concentra na UBSF, além do fato de a classe médica não realizar visitas como rotina, pois relatam que os lactentes vêm até o serviço de saúde.

Em relação ao objetivo da VD realizada pelos profissionais, obteve-se que as visitas aos lactentes são recomendadas pela Secretaria Municipal de Saúde para promover saúde, prevenir agravos e realizar busca ativa de famílias com lactentes por demandas específicas, como complemento da assistência prestada na UBSF.

O cronograma de visitas tem programação diferente para cada categoria profissional: os ACS, por exemplo, realizam VDs mensais, enquanto os enfermeiros realizam nos primeiros 15 dias de vida do recém-nascido, conforme recomendação do Ministério da Saúde, visando principalmente prevenir o desmame precoce. O médico realiza a visita somente quando há alguma demanda social ou domiciliar que recomenda a sua presença.

“Acho que seria o essencial, seria bem legal esse vínculo com Unidade de Saúde ir direto na casa para orientações. Vamos nas visitas domiciliares uma vez por mês, orientar, caso precisar de alguma orientação, se a gente não souber responder, a gente vem buscar orientação com enfermeiros e médicos para depois retornar o que ficou pendente” (E1).

“Olhando a situação hoje, parece longe, porque a gente não está dando conta da questão curativa, mas é uma coisa boa, porque se você age no preventivo você vai evitar maiores complicações futuras” (E7).

“Acho bem importante, porque é através dessas visitas que a gente vai conhecer o ambiente que a criança vive, porque ela pode vir aqui toda arrumadinha e bonitinha, morar numa casa úmida, cheia de fungo, bactéria, pessoas que tem reciclagem, que não cuidam da casa. Se ninguém for lá a gente não tem como saber como é, porque a mãe que não vai contar pra gente, então pra ver isso, se a mãe tem os cuidados, se está cuidando da alimentação, se tem condições de dar alimentação adequada para essa criança, se tem condições de manter a criança bem protegida. Após o nascimento, de 15 a 20 dias de vida” (E15).

No que se refere à articulação da assistência multiprofissional, principalmente das crianças em situação de vulnerabilidade, os participantes expressaram que têm conhecimentos sobre os recursos disponíveis e os fluxogramas para realizar os encaminhamentos. Para promover essas articulações, primeiramente os participantes discutem os casos entre si, porque a depender do profissional para o qual haverá o encaminhamento, existe a indicação de teleconsultorias antes de compor a fila de espera. A rede multiprofissional citada pelos participantes foi: enfermeiro, médico da família, odontólogo, pediatra, fisioterapeuta, nutricionista e infectologista pediátrico.

Apesar de recursos disponíveis para acessar a atenção secundária à saúde na rede pública, os participantes relataram que nos casos mais graves a ESF estabelece um cronograma maior de acompanhamento e vigilância, utilizando assim ao máximo o recurso local, como segue nos relatos:

“[...] quando é o bebê precioso (criança de risco), sempre tem um acompanhamento mais delicado com essa criança, principalmente pela enfermeira, ela está constantemente lá [no domicílio]. Coincidiu de uma vez ir visitar esse bebê duas vezes no hospital. Todo acompanhamento domiciliar ela ia mais de uma vez por mês fazer visita para esse bebê, sem falar o médico, ele era um paciente bem delicado. Eu não tive nenhuma dificuldade com a articulação, a equipe foi bem acessível, não tive nenhum problema nesses 18 anos de pedir orientação em alguma coisa e não ser atendida, pelo contrário, sempre bem orientada” (E2).

“Enfermagem, odontologia, pediatria, acompanhamento na Maternidade ou no Hospital Infantil. [...] é uma articulação fácil de lá pra cá, quando a criança foi de risco ou eles começam o atendimento lá aí flui muito bem, agora quando o risco foi verificado aqui e a gente manda pra lá, eu acho que já não seja tão fácil” (E5).

“Sempre há acompanhamento com as enfermeiras, médicos. As enfermeiras fazem visitas. Funciona muito bem, nossa equipe aqui na unidade funciona bem, essa comunicação entre todos os profissionais, desde agentes comunitárias, técnico, enfermeiro, cada um faz o seu papel, e faz com continuidade” (E13).

Os fatores de risco determinantes para as doenças respiratórias em lactentes são conhecidos por todos os participantes, independentemente da categoria profissional ou nível de escolaridade, o que se observou nas entrevistas e nas atividades educativas. Os ACS que não possuíam formação na área da saúde evidenciaram que tinham como principal fonte o conhecimento popular, adquirido a partir de alguma experiência pessoal e profissional.

A maioria dos participantes durante as entrevistas relacionaram as doenças respiratórias com a predisposição genética, com o ambiente em que a criança vive e citaram as condições de limpeza, a qualidade e umidade do ar, o fato de a criança frequentar creche e principalmente o tabagismo de algum membro da família. Da mesma forma, relacionaram a presença ou ausência dos fatores de proteção e prevenção a essas

condições do trato respiratório, tais como: aleitamento materno exclusivo e a condição vacinal para a idade, como representado nas falas:

“O ambiente que ela vive, se os pais têm uma cultura de não prevenir, não vacinar, não traz no médico, não faz acompanhamento correto, acho que tudo isso ajuda a piorar a situação da criança, agora para iniciar os problemas respiratórios, é os cuidados que envolve as crianças” (E4).

“O principal é a Genética, se não tiver a genética pode ter todos fatores de risco que não vai ter a manifestação, histórico familiar, fora isso a exposição desde tabagismo, domicílio, mofo, umidade, temperatura, ir ou não para creche” (E5).

“Fatores alérgicos, tabagismo na família, fatores genéticos, pais com problemas respiratórias, quem não recebe aleitamento materno, também tem maior predisposição, aqui na região sul o clima conta bastante” (E12).

O tabagismo apareceu nas entrevistas como representante da poluição do ar no domicílio e, na atividade educativa, foi apontado como fator diretamente ligado ao surgimento dos sintomas respiratórios, tanto para o fumo passivo quanto para o tabagismo durante a gravidez.

Durante a fase da elaboração dos pontos-chaves, na atividade educativa, os participantes, divididos em quatro grupos, foram incentivados a discutir as imagens que retratavam os fatores de risco e de proteção para os sintomas respiratórios em lactentes. Nesse momento houve maior assimilação dos fatores de risco, já que essa fase foi precedida pela observação da realidade, realizada após uma atividade expositiva dialogada sobre os sintomas respiratórios em lactentes.

Após identificar as situações de risco retratadas nas imagens e discuti-las, os grupos classificaram as imagens em: fatores de risco biológico, habitacional, social e sanitário. Houve divergência de opinião em relação à alimentação processada, se estava ligada à condição social ou não. Portanto, os participantes acabaram acordando que tais condições tinham maior relação com a condição social, como a baixa renda familiar, nível de escolaridade e acesso à informação.

Comparada à entrevista, a atividade em grupo permitiu aos participantes ficarem mais à vontade para expor seus conhecimentos sobre o tema abordado e discutir suas experiências. É possível que sentimentos como o medo de errar e estar sendo o áudio gravado durante a entrevista tenham influenciado nas respostas. Por outro lado, a metodologia ativa desenvolvida durante a atividade educativa possibilitou aos participantes maior liberdade e tranquilidade em expor seus conhecimentos.

Sistematização da visita domiciliar: o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família

Como a VD ao lactente faz parte das práticas assistenciais cotidianas da UBSF, procurou-se também identificar de que forma a equipe sistematiza essa ação, além

de conhecer as orientações realizadas no momento da visita e a recomendação do Ministério da Saúde para a visita ao recém-nascido e puérpera. Ainda, os participantes foram estimulados a realizar recomendações e explicitar os critérios que poderiam ser utilizados para priorizar a realização da VD nessa faixa etária.

A maioria dos participantes afirmou que não utilizam roteiros para as orientações realizadas no domicílio durante a VD e que estas são realizadas de acordo com o conhecimento e experiência de cada profissional. Contudo, pelos depoimentos, os ACS têm como ferramenta de trabalho a ficha AB do Sistema de Informação da Atenção Básica, preenchido por meio de equipamento eletrônico (*tablet*). As orientações dos ACS vão surgindo conforme os dados são alimentados eletronicamente. Os participantes também informaram que os enfermeiros utilizam um roteiro padronizado pela Prefeitura Municipal de Saúde do município, sendo este aplicado apenas para a VD do recém-nascido e puérpera.

“Não utilizo roteiro, [...] nós já tivemos vários treinamentos, um deles foi na própria maternidade referente a amamentação, como abordar a mãe, sobre aleitamento, essas coisas” (E2).

“[MS possui roteiro para visita domiciliar do recém-nascido] [...] o roteiro é o mesmo da Prefeitura e Ministério da Saúde” (E4).

A necessidade da VD do recém-nascido e puérpera conforme recomendação do Ministério da Saúde é de conhecimento de toda equipe, como rotina na UBSF. Todavia, apenas o enfermeiro e os ACS a realizam, porém com atribuições diferentes como esperado para cada categoria profissional.

“Não [realiza visita domiciliar do recém-nascido], porque não é comum, o lactente vem na unidade. E essa visita ao lactente é feita pela enfermeira, raramente o médico vai” (E9).

“Procuro [ACS] realizar visita domiciliar nas primeiras duas semanas, quando eles saem da maternidade e depois mensalmente até 2 anos” (E8).

Ainda foi relatado que os ACS não possuem treinamento ou conhecimento específico para realizar a VD ao lactente, utilizando muitas vezes o conhecimento popular e as experiências adquiridas na UBSF com os colegas de trabalho.

“[...] não tivemos um treinamento para isso, a gente foi como as ACS mais velhas orientaram a gente, não seguimos nenhum modelo e nem sei se existe algum modelo para a gente seguir para fazer a orientação na casa” (E1).

“A vacinação, o aleitamento materno, que é a primeira vacina que eles tomam, alimentação, cuidar do ambiente, importância de ter lazer com a criança. Pelas capacitações que a gente já teve. Seria importante as meninas novas [ACS] que estão entrando ter essa orientação” (E8).

Mesmo sem um roteiro de VD direcionada para o lactente, os profissionais informaram que são realizadas orientações no domicílio principalmente relacionadas

à importância do aleitamento materno e alimentação. Além das orientações voltadas ao lactente, participantes relataram que realizam orientações para a família conforme a avaliação do ambiente doméstico, como os cuidados com higiene.

“[...] questão do sol, abrir a janelas, a umidade, cheiro de mofo na roupa, evitar usar roupas que estão há muito tempos guardadas, do cigarro, indo ou não indo no domicílio a gente fala do cigarro, a questão de tapetes, urso de pelúcia, cortinas, cobertas, trocar lençóis uma vez por semana, trocar fronhas com mais frequência, não usar travesseiro velho” (E5).

“Depende da necessidade da mãe, primeiramente eu respondo as dúvidas que ela tem, a que fica ao meu critério é a questão alimentar, a prevenção dos acidentes domésticos e os cuidados gerais das crianças, em relação às vacinas. A organização das orientações é conforme as queixas” (E14).

Os participantes recomendaram, nas entrevistas, para a construção de um roteiro a ser utilizado por toda equipe de saúde: avaliar e orientar no domicílio os cuidados com o ambiente domiciliar como higiene, manter janelas abertas, evitar uso de tapetes e cortinas, sempre motivados pelo fato de que o clima úmido favorece a proliferação de micro-organismos. Além disso, foi relatado o manejo do aleitamento materno, alimentação saudável, vacinas, higiene pessoal e investigação da história perinatal, familiar e de internações.

“Evitar o cigarro, higienizar roupa de cama e travesseiros, vacinação da criança, tapetes e cortinas e limpeza da casa” (E5).

“Higiene da casa, deixar tudo muito bem arejado, principalmente no inverno, como aqui é muito úmido. Vacina em dia, cuidar da alimentação e hidratação da criança” (E6).

“[...] se não tem nenhuma doença, nos hábitos alimentares, higiene, acho isso importante, porque tudo começa em casa com higiene, com uma boa alimentação e outros cuidados” (E13).

Nesse mesmo sentido, na atividade educativa, os participantes, em grupo, foram estimulados a desenvolver cuidados e ações destinadas às famílias para promover a saúde e prevenir agravos respiratórios nos lactentes, o que poderá refletir diretamente na saúde da criança. Não houve diferença entre as recomendações e ações a serem desenvolvidas no domicílio para promover a saúde e prevenir agravos respiratórios em lactentes propostas pelos participantes nas entrevistas e na atividade educativa.

Além dos fatores de risco a serem observados na VD, foi incluída a avaliação de fatores de proteção para o surgimento dos sintomas respiratórios, sendo apontado o aleitamento materno e os hábitos alimentares como elementos principais. Da mesma forma, os fatores de prevenção foram mencionados em vários discursos durante as entrevistas e nos momentos da atividade educativa, como a vacinação atualizada e o acompanhamento pré-natal adequado.

“[...] primeiro saber como foi o pré natal da mãe, se ela fez todas as consultas, se ela acompanhou, se ela tomou as vacinas, para ela já passar imunidade, a orientação do aleitamento materno, da mãe se alimentar corretamente, a orientação do ambiente, da higiene, de manter a casa sempre aberta, os cuidados com as visitas, lavação das mãos antes, usar álcool gel, pedir para as pessoas evitar pegar no colo, beijar, pegar na mão. Evitar antes de começar o esquema vacinal de levar esse bebê para ambientes fechados com aglomerado de pessoas, condições da casa, higiene do ambiente, se a casa é muito fechada, muito úmida, animais de estimação” (E15).

Por fim, como critérios de elegibilidade e casos prioritários para realizar VD, revelados na atividade educativa, incluíram-se: lactentes com história de doença respiratória, prematuridade e vulnerabilidade social.

DISCUSSÃO

Este estudo evidencia a importância da promoção à saúde e prevenção de agravos respiratórios em lactentes pelos profissionais que atuam na ESF.

É relevante assinalar que, como porta principal para os serviços de saúde, a APS deve possuir em seu eixo estruturante a facilidade do acesso, integrando e equilibrando suas ações entre o cuidado e prevenção/promoção.¹⁸ Quando procura os serviços de saúde, o usuário acaba usufruindo de diversos serviços ofertados nas redes de atenção e, quando esse serviço não está preparado para atender suas necessidades, seja em nível de recursos humanos/materiais ou administrativos, o acesso acaba se tornando uma barreira para a garantia do direito constitucional.¹⁹

Os resultados relacionados às práticas assistenciais direcionadas aos lactentes na UBSF deste estudo são, em sua maioria, ações preventivas, terapêuticas ou de promoção da saúde, como resultado da demanda programada. Essa característica pode estar associada ao fato de o estabelecimento de saúde estudado estar localizado a 100 metros de distância da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que possui atendimento pediátrico, levando as famílias a acessar esse serviço em casos de agudização dos sintomas nos lactentes, o que diminui a procura pela UBSF nestas e em outras condições. Portanto, tal condição pode reforçar a invisibilidade dos lactentes com agudização de sintomas respiratórios para os profissionais da APS do cenário de estudo em função da proximidade geográfica da UPA e em especial pelo horário de funcionamento nas 24 horas desta, diferente da apresentada pela UBSF. Em cenários nos quais inexistem instituições como a UPA, ou em que esta é geograficamente distante do território das UBSF, a realidade pode ser diferente, com uma maior procura pelos profissionais da ESF.

Nesse sentido, o cenário estudado evidencia um serviço que atende por demanda programada e com menor incidência das demandas espontâneas de forma desordenada ou habitual. A inexistência de uma demanda espontânea desordenada

pode estar correlacionada com vários fatores, dentre eles os sociais e econômicos, que são determinantes e condicionantes para a saúde da população adstrita, tais como: o estabelecimento de indústrias na região, moradias próprias, ocupação planejada do território, com acesso a energia elétrica e água tratada, número de unidades de saúde e pronto atendimento.¹² O acesso aos serviços de saúde está diretamente relacionado com as características individuais e socioeconômicas da população. Contudo, é importante lembrar que as fragilidades organizacionais e desigualdades geográficas geram iniquidades na saúde.²⁰

Diante de tantos aspectos a serem considerados para uma saúde pública de qualidade, o modelo a ser fortalecido é de uma APS que seja ordenadora das redes de atenção, subsidiada pela atenção ambulatorial e assegurada pela rede hospitalar para a prestação de uma assistência à saúde universal, equânime e integral.²¹ Dessa forma, a articulação entre os diversos pontos de atenção à saúde neste estudo se deu por meio de uma assistência multiprofissional e interdisciplinar, principalmente das crianças de risco e de acordo com as diretrizes das políticas do Ministério da Saúde. Ao promover essas ações, a equipe respeita a pactuação contida nos documentos que organizam as Redes de atenção à saúde, bem como acompanha a hierarquia organizacional, discutindo casos com enfermeiro, médico e coordenador, constatação observada quanto aos casos mais graves.

A organização da assistência evidenciada pelos participantes e que atende as diretrizes para o atendimento dos lactentes de risco ocorre mediante a elaboração de um cronograma para acompanhamento pela equipe de ESF, assumindo dessa forma o compromisso com a vigilância em saúde de lactentes de maior gravidade ou com risco de agravamento, utilizando-se assim ao máximo o recurso local.

No escopo do cenário deste estudo, a construção da rede de atenção compartilhada ocorre pelos encaminhamentos feitos internamente para os próprios profissionais da UBSF, como médicos, enfermeiros e odontólogos, referências dentro da própria equipe local de saúde. Externamente, a lógica de encaminhamento segue as orientações do Ministério da Saúde sendo composta por pediatras, fisioterapeutas, nutricionistas e infectologista pediatra, que fazem parte de especialidades que são referenciadas para outros pontos de atenção. Do ponto de vista prático, para o estabelecimento das redes, é necessária atuação compartilhada entre os serviços, troca de informações por meio de referência e contrarreferência, articulação das ações, objetivos comuns, embasamento científico e foco para a efetivação das políticas sociais de proteção e direito da criança em qualquer faixa etária.²²

A VD para os lactentes, objeto de estudo desta pesquisa, é uma prática comum na rotina dos enfermeiros e ACS. Historicamente a VD tem relação muito íntima com a consolidação da enfermagem no Brasil. Na década de 1920, um grupo de enfermeiras americanas desenvolveu um curso para treinamento de visitadoras para melhorar as

condições sanitárias da população e, alguns anos após, esse treinamento se transformou na Escola de Enfermagem Anna Nery. Em um contexto de epidemias e endemias de cidades como o Rio de Janeiro, os médicos sanitaristas viam a VD como inapropriada considerando sua posição social, assim as enfermeiras de saúde pública se tornaram atores principais desse modelo de assistência.^{23,24}

Realizada pela enfermeira, a VD enquanto ferramenta de trabalho traz benefícios para assistência às famílias. Entre eles estão a redução de custos para a saúde, fortalecimento de vínculo com o paciente e sua família, diagnóstico situacional do contexto pessoal e principalmente a identificação de riscos domiciliares.²⁵ Para os ACS, as VDs ampliam a possibilidade de aprendizado sobre a realidade de vida das famílias, permitindo o conhecimento sobre o ambiente onde vivem e, principalmente, estabelecendo o elo entre a UBSF e a comunidade, pois sua prática envolve conhecimento e uma relação dialogada com o usuário, mesmo que esse diálogo seja voltado para o modelo de medicalização exercido pelos demais profissionais da saúde.²⁶

Sob a ótica pediátrica, a VD tem gerado experiências positivas, como a importância de identificar crianças ou situações de risco, explorar e detalhar o conhecimento prestado no cuidado dessas crianças e intervir oportunamente nas alterações que podem vir a apresentar no seu crescimento e desenvolvimento.²¹

Dessa forma, o objetivo que leva os profissionais até o domicílio para a assistência pediátrica varia em cada contexto e diante das necessidades de saúde populacional. Há programas de êxito que estabelecem metodologias específicas para cada objetivo. Em países desenvolvidos essa prática é voltada para a construção de um ambiente saudável para o crescimento e desenvolvimento das crianças, para a redução do uso dos serviços de urgências, entre outros motivos. Nos contextos que carecem de mais recursos, os objetivos são mais pontuais, como prevenção da mortalidade perinatal, complicações do puerpério e acompanhamento de crianças em vulnerabilidade social.^{8,9}

Outro aspecto encontrado neste estudo, apontado igualmente na literatura, são os motivos para a não realização da VD como prática na APS, dentre os quais se destacam: as dificuldades relacionadas ao processo de trabalho que prioriza as atividades internas voltadas para procedimentos e burocratização do trabalho; o acúmulo de funções principalmente dos profissionais da enfermagem; a falta de segurança no ambiente de trabalho tanto quanto a ocorrência da violência nas comunidades onde os profissionais atuam.^{25,27,28}

Dada a importância da VD, a capacitação e treinamento dos profissionais para realizá-la é indispensável. Nesta pesquisa houve relatos da necessidade de capacitação dos ACS para essa prática. Estudo sobre a percepção desses profissionais sobre o objetivo da VD evidenciou confusão sobre os conceitos de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse sentido, é importante que os ACS sejam instrumentalizados com

conhecimentos e tecnologias para executar suas atividades respeitando o escopo de atribuições que a essa categoria são designadas.²⁸

Diante dessas fragilidades, o emprego de inovações tecnológicas e instrumentos têm sido cada vez mais difundidos na área da saúde. Protocolos institucionais, guias para orientação, procedimentos operacionais padrão, são exemplos de inovação de gestão, visando a, sobretudo, segurança, padronização e qualidade da assistência prestada ao paciente.²⁹ Vale ressaltar que no presente estudo o emprego de instrumentos padronizados foi utilizado apenas pelas enfermeiras para a VD de recém-nascidos e puérperas.

Durante a prática assistencial, médicos e residentes da saúde da família desenvolveram instrumentos de gestão e avaliação da VD e em que, além dos aspectos gerenciais como organização da agenda, identificação de necessidades em saúde, acompanhamento das condições crônicas e o planejamento das estratégias e intervenções, o roteiro permitiu melhor identificação das situações de risco e vulnerabilidade dos pacientes acamados ou domiciliados.³⁰ Dimensões estas que igualmente poderiam ser aplicadas no contexto pediátrico, permitindo a estratificação de risco e vulnerabilidade de lactentes com agravos respiratórios.

A visita domiciliar, somada à diminuição dos fatores de riscos, tem impacto positivo na diminuição dos sintomas e agravos respiratórios dos lactentes, segundo a percepção da equipe estudada. Mesmo que os sintomas respiratórios até dois anos de idade possuam um leque variado de fatores de risco, que podem determinar o processo de saúde-doença, a VD poderia mapear aqueles presentes no contexto domiciliar e contribuir positivamente ao capacitar e potencializar a família para o cuidado.

A comunidade do Estudo Internacional de Sintomas Respiratórios em Lactentes, com investigações em diversos países na América Latina e União Europeia, enfatiza que a exposição a fatores genéticos e ambientais reiteradamente propiciam o agravamento dos sintomas. A relação com fatores genéticos é mais evidente no gênero masculino, pessoas com antecedentes pessoais e familiares de atopia, determinados grupos étnicos, sensibilização precoce a alérgenos, função pulmonar reduzida ao nascimento e alterações no sistema imunológico. Dentre os fatores de risco ambientais são apontados o tabagismo passivo, tabagismo durante a gestação, infecções respiratórias agudas por vírus e bactérias, o fato de frequentar creches, além de fatores psicossociais e socioeconômicos da família.³¹⁻³⁴ As considerações mencionadas na literatura sobre os fatores de risco para os sintomas e agravos respiratórios são de conhecimento dos participantes do presente estudo, tendo sido por eles apontadas durante a coleta de dados.

A constatação acerca dos fatores de risco parece ter sido a lógica utilizada pelos participantes para elaborar as recomendações a serem utilizadas na VD. Assim, foram elencadas ações para serem realizadas e orientadas no domicílio considerando

as dimensões biológicas, habitacionais, sanitárias e sociais. Dentre elas encontram-se o estímulo ao cuidado domiciliar até os dois anos de idade, a eliminação do tabagismo durante a gestação e principalmente a diminuição da fumaça do cigarro no ambiente doméstico para minimizar a exposição, além de fomentar o aleitamento materno como o principal fator protetor. Atuar sobre os fatores de risco pode diminuir a probabilidade de recidivas, prevenindo os agravos e promovendo a saúde do lactente.

O estilo de vida atual das famílias mudou o comportamento social do cuidado infantil, que tende a ser realizado fora do ambiente domiciliar. Hoje a creche tem atribuições que vão além do cunho educacional, envolvendo também cuidados com a saúde, segurança física, emocional, higiene, alimentação e afeto.³⁵

Há associação entre frequentar creche e a maior ocorrência de quadros sintomáticos e doenças e infecções nas crianças menores de um ano. As crianças que têm o contato com a creche tendem mais cedo a ter maiores taxas de morbidades infecciosas, resultando em uma suposição de que os problemas de saúde na infância podem ocorrer quando a criança começa a frequentar creche.³⁶ O risco de infecções estimado é de duas a três vezes maior em crianças que frequentam creches comparadas àquelas que ficam em casa, sendo que a maioria das infecções se manifesta no primeiro mês de admissão.³⁷

Portanto, é de suma importância estimular os pais/responsáveis a buscarem a rede familiar para realizar o cuidado do lactente no ambiente domiciliar. Não havendo essa possibilidade, é necessário levantar medidas preventivas e de controle da disseminação de micro-organismos em creches, entre elas: controle da qualidade da água; desinsetização e desratização regular; atentar-se para a presença de animais; número de crianças por professor considerando as características do espaço físico e das crianças; os pais devem informar à creche em caso de doença da criança; notificar as doenças infecciosas às autoridades; uso de precauções padrão de acordo com o procedimento desenvolvido; realizar controle dos estados de saúde dos educadores cuidadores e crianças; funcionários não devem acumular várias funções como trocar fraldas e preparar/manipular/servir alimentos, utilizando escalas de rodízio; estabelecer rotina de limpeza/desinfecção de superfícies e objetos inanimados; e a infraestrutura deve seguir os parâmetros preconizados pela Vigilância e Código Sanitário.³⁸

O tabagismo materno e a exposição à fumaça do cigarro em crianças influenciam o desenvolvimento pulmonar infantil e estão associados às infecções do trato respiratório inferior e superior, chiado ou asma. Além disso, a exposição à fumaça do cigarro reduz a função pulmonar no início da vida, está associada a doenças respiratórias mais graves e aumenta os riscos para problemas pulmonares ao longo da vida.³⁹

Em um estudo, o uso do cigarro na gestação acarretou malformações congênitas cardíacas e fissuras orofaciais, porém não houve especificações em que estágio do desenvolvimento fetal essas alterações ocorreram.⁴⁰ O uso do tabaco materno

também refletiu no atraso do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças em Santa Catarina, devido a consequências de feto com restrição de crescimento intrauterino, prematuridade e baixo peso ao nascer.⁴¹ Diante desses resultados é fundamental a dissuasão do tabagismo entre as gestantes e familiares no domicílio, visto que esse é um fator de risco modificável.

Entende-se o aleitamento materno como um fator protetor para o surgimento da sibilância, pelos menos nos primeiros três meses de vida do lactente, destacado principalmente nos países da América Latina.³² Considerado forma ideal de nutrição infantil, o aleitamento tem sido a garantia da sobrevivência da espécie humana, fornece vantagens nutricionais, imunológicas, cognitivas, psicoafetivas, econômicas e sociais e diminui significativamente o risco de a criança desenvolver uma série de doenças.⁴²

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que os profissionais da ESF do cenário estudado possuem conhecimentos acerca dos fatores de risco para o aparecimento e agravamento dos sintomas respiratórios do lactente.

Outro aspecto se refere à pouca utilização de instrumentos sistematizados, que embasam a realização das VDs à população pediátrica. Nesse sentido, os participantes reconhecem a importância da implementação de VDs para os lactentes e a necessidade de instrumentos que subsidiem essa prática com maior propriedade. Além disso, sugerem soluções para a implementação de ações dentro de sua área de abrangência em conformidade com o processo de trabalho das equipes e, nessa construção, propõem a capacitação dos profissionais, a fim ampliar a qualidade e resolubilidade da assistência.

O processo de trabalho dos profissionais das ESF tem se voltado para as ações de promoção à saúde e prevenção de agravos na população estudada principalmente dentro do ambiente da UBSF, bem como para o reconhecimento dos agravos, enfatizando a importância da VD para o controle dos fatores de riscos modificáveis. Existem questões que ainda são desafios para os profissionais implementarem as ações da APS, tais como: o acúmulo de funções dentro do sistema, a burocratização do trabalho e as demandas sociais que culminam em problemas no sistema de saúde.

As contribuições dos participantes para a VD como tecnologia de promoção da saúde e prevenção de agravos respiratórios em lactentes ampliam a reflexão sobre a VD no contexto pediátrico da APS e para o processo de trabalho, fortalecendo ações interdisciplinares, intersetoriais, de referência e contrarreferência com a rede de atenção à saúde da criança. Igualmente, o fortalecimento do vínculo família-profissional da ESF pode ser um benefício imediato, capaz de ampliar a efetividade das ações tanto no domicílio como na UBSF.

Sugere-se a expansão do presente estudo, para outras equipes que atuam em UBSF que não possuam proximidade geográfica e que têm processos de trabalho diferentes, a fim de evidenciar se lactentes com agravos e sintomas respiratórios são uma clientela frequente na AB e como ocorre o acompanhamento dessa população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno de atenção domiciliar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf.
2. Ministério do Desenvolvimento Social (BR). Criança Feliz: guia para visita domiciliar [Internet]. 2. versão. Brasília: MDS; 2017 [acesso em 2019 dez 10]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Guia%20para%20Visita%20Domiciliar%20-%20Programa%20Crian%C3%A7a%20Feliz%20-%202021-06-2017.pdf.
3. Bresolini DSR, Gaspar GR, Reis LD, Machado LSJ, Queiroz MVNP, Araújo A, et al. A visita domiciliar como prática de ação integral à saúde da criança e do adolescente. *Rev Med Minas Gerais*. 2017; 27(3):S25-S32.
4. Carvalho MJLN, Carvalho MF, Santos CR, Santos PTF. Primeira visita domiciliar puerperal: uma estratégia protetora do aleitamento materno exclusivo. *Rev Paul Pediatr*. 2018 mar; 36(1):66-73.
5. Maia PFCMD, Lima TRM, Vezzini F, Tamburlini G. Visitas domiciliares inovadoras e a saúde materno infantil. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2018 out; 31(3):1-13.
6. Silva GRS, Soares DJ. A visão do enfermeiro sobre a visita domiciliar no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Redenção [monografia]. Curso de Especialização Saúde da Família, Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-brasileira; 2018.
7. Ministério da Saúde (BR). Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/julho/12/17-0056-Online.pdf>.
8. Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J, Guptill S. Implementation and randomized controlled trial evaluation of universal postnatal nurse home visiting. *Am J Public Health*. 2013 dez: e1-e8.
9. Pitt C, Tawiah T, Soremekun S, Asbroek AH, Manu A, Tawiah-Agyemang C, et al. Cost and cost-effectiveness of newborn home visits: findings from the Newhints cluster-randomised controlled trial in rural Ghana. *Lancet Glob Health*. 2016 jan; 4:e45-e56.
10. Nietzsche EA, Backes VMS, Colomé CLM, Ceratti RN, Ferraz F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. *Rev. Latino-Am Enferm*. 2005; 13(3):344-53.

11. Nietzsche EA, Lima MGR, Rodrigues MGS, Teixeira JA, Oliveira BNB, Motta CA, et al. Tecnologias inovadoras do cuidado em enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2012; 2(1):182-9.
12. Secretaria de Planejamento Urbano e Desenvolvimento Sustentável (Joinville). Cidade em Dados [Internet]. Joinville: Prefeitura Municipal; 2017 [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/01/Joinville-Cidade-em-Dados-2017.pdf>.
13. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro 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) [Internet]. [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/do1-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031.
14. Berbel NAN. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico epistemológica. Londrina: EdUEL; 2012.
15. Buzan T. Mapas mentais. São Paulo: Sintaxe; 2009.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
17. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. [acesso em 2019 jan 20]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
18. Shimizu HE, Ramos MC. Evaluation of quality of the family health strategy in the Federal District. Rev Bras Enferm. 2019; 72(2):367-74.
19. Norman AH, Tesser CD. Acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família: equilíbrio entre demanda espontânea e prevenção/promoção da saúde. Saúde Soc. 2015; 24(1):165-79.
20. Andrade CAO. Diretrizes públicas brasileiras e acesso aos serviços de saúde: uma reflexão bioética. Rev Norte Min Enferm. 2018; 7(1):17-31.
21. Souza RR, Vieira MG, Lima Junior CJF. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. Ciênc saúde colet. 2019 jun; 24(6):2075-84.
22. Silva ACS, Alberto MFP. Fios Soltos da Rede de Proteção dos Direitos das Crianças e Adolescentes. Psicol cienc prof. 2019; 39:e185358.
23. Santos JB, Felzemburgh RDM. Visita domiciliar a crianças com microcefalia. Enferm Brasil 2019; 18(1):154-7.
24. Peres MAA. Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro: 90 anos de sua criação. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013; 17(1):7-9.

25. Conceição AS, Santana ES, Barbosa MD, Hora NM, Santos JB, Paz MJJ, et al. Ações da enfermeira na visita domiciliar da atenção básica. REAS/EJCH. 2019; 20.
26. Santana VC, Burlandy LM, Ruben A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Montes Claros (MG). Saúde Debate 2019; 43(120):159-69.
27. Estevão ASC, Oliveira DM, Toledo LV, Figueiredo JB, Carvalho NR, Silva EA. Percepções e práticas do técnico de enfermagem sobre a Visita Domiciliar na Atenção Primária. Rev Enferm UFJF. 2019; 5(1):1-17.
28. Machado LM, Pereira GS, Silva SO, Pieszak GM, Schimith MD, Rodrigues SO. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em relação à promoção da saúde nas visitas domiciliares. Enferm Ver. 2019; 22(2).
29. Lorenzetti J, Trindade LL, Pires DEP, Ramos FRS. Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. Texto contexto enferm. 2012 jun; 21(2):432-9.
30. Pinheiro JV, Mourão MTAM, Fiuza TM, Montenegro Júnior RM. Ferramenta para avaliação e gestão da visita domiciliar na atenção primária à saúde: um relato de experiência. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2019 dez; 14(41):1818.
31. Alvarez-Alvarez I, Niu H, Aguinaga-Ontoso I, Guillen-Grima F. Prevalence and risk factors for wheezing in infants in the region of Pamplona, Spain. Allergol Immunopathol. 2016 set; 44(5):415-21.
32. Mallol J, Solé D, Garcia-Marcos L, Rosario N, Aguirre V, Chong H, et al. Prevalence, severity, and treatment of recurrent wheezing during the first year of life: a cross-sectional study of 12,405 latin american infants. Allergy, Asthma Immunology Res. 2016; 8(1):22-31.
33. Pellegrini-Belinchón J, Lorente-Toledano F, Galindo-Villardón P, González-Carvajal I, Martín-Martín J, Mallol J, et al. Factors associated to recurrent wheezing in infants under one year of age in the province of Salamanca, Spain: Is intervention possible? A predictive model. Allergo Immunopathol. 2016 set; 44(5):393-99.
34. Teijeiro A, Badellino H, Raiden MG, Cuello MN, Kevorkof G, Gatti C, et al. Risk factors for recurrent wheezing in the first year of life in the city of Córdoba, Argentina. Allergol Immunopathol. 2017 maio; 45(3):234-9.
35. Low ST, Barreto AKCP, Costa DGL, Silva FM, Brito MIBS. Doenças e agravos prevalentes em crianças de uma creche pública: o olhar dos funcionários da creche. Rev Desafios. 2019; 6(3).
36. Oliveira PD, Bertoldi AD, Silva BGC, Rodrigues DM, Neumann NA, Silveira MF. Frequência em creches durante os primeiros 12 meses de vida e ocorrência de morbidades e sintomas infecciosos. J Pediatr. 2019; 95(6):657-66.
37. Hojsak I. The time has come to invest more in the prevention of day care-associated infection in children. J Pediatr. 2018 out; 95(6):623-4.

38. Simão EPC, Corrêa I. Medidas preventivas para o controle da disseminação de microorganismos na assistência às creches. Botucatu: Universidade Estadual Paulista; 2019.
39. Vanker A, Gie RP, Zar HJ. The association between environmental tobacco smoke exposure and childhood respiratory disease: a review. *J Exp Rev Respirat Med.* 2017; 11(8).
40. Rufino MPR, Sousa GV, Sousa CGS, Oliveira MAS. Malformações congênitas em crianças nascidas de mães expostas ao tabagismo e/ou alcoolismo: uma revisão literária. *Rev Ciênc Méd Biol.* 2019; 18(1):116-22.
41. Pinto SS, Muller JE, Medeiros CAA. Causas de origem obstétrica ou materna relacionadas ao atraso no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças avaliadas pela escala CAT/CLAMS. *Arq Catarin Med.* 2019 set; 48(3):2-13.
42. Perlroth NH, Branco CWC. Current knowledge of environmental exposure in children during the sensitive developmental periods. *J Pediatr.* 2017 jan; 93(1):17-27.

Submissão: julho de 2020.

Aprovação: novembro de 2020.